

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



“NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI. AREQUIPA 2016”

Tesis presentada por la Bachiller:

DIANA CAROLINA HUERTA LOZADA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AREQUIPA-PERÚ

2016

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

S.D.

De conformidad con lo establecido con la Facultad de Enfermería que Ud. Tan acertadamente dirige, presento a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI. AREQUIPA -2016**, requisito necesario para optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Julio 2016

Diana Carolina Huerta Lozada



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN FINAL DEL BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador


ASUNTO : Dictamen del Borrador de Tesis
**“NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI.
AREQUIPA 2016.”**

AUTORA : Bach. Diana Carolina Huerta Lozada

FECHA : Arequipa, 05 de julio de 2016

Subsanadas las observaciones del Jurado Dictaminador el Borrador de Tesis queda APTO para la SUSTENTACIÓN según el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas



Dra. Delta Ocola Villanueva



Mgter. Mirta Cardeña Valverde



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chavez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Mgter. Rosemary Zapana Begazo
Asesora del estudio de Investigación

ASUNTO : Asesoría de Tesis Titulada:
NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI. AREQUIPA 2016

AUTORA : Srta. Diana Carolina Huerta Lozada

FECHA : Arequipa, 26 de Mayo del 2016

Antecedentes: El estudio de investigación fue revisado en tres oportunidades; en la primera se hizo una visión global y en la segunda y tercera se revisó parcialmente lo que respecta al planteamiento teórico y operacional siguiendo el hilo conductual del método científico.

Apreciación Personal: El estudio de investigación contiene un tema de interés para la profesión de enfermería en razón a que las habilidades sociales se consideran en general para todas las personas incluyendo pacientes. Así mismo el estudio ha respetado el esquema de investigación de la Facultad de enfermería, en los que respecta al planteamiento teórico, operacional y los resultados. El trabajo está claro completo y didáctico.

Atentamente,


Mgter. Rosemary Zapana Begazo



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador


ASUNTO : Dictamen de Proyecto de Tesis
"NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI.
AREQUIPA 2016."

AUTORA : Bach. Diana Carolina Huerta Lozada

FECHA : Arequipa, 19 de abril de 2016

Reunido el Jurado Dictaminador, revisado el Proyecto de Tesis y subsanadas las observaciones realizadas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, el presente proyecto puede ser ejecutado.

Atentamente,


Dra. Teresa Chocano Rosas


Mgter. Mirta Cardeña Valverde

AGRADECIMIENTOS

Mi mayor reconocimiento a la Universidad Católica Santa María y los docentes por su labor a lo largo de estos años de estudio.

Un agradecimiento muy especial a mis padres que son mi ejemplo y guía.

Diana

DEDICATORIA

Para triunfar en la vida no es importante llegar primero, para triunfar hay que llegar. A quienes no solo me apoyaron y guiaron si no que confiaron en mí dedico la presente tesis:

Dios por ser el creador de mi vida y por darme fuerza y paciencia para no desfallecer ante las adversidades y vencer los obstáculos.

Mis padres, Jaime y Frida por el ser el pilar de mi formación gracias por su amor, comprensión y sacrificio han hecho posible la culminación de esta etapa de mi vida. Hoy retribuyó parte de mi esfuerzo con este logro que no solo es mío si no de ustedes, por lo cual viviré eternamente agradecida.

Mis hermanos Jaime, Paul y Jeimi porque son fuente de inspiración y superación, son el ejemplo de cómo hermana menor lograron en mi concretar.

A quien ha sido mi apoyo, gracias por tu desinteresada ayuda, por aportarme considerablemente en este gran paso.

Diana

ÍNDICE

PAG

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Enunciado del problema.....	1
1.2. Descripción del problema.....	1
1.2.1. Campo, área y línea.....	1
1.2.2. Análisis de variables.....	2
1.2.3. Interrogantes básica.....	3
1.2.4. Tipo y nivel del problema.....	3
1.3. Justificación.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Definición de habilidades sociales.....	5
2.2. Características de las habilidades sociales.....	8
2.3. Clases de habilidades sociales.....	9
2.3.1. Según el tipo de destrezas.....	9
2.3.1.1. Cognitivas.....	10
2.3.1.2. Emocionales.....	10
2.3.1.3. Instrumentales.....	10

2.4.	Entrenamiento en habilidades sociales en pacientes psiquiátricos.....	11
2.4.1.	Características y ventajas de los entrenamientos en Habilidades sociales	11
2.4.1.1.	Características	11
2.4.1.2.	Ventajas	11
2.4.2.	El proceso de Entrenamiento de Habilidades Sociales debe implicar cuatro elementos de forma estructurada.....	12
2.4.2.1.	Planificación del Entrenamiento en Habilidades Sociales	12
2.4.2.2.	Objetivos específicos del entrenamiento	12
2.4.2.3.	Condiciones de aplicación.....	13
2.5.	Clasificación de las habilidades sociales según su tipología.....	16
2.5.1.	Primeras habilidades sociales	16
2.5.2.	Habilidades sociales avanzadas	18
2.5.2.1.	Pedir ayuda.....	18
2.5.2.2.	Participar	19
2.5.2.3.	Dar instrucciones y seguirlas	19
2.5.2.4.	Disculparse	19
2.5.2.5.	Convencer a los demás.....	19
2.5.3.	Habilidades relacionadas con los sentimientos	20
2.5.4.	Habilidades alternativas a la agresión.....	22
2.5.5.	Habilidades para hacer frente al estrés.....	23
2.5.6.	Habilidades de planificación	26
2.6.	Aprendizaje y desarrollo de las habilidades sociales	26
2.6.1.	Mecanismos responsables del aprendizaje de habilidades sociales.....	26
2.6.2.	Importancia de las relaciones tempranas con los padres y cuidadores	30
2.6.3.	Importancia de las relaciones con los individuos	30

2.7.	Importancia de la práctica de habilidades sociales en los pacientes psiquiátricos.....	32
2.8.	Técnicas del Entrenamiento en Habilidades Sociales	33
2.8.1.	Instrucciones	33
2.8.1.1.	Instrucciones y definición de la habilidad a entrenar.....	33
2.8.1.2.	El modelado	34
2.8.1.3.	El reforzamiento	35
2.8.1.4.	El feedback (retroalimentación).....	35
2.9.	Aplicación grupal del Entrenamiento en Habilidades sociales en pacientes psiquiátricos	36
2.10.	Enfermedades mentales de mayor incidencia.....	38
2.10.1.	Depresión	38
2.10.2.	Esquizofrenia	40
2.10.3.	Retardo mental	42
3.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	43
4.	OBJETIVOS	45
5.	HIPÓTESIS	45

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

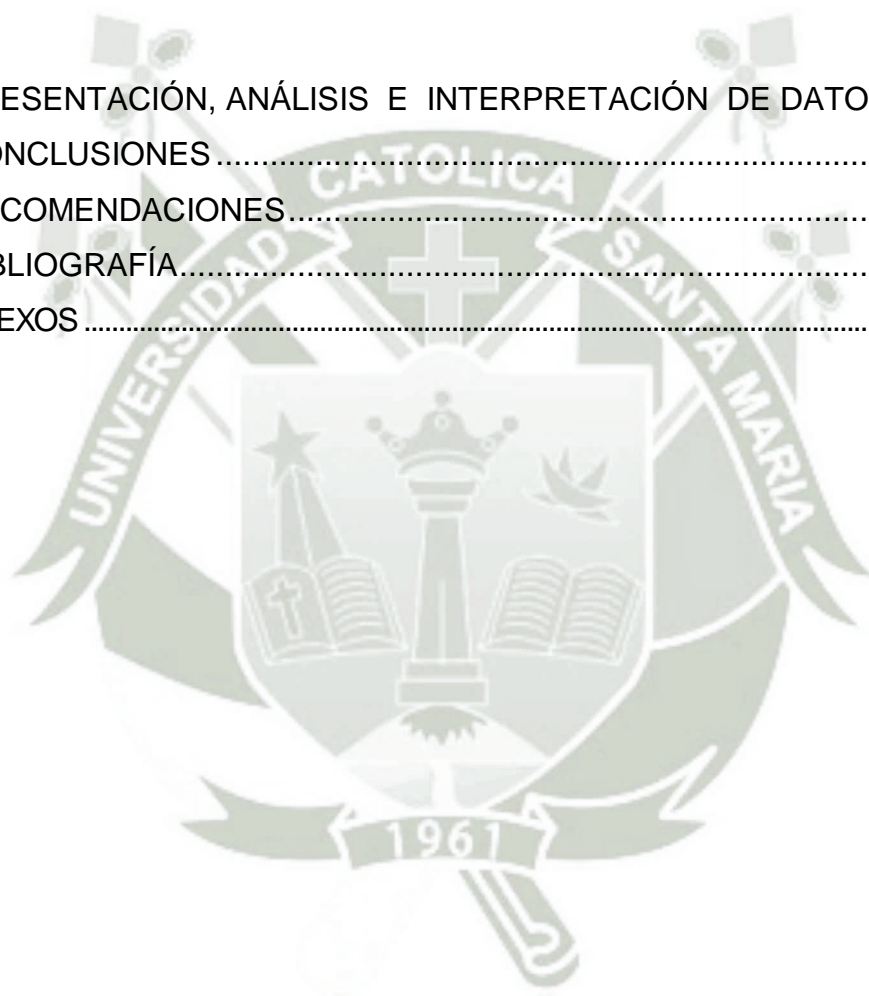
1.	TÉCNICA E INSTRUMENTO	46
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN	47
2.1.	UBICACIÓN ESPACIAL	47
2.2.	UBICACIÓN TEMPORAL	47
2.3.	UNIDADES DE ESTUDIO.....	47
2.3.1.	Criterios de inclusión.....	47

2.3.2. Criterios de exclusión.....	47
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47

CAPÍTULO III

RESULTADOS

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	49
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	68
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS.....	72



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

TABLAS	PÁG.
TABLA N°1 EDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016	50
TABLA N°2 GÉNERO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016	52
TABLA N°3 CONVIVENCIA FAMILIAR DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016	54
TABLA N°4 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNÓSTICO MÉDICO CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016	56
TABLA N°5 TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016	58
TABLA N°6 PSICOFARMACO QUE RECIBEN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016	60
TABLA N°7 NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016.....	62
TABLA N°8 PATOLOGÍA Y NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI - AREQUIPA 2016	64

RESUMEN

Investigación:

NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI. AREQUIPA 2016

Autora bachiller en enfermería: Diana Carolina Huerta Lozada para obtener el título profesional de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo. Teléfono 251210, Fax 054-219283. Arequipa –Perú.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivos: Determinar el nivel de habilidades sociales que presentan los pacientes psiquiátricos hospitalizados del Centro de Salud Mental Moisés Heresi y precisar cuál de los aspectos de las habilidades sociales es de mayor incidencia en los pacientes psiquiátricos hospitalizados del Centro de Salud Mental Moisés Heresi. Se utilizó como metodología: Para la variable habilidades sociales se utilizará como técnica el cuestionario y cedula de preguntas (Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero), el Instrumento que consta de 33 ítems calificados del 1 al 4, la cual fue aplicada a 27 pacientes psiquiátricos hospitalizados compensados. Realizando una investigación de forma Descriptiva de corte transversal.

Concluyendo muestran que el nivel de habilidades sociales que presentan los pacientes psiquiátricos es nivel promedio, segundo el nivel bajo, mejorando el desarrollo social. La patología en la que se da mayor nivel de habilidades sociales son en pacientes psicóticos con la enfermedad más frecuente que es esquizofrenia paranoide. Se recomienda Al director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi realice coordinaciones con el equipo terapéutico cargo, para organizar programas sobre rehabilitación y habilidades sociales en los padres de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y a la enfermera jefe del Centro de Salud Mental Moisés Heresi coordinar con la enfermera a cargo del programa de rehabilitación para incentivar sesiones de entrenamiento de habilidades sociales en los pacientes compensados.

Palabras Claves: habilidades sociales, pacientes, psiquiátricos

Diana Carolina Huerta Lozada; Túpac Amaru 109 B - Cerro Colorado. Teléfono: 258064

**Arequipa- Perú
2016**

ABSTRACT

Research:

SOCIAL SKILLS LEVEL IN HOSPITALIZED IN MENTAL HEALTH CENTER OF MOSES Heresi psychiatric patients. AREQUIPA 2016

Degree in nursing author: Diana Carolina Huerta Lozada to obtain the professional title of registered NURSES FROM the SANTA MARIA CATHOLIC UNIVERSITY, located in the urbanization San Jose S / N Umacollo. Phone 251210, Fax 054-219283. Arequipa-Peru.

This research aimed to: Determine the level of social skills that have psychiatric inpatients Health Center Mental Moses Heresi and specify what aspect of social skills is more prevalent in psychiatric inpatients Center Mental health Heresi Moses. It was used as methodology: For the variable social skills questionnaire and identity card number of questions (Social Skills Scale Elena Gismero) used as a technique, the instrument consisting of 33 qualified from 1 to 4 items, which was applied to 27 patients inpatient psychiatric compensated. Conducting research Descriptive cross-sectional shape.

Concluding: show that the level of social skills presenting psychiatric patients is average level, second low level, improving social development. The condition in which higher level of social skills are given in psychotic patients with the most common disease that is paranoid schizophrenia. The director of the Center for Mental Health Moses Heresi It is recommended to perform coordination with the therapeutic team responsible for organizing programs on rehabilitation and social skills in parents of hospitalized psychiatric patients and the head nurse of the Health Center Mental Moses Heresi coordinate with nurse in charge of the rehabilitation program to encourage training sessions of social skills in compensated patients.

Keywords: social skills, patients, psychiatric

Diana Carolina Huerta Lozada; 109 B Túpac Amaru - Cerro Colorado. Phone: 258 064

***Arequipa Peru
2016***

1961

INTRODUCCIÓN

Para todas las personas, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayor son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidentemente resulta la importancia de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países.

En la actualidad sabemos que la mayor parte de las enfermedades, tanto mentales como físicas, obedecen a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Nuestra comprensión de la relación entre la salud mental y la salud física se están ampliando rápidamente, ya que sabemos que los trastornos mentales son el producto de muchos factores y que tienen una base física en el cerebro, que pueden afectar a cualquier persona, en cualquier parte, en la mayor parte y de los casos existen tratamientos eficaces.

Las habilidades sociales conforman un valioso equipaje o “Kit” de supervivencia que podemos emplear a la hora de interactuar con los demás. Las habilidades sociales promueven la seguridad y confianza en uno mismo así como la empatía y el respeto hacia los demás. Estas estrategias nos permiten expresarnos de una manera mucho más eficaz y defender contundentemente nuestros intereses, minimizando los conflictos y saliendo victoriosos de aquellos que surjan inevitablemente.

Si buscamos explicar cómo se relacionan las habilidades sociales con las patologías en pacientes psiquiátricos, creemos que nadie sabe con seguridad, sin embargo, el ser humano necesita estar en contacto con la sociedad y los demás individuos para poder sentirse mejor.

A través de esta investigación se busca determinar el nivel de habilidades sociales en pacientes psiquiátricos empleando nuevas estrategias en los

programas de rehabilitación como parte del tratamiento de estos pacientes.

El contenido del trabajo de investigación se organizado en capítulos el primero da referencia al planteamiento teórico el segundo al planteamiento operacional y el tercero a los resultados, conclusiones y recomendaciones,



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

“Nivel de Habilidades Sociales en Pacientes Psiquiátricos hospitalizados en el centro de Salud Mental Moisés Heresi. Arequipa 2015”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1 Campo, Área y Línea.

CAMPO : Ciencias de la Salud
ÁREA : Desarrollo Social
LÍNEA : Habilidades Sociales en pacientes psiquiátricos.

1.2.2 Análisis de Variables.

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
	Datos Sociodemográficos 1. Edad 2. Sexo 3. Convivencia familiar 4. Dx Médico 5. Tiempo de enfermedad 6. Tratamiento Farmacológico	20 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a más Femenino Masculino Ambos padres Padre Madre Otros familiares Solo Psicosis Neurosis Retardo mental Menor a 1 año 1 a 5 año 6 a 11 años 12 a 17 años Antipsicóticos Ansiolíticos Antidepresivos
Nivel de habilidades sociales	1. Autoexpresión en situaciones sociales 2. Defensa de los derechos como paciente 3. Expresión de enfado o disconformidad 4. Cortar interacciones 5. Hacer peticiones 6. Iniciar interacciones positivas	<ul style="list-style-type: none"> • Muy alto • Alto • Nivel promedio de habilidades sociales • Bajo • Muy bajo

1.2.3 Interrogantes Básicas

- ¿Qué nivel de habilidades sociales tienen los pacientes psiquiátricos del centro de salud mental Moisés Heresi?
- ¿En cuál de las patologías se da mayor nivel de habilidades sociales?

1.2.4 Tipo y nivel del problema

El problema a investigar es:

- a) Tipo: De campo
- b) Nivel: Descriptivo, de corte transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN.

En el mundo existen diversos tipos de personas con diferentes patologías, la incidencia de enfermedades mentales en la sociedad ha aumentado considerablemente. Según el Ministerio de Salud, hasta el 2014, cerca de 5 millones de peruanos sufren algún tipo de trastorno mental y según el Instituto Nacional de Salud Mental, alrededor de 1 millón 700 mil peruanos sufren de depresión y 1 millón 200 mil de algún trastorno de ansiedad, lo cual las hace las enfermedades con mayor prevalencia en el país.¹

El desarrollo social es una evolución o cambio positivo en las relaciones de individuos y grupos en una sociedad. Implica principalmente el desarrollo humano. Su proyecto a futuro es el bienestar social de ésta forma se relaciona con las habilidades sociales que son un conjunto de conductas necesarias que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás, de manera efectiva y satisfactoria, son aspectos que con el hecho de poseerlas evita la ansiedad en situaciones sociales difíciles o novedosas,

¹ <http://www.cronicaviva.com.pe/5-millones-de-peruanos-sufren-algun-tipo-de-trastorno-mental/>

facilitando la comunicación emocional, la resolución de problemas y la relación con los demás. Todos sabemos que existe y tenemos una gran variedad de habilidades sociales, unas más básicas y otras más complejas. Para empezar a aprender estas habilidades tenemos que conocer primero las técnicas básicas de la comunicación eficaz y luego incorporar esas conductas socialmente deseables a nuestra vida cotidiana. Hay quien las conoce pero no hace buen uso de ellas y hay quien no las conoce y por tanto no se beneficia de ellas en sus relaciones interpersonales.

Este será nuestro reto, hacer que las personas con problemas psiquiátricos sepan utilizarlas correctamente y que otros las incorporen en su repertorio de estrategias para comunicarse y afrontar las distintas situaciones que se le planteen.

El estudio tiene relevancia científica porque aportara nuevos conocimientos y estrategias para mejorar las habilidades sociales de los pacientes psiquiátricos.

Tiene relevancia humana porque este reflejara ejemplos, técnicas y estrategias de mejorar las habilidades sociales en los programas de rehabilitación, no solo a nivel de hospitalización sino en los familiares de estos pacientes y comunidad en general.

La investigación es viable y factible porque se tiene el apoyo y colaboración del personal del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición de habilidades sociales

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas necesarias que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás, de manera efectiva y satisfactoria. La cultura y las variables sociodemográficas resultan ser imprescindibles para evaluar y entrenar las habilidades sociales, ya que dependiendo del lugar en el que nos encontremos, los hábitos y formas de comunicación cambian. Además, resultan ser conductas aprendidas, esto quiere decir, que no nacemos con un repertorio de habilidades sociales, sino que a lo largo de nuestro crecimiento y desarrollo, vamos incorporando algunas de estas habilidades para comunicarnos con los demás.

Las habilidades sociales son las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. Por tanto es importante destacar que: - Se trata de conductas, esto quiere decir que son aspectos observables, medibles y modificables; no es un rasgo innato de un sujeto, determinado por su código genético o por su condición de discapacidad. Entra en juego el otro. No se refieren a habilidades de autonomía personal como lavarse los dientes o manejar el cajero automático, sino a aquellas situaciones en las que participan por lo menos dos personas; - Esta relación con el otro es efectiva y mutuamente satisfactoria. La persona con habilidades sociales defiende lo que quiere y expresa su acuerdo o desacuerdo sin generar malestar en la otra persona. Pero no sólo es importante tener habilidades sociales, sino ponerlas en práctica en la situación adecuada. Esta adecuación de las conductas al contexto es lo que se denomina Competencia social.

Cuando la persona carece de habilidades sociales puede que afronte las situaciones de dos maneras diferentes: • Evitando las situaciones o accediendo a las demandas de los demás con la finalidad de no exponerse a enfrentamientos –conducta pasiva–. • Eligiendo por otros e infringiendo los derechos de los demás para obtener sus metas –conducta agresiva– Las habilidades sociales o lo que técnicamente se conoce como conducta asertiva consiste en pedir lo que quieres y negarte a lo que no quieres de un modo adecuado. Conseguir tus metas sin dañar a otros. Expresar sentimientos y pensamientos, realizar elecciones personales y sentirse bien con uno mismo.

Las habilidades sociales constituyen una de las áreas prioritarias en el desarrollo social de cualquier persona, su aprendizaje está condicionado por las experiencias vividas, el entorno en el que nos movamos y los modelos que nos rodeen. En el caso de las personas con retraso mental el desarrollo de habilidades sociales es necesario para: FAVORECER UNA INTEGRACIÓN Y DESINSTITUCIONALIZACIÓN EXITOSA Si las directrices en las que actualmente nos movemos preconizan la desinstitucionalización, la apertura a la comunidad, la verdadera integración, no podemos perder de vista que esto supone una mayor exposición, un mayor número de contactos, de relaciones con los demás. El entrenamiento en habilidades sociales es la herramienta necesaria para que esta apertura a la comunidad tenga garantías de éxito, no sólo de cara a la verdadera integración, sino también de cara a la prevención de una exposición a mayores situaciones de riesgo. EVITAR LA APARICIÓN DE PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Las conductas problemáticas que en algunas ocasiones presentan algunas personas con discapacidad representan, a menudo, la

expresión clara del déficit de una habilidad; son formas de comunicarse, de transmitir diferentes tipos de mensajes: “Déjame sólo”, “No quiero hacer esto”, “Préstame atención” o “Quiero ese objeto, o realizar esa actividad”. El desarrollo de habilidades sociales es el desarrollo de una conducta alternativa que sustituya a la conducta problemática en la consecución de su objetivo.

PREVENIR LA APARICIÓN DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Los déficit en habilidades sociales pueden relacionarse con el desarrollo de problemas de desajuste psicológico. Las experiencias de vida de algunas personas con patologías psiquiátricas son una predicción de su desajuste psicológico. A veces se les trata como objetos, cuentan con pocos amigos y se les obstaculiza su acceso al mercado laboral. Las personas con enfermedades mentales están expuestas a estigmatización y otras condiciones sociales negativas durante todo su desarrollo, además numerosos estudios han confirmado que las personas con retraso mental, esquizofrenia, depresión pueden ser rechazados socialmente, abandonados por sus iguales o separados de sus padres y que consiguientemente suelen desarrollar sentimientos de soledad. La aceptación social a través del entrenamiento en habilidades sociales favorece la estabilidad personal del sujeto.

PREVENIR EL ABUSO SEXUAL Determinadas características de la población con patologías psiquiátricas junto a factores que rodean a sus condiciones de vida les hace más vulnerables a ser objeto de explotación y utilización. Tienen problemas para resistirse a la presión de los otros, o para manifestar negativas ante determinadas demandas, y en este déficit se entremezclan distintos aspectos, como la dificultad para determinar que en una conducta del otro hay una segunda intención, o la necesidad de

sentirse querido y recompensado. La necesidad de recibir afecto, su desconocimiento de la sexualidad por mitos, excesiva protección y su carencia de experiencias en este terreno lleva a la población con complicaciones mentales a ser uno de los colectivos más vulnerables a ser víctima de abusos sexuales o de otro tipo de manipulaciones por parte de los demás. El entrenamiento en habilidades como rechazar determinadas demandas, o decir que no, puede prevenir muchos de estos episodios. Ya sabemos qué son las habilidades sociales y porqué es importante entrenarlas en personas con problemas psiquiátricos. A continuación se desarrollará detenidamente qué aspectos las componen, cuáles son, cómo evaluarlas y entrenarlas y qué consideraciones deben tenerse en cuenta a la hora de trabajar con esta población.

El hecho de poseerlas evita la ansiedad en situaciones sociales difíciles o novedosas, facilitando la comunicación emocional, la resolución de problemas y la relación con los demás.²

2.2 Características de las habilidades sociales

Mediante los estudios y trabajos de investigaciones realizados en diferentes ámbitos y circunstancias de la realidad humana, se llegó a la conclusión de que existen una serie de características relevantes para la conceptualización de las habilidades sociales:

- Son conductas y repertorios de conducta adquiridos a través del aprendizaje. No son rasgos de personalidad, se adquieren a través del aprendizaje y, por tanto, se pueden cambiar, enseñar o mejorar mediante los mecanismos del aprendizaje.

² Aguilar, G.; Peter, M.; Aragón de H., L. Desarrollo de Habilidades Sociales en Niños y Adolescentes. Editorial Trillas, México, 2014.

- Constituyen habilidades que ponemos en marcha en contextos interpersonales, esto es, requieren que se produzca una interacción. Constituyen una de las áreas del comportamiento adaptativo.
- Son, por tanto, recíprocas y dependientes de la conducta de las otras personas que se encuentren en el contexto.
- Contienen componentes manifiestos observables, verbales y no verbales, y otros componentes cognitivos y emocionales y fisiológicos. La habilidad social es lo que la persona dice, hace, piensa y siente.
- Aumentan el refuerzo social y la satisfacción mutua.
- Las habilidades sociales son específicas de la situación. Ninguna conducta en sí misma es o no socialmente habilidosa, sino que depende del contexto, de la situación y de sus reglas, de las personas con las que se interactúa, del sexo, de la edad, de los sentimientos de los otros, etc.
- Es importante la existencia de metas, propósitos o motivación social para desarrollar un adecuado repertorio de habilidades sociales.³

2.3 Clases de habilidades sociales⁴

2.3.1 Según el tipo de destrezas

Las habilidades sociales se clasifican según el tipo de destreza que se desarrollen, en base a esto se puede encontrar tres clases de habilidades sociales:

³ Aguilar, G.; Peter, M.; Aragón de H., L. Ob. Cit.

⁴ Ibidem.

2.3.1.1 Cognitivas

Son todas aquellas en las que intervienen aspectos psicológicos, las relacionadas con el «pensar». Algunos ejemplos son:

- Identificación de necesidades, preferencias, gustos y deseos en uno mismo y en los demás.
- Identificación y discriminación de conductas socialmente deseables.
- Habilidad de resolución de problemas mediante el uso de pensamiento alternativo, consecuencial y relacional.
- Autorregulación por medio del autoreforzamiento y el autocastigo.
- Identificación de estados de ánimo en uno mismo y en los demás.

2.3.1.2 Emocionales

Son aquellas habilidades en las que están implicadas la expresión y manifestación de diversas emociones, como la ira, el enfado, la alegría, la tristeza, el asco, la vergüenza, etc. Son todas las relacionadas con el «sentir».

2.3.1.3 Instrumentales

Se refiere a aquellas habilidades que tienen una utilidad. Están relacionadas con el «actuar». Algunos ejemplos son:

- **Conductas verbales:** inicio y mantenimiento de conversaciones, formulación de preguntas, formulación de respuestas, etc.

- Alternativas a la agresión, rechazo de provocaciones, negociación en conflictos, etc.
- Conductas no verbales: posturas, tono de voz, intensidad, ritmo, gestos y contacto visual.

2.4 Entrenamiento en habilidades sociales en pacientes psiquiátricos

2.4.1 Características y ventajas de los entrenamientos en Habilidades sociales

2.4.1.1 Características

Están orientados hacia la ampliación de los repertorios de conducta, esto conlleva el desarrollo de habilidades nuevas y conductas alternativas.

Se basan en la colaboración activa (intención de cambiar, aceptación y comprensión del procedimiento) de las personas que participan en los entrenamientos.

Se considera procedimientos psicoeducativos de formación.

Sus ventajas son: su eficacia y la posibilidad de realizarse en grupo.⁵

2.4.1.2 Ventajas

La simplicidad de sus técnicas.

Su duración considerablemente más breve.

⁵ FERNÁNDEZ, J. (2005). Las habilidades sociales en el contexto de la psicología clínica. Abaco, 21, 29:37.

Su flexibilidad a la hora de adaptarse a las necesidades de las diferentes personas y grupos, sin excluir a nadie.

La formación de los entrenadores es relativamente breve y sencilla.

Sus resultados son más positivos.

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

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

El procedimiento de aprendizaje que se emplea en los Entrenamientos de Habilidades Sociales para la adquisición de otras competencias (observar, practicar, corregir y mejorar).⁶

2.4.2 El proceso de Entrenamiento de Habilidades Sociales debe implicar cuatro elementos de forma estructurada⁷

2.4.2.1 Planificación del Entrenamiento en Habilidades Sociales

Planificar un Entrenamiento de Habilidades Sociales es definir los objetivos de dicho entrenamiento y cuáles serán las condiciones de aplicación más adecuadas. Sin olvidar que uno de esos objetivos es que las habilidades entrenadas se generalicen a otras situaciones.

2.4.2.2 Objetivos específicos del entrenamiento

El objetivo general de los Entrenamientos de Habilidades Sociales es la adquisición de aquellas habilidades que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias. Este objetivo general puede concretarse en objetivos más específicos:

⁶ FERNÁNDEZ, J. (2005). Ob. cit, 29:37

⁷ Ibidem.

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

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

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

Un mayor grado de concreción de los objetivos consiste en identificar cada una de las situaciones y habilidades que en cada caso se van a entrenar, empleando niveles de análisis molares, intermedios y moleculares, lo que únicamente podrá hacerse a partir de los resultados de la evaluación. En ocasiones las habilidades que se enseñan están basadas en la intuición, al margen de que los comportamientos aprendidos sean realmente capaces de mejorar las interacciones del sujeto. Aunque conviene valorar su importancia social, su efectividad, y su valor para mejorar las interacciones.

2.4.2.3 Condiciones de aplicación

Las condiciones de aplicación más adecuadas para alcanzar los objetivos son:

Los contextos sociales que el sujeto debe afrontar, estos se han de describir detalladamente, también se han de incluir las demandas de la situación, los interlocutores, etc. Una estrategia es que sean los propios sujetos del equipo los que describan las escenas que de desean representar, esto favorece a la generalización.

Los criterios de éxito del entrenamiento, tanto de las habilidades a entrenar como de los distintos elementos que se consideran componentes activos dentro de la eficacia del procedimiento. El establecimiento de tales criterios debe tomar como punto de referencia la evaluación inicial.

La decisión de si se aplicará un entrenamiento único para unas habilidades concretas o si el Entrenamiento de Habilidades Sociales formará parte de un programa integrado. Está indicado aplicar un Entrenamiento de Habilidades Sociales único cuando el déficit del comportamiento social pueda solucionarse ampliando el repertorio conductual del individuo en situaciones de interacción social. En aquellos casos no es la falta de relaciones humanas, sino que existen conductas que interfieren con la emisión de los comportamientos socialmente adecuados, es necesario planificar las intervenciones dirigidas a esos aspectos. La práctica progresiva y continua contribuye a adquirir la habilidad necesaria y a ayudar a que el sujeto comprenda mejor las situaciones y se sienta mejor.

La decisión de si se hará de forma individual o en grupo. Hacerlo de forma general presenta más ventajas, con esto no se infravaloran los entrenamientos individuales adaptados a necesidades concretas de los sujetos y como complemento de los entrenamientos grupales.

La composición del grupo. A parte de las personas que van a ser entrenadas, pueden incluirse otros miembros, como sujetos veteranos que dan testimonio de sus progresos, o de familiares, amigos o implicados en las situaciones entrenadas.

Las normas de funcionamiento del grupo. Antes de comenzar se deben establecer las normas básicas de funcionamiento.

El número de personas que realizan el entrenamiento. No debe de ser inferior a 4 o 5 personas, ni superior a 10 o 12.

Los criterios de selección de los sujetos a entrenar. Los sujetos que participan han de tener una decidida intención de cambio. Además los participantes han de tener capacidades mínimas necesarias para comprender el procedimiento y para ser entrenados. Se excluirán a las personas que no sean capaces de seguir instrucciones, de prestar atención o de comprender al terapeuta y hacerse entender por él. Tampoco conviene personas que se encuentren en la fase aguda de un trastorno, o que ingieren medicamentos fuertes o drogas. Aunque también existen otros criterios habituales de selección.

Los criterios de selección de monitores. Han de tener habilidades para conducir a los grupos y hagan de estos un contexto facilitador, promoviendo la participación de todos sus movimientos y resolviendo de forma satisfactoria las situaciones difíciles que puedan surgir. Además el monitor ha de ser capaz de aplicar técnicas grupales, combinar de forma adecuada a los miembros de grupos en subgrupos. Así como aplicar las técnicas de los EHS en grupo.

El número de entrenadores o monitores. Un monitor es suficiente para entrenar a grupos pequeños (4-6 personas), pero para grupos mayores (10-12) se necesitan dos monitores. Aunque la actuación de dos monitores en cada grupo permite enriquecer los entrenamientos y una mayor y más rápido control de las situaciones difíciles.

La duración de las sesiones de entrenamiento. Si las sesiones son largas provocan cansancio y aburrimiento, y si son cortas no se consiguen todos los objetivos, así que su duración será más o

menos de 45 a 90 minutos, en función de las tareas programadas, de las características.

El intervalo entre sesiones de entrenamiento. Los intervalos oscilan entre 1 y 4 días, estos de ser más cortos al principio e irse alargando progresivamente.

Las técnicas que se aplicará. Durante la fase de planificación deben contemplarse las técnicas que se van a utilizar en las tres fases. Las técnicas que se van a utilizar en los Entrenamiento de Habilidades Sociales están compuestos por: instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento y estrategias de generalización. También se pueden emplear otras (cognitivas o cognitivo-conductuales).

Material de apoyo. Como cintas grabadas en audio o vídeo, hojas de autoregistro, lecturas de apoyo, etc.

2.5 Clasificación de las habilidades sociales según su tipología

2.5.1 Primeras habilidades sociales⁸

Grupo I. Primeras habilidades sociales

Escuchar.

Iniciar una conversación.

Mantener una conversación.

Formular una pregunta.

Dar las gracias.

Presentarse.

Presentar a otras personas.

Hacer un cumplido.

⁸ JEFFREY A. Kelly. Entrenamiento de las habilidades sociales - guía práctica para intervenciones, 2ª ed. Bilbao: Desclée de Bouver, 1990 - 251 p.

Grupo II. Habilidades sociales avanzadas

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

Grupo III. Habilidades relacionadas con los sentimientos

- Conocer los propios sentimientos.
- Expresar los sentimientos.
- Comprender los sentimientos de los demás.
- Enfrentarse con el enfado del otro.
- Expresar afecto.
- Resolver el miedo.
- Autorecompensarse.

Grupo IV. Habilidades alternativas a la agresión.

- Pedir permiso.
- Compartir algo.
- Ayudar a los demás.
- Negociar.
- Empezar el autocontrol.
- Defender los propios derechos.
- Responder a las bromas.
- Evitar los problemas a los demás.
- No entrar en peleas.

Grupo V. Habilidades para hacer frente al estrés.

- Formular una queja.
- Responder a una queja.
- Demostrar deportividad después de un juego.

Resolver la vergüenza.
Arreglárselas cuando le dejan a uno de lado.
Defender a un amigo.
Responder a la persuasión.
Responder al fracaso.
Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
Responder a una acusación.
Prepararse para una conversación difícil.
Hacer frente a las presiones del grupo.

Grupo VI. Habilidades de planificación.

Tomar decisiones.
Discernir la causa de un problema.
Establecer un objetivo.
Determinar las propias habilidades.
Recoger información.
Resolver los problemas según su importancia.
Tomar una decisión.
Concentrarse en una tarea.

2.5.2 Habilidades sociales avanzadas⁹

2.5.2.1 Pedir ayuda.

Si te sientes frustrado y no puedes desarrollar alguna actividad cualquiera que fuera nunca dudes en pedir ayuda que no es malo al contrario te ayudara a resolver tus problemas y aclarar tus dudas y no tengas vergüenza en hacerlo que es peor que te quedes en la nada y peor en la ignorancia.

⁹ JEFFREY A. Kelly. Entrenamiento de las habilidades sociales - guía práctica para intervenciones, 2ª ed. Bilbao: Desclée de Bouver, 1990 - 251 p.

2.5.2.2 Participar.

Es un problema que nos domina, el quedarnos callados y no dar nuestro punto de vista nos hace una persona sumisa que aceptamos todo lo que nos dicen aunque sepamos que está mal o no estemos de acuerdo por eso es importante que participemos cuando es necesario además que podemos lograr una mayor atención hacia nosotros.

2.5.2.3 Dar instrucciones y seguirlas

Cuando quieras que las cosas te salgan bien siempre se claro y específico cuando das las instrucciones, de esa manera se garantiza que lo harán como tú lo deseas y a la perfección, de la misma manera tú lo aplicas cuando quieres realizar alguna actividad, sigue las instrucciones y haz las cosas como te lo indican.

2.5.2.4 Disculparse.

Es una habilidad que toda persona debe desarrollar; no es malo admitir que nos equivocamos, al contrario, nos ayuda a rectificarnos y quitar esa mala impresión que dejamos hacia otras personas y con nuestro interior, además que logramos que se nos de otra oportunidad.

2.5.2.5 Convencer a los demás.¹⁰

- Comunica siempre en el lugar y en el momento adecuado.
- No seas directo, no empieces diciendo lo que quieres.
- Adopta una actitud valorativa.
- Cuando vayas a pedir algo, primero explícate y hazlo con convicción.
- Luego pide y se claro y directo.
- Habla en plural, e incluye el nombre de la otra persona en tu conversación.

¹⁰ JEFFREY A. Kelly. Ob.cit.

- Comportate de forma colaborativa
- Recuerda que para que alguien de, tiene que haber recibido previamente.
- Fija una meta y un objetivo.
- Recuerda los básicos de la negociación.

2.5.3 Habilidades relacionadas con los sentimientos

Las habilidades sociales relacionadas a los sentimientos son considerados:

- a) Conocer los propios sentimientos
- b) Expresar los sentimientos
- c) Comprender los sentimientos de los demás
- d) Enfrentarse con el enfado de otro
- e) Expresar afecto
- f) Resolver el miedo
- g) Autorecompensarse¹¹

Las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos están relacionadas con la conducta asertiva o asertividad, es decir, aquella que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios derechos personales, sin negar los derechos de los otros. La persona asertiva, protege sus propios derechos y respeta los derechos de los otros, consigue sus objetivos, es expresiva emocionalmente, se siente bien con ella misma y hace que los demás valoren y respeten sus deseos y opiniones.¹²

Tener habilidad para estar bien con el corazón también es parte de las relaciones sociales, recuerda que si estamos bien con nosotros

¹¹ http://www.une.edu.pe/modelo_PROYECTO_CORRELACIONAL.pdf

¹² ANTONY, Martin; Swinson, Richard; González D. Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social: Técnicas demostradas para la superación gradual del miedo (Serendipity), editorial Desclée de Brouner, 2014

mismos lo estamos con los demás, pero muchas veces el no saber controlar nuestras emociones nos trae problemas al expresar nuestros sentimientos, e incluso en nuestra relación de parejas.¹³

- Conocer los propios sentimientos y expresar lo que sentimos solo está en nuestro interior y si lo queremos sacar, depende mucho de cuanto estemos seguros de lo que sentimos, porque a veces nos confundimos, no sabemos expresar con sinceridad lo que uno siente y podemos lastimar a muchas personas y a nosotros mismo, es por eso que tenemos que aclarar nuestros sentimientos y expresarlos con seguridad.
- Comprender los sentimientos de los demás, el egoísmo es lo que está presente en nuestros corazones, hacemos las cosas y no pensamos en los demás, puede que no sepamos, o simplemente no nos importe lo que le sucede a alguien cercano a nosotros, eso hace que no comprendamos los sentimientos que se dan en nuestro entorno. Simplemente escucha con sinceridad a los demás y lograrás tener una gran virtud además que puede que te sorprenda de las cosas que se sienten en tu entorno.
- Resolver el miedo es una debilidad que por naturaleza lo enfrentamos desde que éramos unos niños, el temor que nos causa algún acontecimiento de nuestra vida, o algo que nos causa el miedo, nos paraliza de una manera que no sabemos cómo reaccionar, ocasionándonos grandes problemas en nuestra vida, recuerda que tu controlas tus emociones y actitudes y puedes también controlar este temor.
- Auto recompensarse, valorarnos siempre, estar primero, ante todo nuestra persona, lo que hagamos con nosotros lo haremos con los

¹³ JEFFREY A. Kelly. Ob.cit.

demás, cuida tu cuerpo, ámalo, es tuyo dale lo mejor, también tu mente, nútreala de conocimientos y a tu corazón llénalo de amor, valores y todo lo que nos hace ser una persona feliz.

2.5.4 Habilidades alternativas a la agresión.^{14,15}

- a) **Pedir permiso:** es una habilidad que siempre debemos utilizar ya que nos ayudan a no encontrarnos con inconvenientes y algunas discusiones con las demás personas.
- b) **Compartir algo:** la solidaridad es un valor que lo vemos desde la biblia y que es transmitidos por muchas maneras el compartir con los demás nos hace personas bondadosas además que logra que se manifieste un afecto hacia nosotros.
- c) **Ayudar a los demás:** bien lo dice el dicho hoy por ti mañana por mí.
- d) **Negociar:** La negociación es una estrategia que nos permite llegar a acuerdos cuando existen diferencias de intereses o deseos entre dos o más personas.¹⁶
- e) **Empezar el autocontrol:** Puesto que el enfado puede ser una emoción muy fuerte, a veces resulta muy difícil de controlar. Para afrontar y manejar el enfado, hacen falta elevadas cotas de autoconciencia y autocontrol. Y el desarrollo de estas habilidades requiere su tiempo. El autocontrol consiste en pensar antes de actuar.¹⁷
- f) **Defender los propios derechos:** todos ocupamos un lugar en la sociedad y formamos parte de un estado democrático en la cual

¹⁴ http://www.une.edu.pe/modelo_PROYECTO_CORRELACIONAL.pdf

¹⁵ JEFFREY A. Kelly. Ob.cit.

¹⁶ AGUILAR, G.; Peter, M.; Aragón de H., L. Ob. cit.

¹⁷ ANTONY, Martin; Swinson, Richard; González D. Ob.cit.

cumplimos con obligaciones pero también tenemos derechos que nos ayuda a vivir en un estado democrático siempre y cuando los hagas respetar.

- g) **Responder a las bromas:** es una habilidad que debemos desarrollar, recuerda que el reír nos ayuda a relajarnos además a nadie le hace mal una pequeña broma.
- h) **Evitar los problemas con los demás y no entrar en peleas:** los conflictos es mejor evitarlos, ya sean verbales o físicos, es mejor tratar de no involucrarse en estos malos ratos que ocasionan rompimiento en las relaciones sociales.

2.5.5 Habilidades para hacer frente al estrés

Los terapeutas han desarrollado habilidades para vencer el estrés, pero muchos de esos ejercicios son fáciles de aconsejar, pero difíciles de practicar, porque casi siempre, requiere de constancia y mucha voluntad, no es fácil sin ayuda y el seguimiento de un profesional. El estrés y la ansiedad se pueden lograr dominar, con profundas reflexiones y ejercicios constantes. El estrés y la ansiedad pueden presentarse en niños, jóvenes o adultos. Es necesario tratar en su debida oportunidad, para ello debemos evitar auto discursos negativos tal como nos dice:¹⁸

- Esto es terrible.
- No lo conseguiré.
- ¿Por qué sucedió esto?

¹⁸ PEURIFOY, R. (2007). Venza sus temores. Ansiedad, fobia y pánico. Un programa de autoayuda eficaz para recuperar el control sobre su vida. Barcelona, España. Edic. Robinbook. (En línea) recuperado el 30 de junio de 2010, disponible en:
http://books.google.com.pe/books?id=CaBQvEUXIUgC&pg=PA41&dq=Habilidades+para+hacer+frente+al+estr%C3%A9s&hl=es&ei=LZQqTJLWGoKB8gaK8bjUCA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CEIQ6AEwBQ#v=onepage&q=Habilidades%20para%20hacer%20frente%20al%20estr%C3%A9s&f=false

- No, no puede ser verdad.
- No puedo soportarlo.
- No logro superarlo.
- Pero ¿Cuándo termina todo esto?
- Esto es ridículo ¿Por qué no puedo hacer algo tan simple?
- No estoy haciéndolo bien.
- Me ahogo. No puedo respirar.
- Me estoy muriendo.
- No debería actuar de este modo. (Habitualmente, un síntoma asociado con la ansiedad, como la dificultad para respirar o los latidos acelerados del corazón).
- Nunca conseguiré superarlo.
- No puedo hacerlo.

Es necesario identificar y reducir las fuentes de intensidad de las emociones, para no ser presa fácil del estrés. Estas son: Presión, frustración, conflicto, ansiedad y miedo. Hay muchas formas comunes para superar, a través de la relajación.

Es necesario cambiar el comportamiento perfeccionista, desarrollar y practicar un auto discurso racional que desafíe las creencias perfeccionistas, desarrollar un enfoque de solución de problemas para errores, centrarse en lo positivo, eliminar el hábito del “pero”, fijarse objetivos realistas, concederse autorización para experimentar placer, desarrollar un proceso de orientación, utilizar la “técnica de la verdad última” para eliminar los miedos implícitos en el comportamiento perfeccionista y desarrollar habilidades para resolver problemas.¹⁹

Hay diferentes maneras de afrontar el estrés que supone una situación problemática. La respuesta concreta depende de cuánto y qué aspecto

¹⁹ PEURIFOY, R. (2007). Venza sus temores. Ansiedad, fobia y pánico. Un programa de autoayuda eficaz para recuperar el control sobre su vida. Barcelona, España. Edic. Robinbook.

de tu vida amenaza esa situación, y qué recursos crees que tienes para afrontarla. Todos tenemos un poco de cada estilo, aunque suele haber una tendencia o una manera característica de reaccionar. Utilizamos:

- Estilo evitador cuando, ante algunos problemas y situaciones concretos, tendemos a hacer como si no existieran. La mayor parte de la gente hace esto en algunas ocasiones.

Pero apartar de la mente los problemas frecuentemente puede ser inadecuado.

- Estilo postergador cuando tendemos a dejar la solución para el último momento, dejando que las situaciones nos vengán encima y nos atropellen. Podemos parecer preocupados, pero en cierta forma estamos evitando el problema.
- Estilo positivo de afrontamiento es directo. Afrontamos directamente un problema cuando reconocemos las emociones que nos provoca y tratamos de expresarlas adecuadamente.

Cuando pensamos que podemos resolverlo y lo vemos más como un desafío que como una amenaza. Cuando le dedicamos un tiempo de atención, cuando reflexionamos sobre diferentes soluciones antes de llevarlas a cabo, y cuando emprendemos una acción, sabiendo que no es perfecta y sin miedo a equivocarnos.²⁰

Las habilidades para hacer frente al estrés son:

- Formular una queja.
- Responder a una queja.
- Demostrar deportividad después del juego.
- Resolver la vergüenza.

²⁰ ARMIJOS, Diana. Habilidades relacionadas con los sentimientos.
<http://es.slideshare.net/Diana24armijosa/deber-habilidades-relacionadas-con-los-sentimientos>

- Arreglárselas cuando le dejan de lado.
- Defender a un amigo.
- Responder a la persuasión.
- Responder al fracaso.
- Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
- Responder a una acusación.
- Prepararse para una conversación difícil.
- Hacer frente a las presiones de grupo.²¹

2.5.6 Habilidades de planificación.

- a) Tomar iniciativas
- b) Discernir sobre las causas de un problema.
- c) Establecer un objetivo
- d) Recoger información
- e) Resolver los problemas según su importancia.
- f) Tomar una decisión.²²

2.6 Aprendizaje y desarrollo de las habilidades sociales²³

2.6.1 Mecanismos responsables del aprendizaje de habilidades sociales

Como afirma Caballo²⁴(1993), no existen datos definitivos sobre cuándo y cómo se aprenden las habilidades sociales, pero la niñez es sin duda un periodo crítico. Así, los niños pueden nacer con un sesgo temperamental y su manifestación conductual se relacionaría con un sesgo fisiológico heredado que podría mediar la forma de responder.

²¹ AGUILAR, G.; Peter, M.; Aragón de H., L.

²²http://www.activeprogress.info/Intranet/images_load/APRENDIENDO%20A%20DESARROLLAR%20NUESTRAS%20HABILIDADES%20SOCIALES.pdf

²³ JEFFREY A. Kelly. Ob. Cit.

²⁴ Caballo, V. E. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo Veintiuno.

El mismo autor destaca la consideración de Buck²⁵ (1991), según el cual, el temperamento, considerado como la expresividad emocional espontánea, determina la naturaleza del ambiente socio-emocional interpersonal y la facilidad para el aprendizaje. De este modo, un sujeto emocionalmente expresivo tiende a crear para él un ambiente social y emocional más rico. En concreto, el niño expresivo proporciona más información a los demás sobre su estado emocional, obtiene más retroalimentación de los demás sobre su estado y consigue más información sobre los demás. Esto facilitaría el desarrollo de las habilidades sociales y fomentaría la competencia social²⁶. Como veremos posteriormente, es importante tener en cuenta las afirmaciones de Buck a la hora de explicar los déficit en habilidades sociales de las personas ciegas y con deficiencia visual grave.

Sin embargo, y a pesar de la importancia de estas primeras manifestaciones expresivas emocionales que pueden influir en la creación de ambientes sociales más o menos enriquecedores, en general es unánime la opinión de que, en la mayoría de las personas, el desarrollo de las habilidades sociales depende principalmente de la maduración y de las experiencias de aprendizaje²⁷, y no es una manifestación de rasgos internos y estables de personalidad. A lo largo de la vida, las personas van aprendiendo de sus propias experiencias sociales y de la observación de los demás, en definitiva, de las interacciones con su ambiente social. Los mecanismos de aprendizaje de las habilidades sociales son los mismos que los responsables del aprendizaje de otras conductas. Así, como indica

²⁵ BUCK y Axel, (1991). Una familia de multigenes novela puede codificar receptores odorantes: una base molecular para el reconocimiento de olor. *Célula* 65, 175–187.

²⁶ BUCK y Axel, (1991). Ob. Cit. *Célula* 65, 176

²⁷ ARGYLE, M. (1975). *Comunicación de corporales*. Londres: Methuen.

Monjas²⁸, es posible distinguir cuatro mecanismos de aprendizaje principales.

En primer lugar, el aprendizaje por experiencia. La habilidad social que una persona muestra en una situación determinada está relacionada con la maduración y las experiencias que el individuo haya tenido en situaciones similares. Los niños, en sus interacciones con sus iguales y con los adultos, reciben refuerzos o consecuencias aversivas del entorno, y de este modo van incluyendo en su repertorio de habilidades y poniendo en práctica aquellas conductas sociales con las que obtienen consecuencias reforzantes, y tienden a no realizar conductas que les suponen consecuencias aversivas. La oportunidad para practicar las conductas en diferentes situaciones (experiencias) es uno de los condicionantes del desarrollo de las habilidades sociales²⁹.

En segundo lugar, el aprendizaje por modelado. De acuerdo con la teoría del aprendizaje social³⁰, muchas conductas se aprenden principalmente a través de la observación e imitación de otras personas. Entre estas conductas se encuentran también las habilidades sociales. A lo largo de la vida, las personas estamos expuestas a diferentes modelos gracias a los cuales adquirimos determinadas conductas sociales (verbales y no verbales) o inhibimos otras.

En tercer lugar, la instrucción directa. Mediante las instrucciones verbales informales o sistemáticas de los otros aprendemos a llevar a cabo determinadas habilidades sociales y a reconocer conductas inadecuadas.

²⁸ MONJAS, M I. (1992). La competencia social en la edad escolar. Diseño, aplicación y validación del «Programa de Habilidades de Interacción Social». Tesis doctoral no publicada, Universidad de Salamanca.

²⁹ CABALLO, Ob. cit.

³⁰ BANDURA, A. (1977). Social Learning Theory. New York: General Learning Press.

En cuarto lugar, el feedback de otras personas. La información que los demás nos dan sobre nuestras conductas es otro de los mecanismos que influyen en el aprendizaje de las habilidades sociales. En las interacciones sociales manifestamos, directa o indirectamente, de forma verbal o no verbal (a través de gestos, expresiones, posturas del cuerpo), nuestra consideración del comportamiento de la otra persona. Este feedback ayuda a controlar la conducta, a cambiarla en función del contenido de la información proporcionada por quien da el feedback y a servir como reforzamiento social contingente a las conductas sociales.

Es evidente que el aprendizaje de cualquier conducta, pero sobre todo el de las habilidades sociales, se produce siempre en contextos interpersonales, gracias a la interacción con los demás. A lo largo de la vida serán muchas las personas significativas que influyan en el desarrollo de las habilidades sociales. Hasta no hace mucho tiempo se dio gran importancia, de hecho casi exclusiva, a las relaciones tempranas con los padres y cuidadores, y la mayor parte de los estudios se centraron en analizar estas relaciones primeras para identificar variables que pudiesen influir en el desarrollo social. Ejemplo de ello es el modelo psicoanalítico que destaca las primeras experiencias de relación padres-hijos como determinantes esenciales del desarrollo social posterior. Actualmente, se mantiene la importancia de estas relaciones tempranas en los primeros estadios del desarrollo, pero se enfatiza también la influencia que en el desarrollo social tienen las relaciones con los iguales. En los siguientes apartados veremos de qué modo afectan ambos tipos de relaciones en el desarrollo de las habilidades sociales, destacando aquellos aspectos que puedan ser de utilidad para comprender las potenciales limitaciones de las personas ciegas y deficientes visuales, que analizaremos posteriormente.

2.6.2 Importancia de las relaciones tempranas con los padres y cuidadores

Diversos estudios evolutivos indican que muchos problemas de adaptación social pueden estar asociados a la calidad de las relaciones de la primera infancia y es que sin duda este es un periodo crítico para el aprendizaje de habilidades sociales. Ciertamente, en los dos primeros años de vida la tarea evolutiva más importante del niño es establecer relaciones sociales efectivas con otros, y evidentemente, en estos momentos la familia es el contexto principal donde el niño se encuentra y, por tanto, adquiere una importancia capital en la adquisición de tal tarea evolutiva.

Por un lado, la familia es la que controla el ambiente social donde el niño se mueve, la que proporciona oportunidades y experiencias, y la que le posibilita contactos con otros niños. Por otro lado, la familia es el lugar donde el niño encuentra los primeros vínculos afectivos (apego seguro) que constituyen la base para que posteriormente el niño se relacione de forma adecuada con sus iguales. La adecuada relación con una figura de apego que proporcione seguridad e independencia, ayuda al niño a establecer relaciones con sus iguales, a aprender habilidades sociales y a sentirse aceptado. Algunas investigaciones indican la existencia de una asociación entre la calidad del vínculo de apego y de las relaciones tempranas con los cuidadores, y la habilidad posterior de solución de problemas y de competencia con los iguales.

2.6.3 Importancia de las relaciones con los individuos

Sin negar la importancia de las relaciones tempranas con las figuras de apego, la mayor parte de los autores y de las teorías sobre el desarrollo social coinciden en la importancia de las relaciones entre

iguales como factor que contribuye de forma significativa al desarrollo de un funcionamiento social adecuado.

Así, de acuerdo con la teoría del desarrollo moral, si bien las experiencias familiares tempranas son la base para el posterior desarrollo social, las experiencias con los iguales en la escuela son las que conducen a desarrollar una identidad social bien definida.

Desde la teoría del aprendizaje social, se asume que a través de la observación, modelado y feedback, los niños comienzan a descubrir cuáles son los comportamientos sociales apropiados y, aunque en edades tempranas el modelado de los padres o adultos significativos juega un importante papel, el modelado y la interacción con los iguales tiene una fuerte influencia en la socialización posterior del niño.

Según Piaget³¹ las interacciones con los iguales son necesarias para el adecuado desarrollo social y cognitivo. En estas interacciones el niño desarrolla realmente sentido de independencia y cooperación, y establece un conjunto de reglas que le ayudan a pasar de la dependencia de las reglas y sanciones impuestas por los adultos a la independencia.

Se han encontrado evidencias de que se destacan la influencia de las relaciones con los iguales en la adquisición del conocimiento social y de la capacidad de adopción de roles y perspectivas de los otros, así como en el desarrollo del conocimiento de las motivaciones de los demás en las situaciones sociales.

Es evidente que las relaciones con los iguales proporcionan oportunidades únicas para desarrollar y refinar habilidades importantes para el desarrollo social y para la aceptación por parte de los iguales. Durante tales interacciones e intercambios los niños aprenden

³¹ PIAGET, J.-P. (1981). *Inteligencia y afectividad*. Basic Books, Nueva York.

estrategias para acceder a los grupos de juego, para atraer y dirigir la atención de otros, para desarrollar relaciones de amistad, para resolver conflictos y para participar en juegos simbólicos y fantásticos. Se trata, por tanto, de oportunidades que no pueden lograrse de otra manera ni en otros momentos. En relación con esto, describía las diferencias entre las interacciones con miembros de la familia y las relaciones con los iguales:

Dentro de la familia, las personas tienen relativamente pocas oportunidades para negociar, deben reconocer, aceptar y adaptar las relaciones con los padres y con los hermanos. A través de las relaciones con los iguales, los niños aprenden que ellos pueden regular leyes sociales sobre criterios que emergen de sus necesidades y de las demandas sociales contextuales. También aprenden que los iguales no siempre les aceptan de forma inmediata, a menudo, un niño debe convencer a otros de sus méritos como compañero de juego, y a veces deben anticipar y aceptar la exclusión.

2.7 Importancia de la práctica de habilidades sociales en los pacientes psiquiátricos

Las habilidades sociales nos ayudan a relacionarnos con los demás, integrarnos y comunicarnos de manera efectiva. Son muchas las facetas de la vida diaria en las que las habilidades sociales marcan la diferencia.

Hay personas cuyas capacidades son bastante limitadas y, sin embargo, son grandes triunfadores en el terreno profesional y personal. Y ocurre, también, que hay personas que tienen unas capacidades impresionantes y son incapaces de rentabilizarlas por sus escasas habilidades sociales.

Lo bueno es que todo lo que suponga ser una habilidad puede ser aprendida y desarrollada con la práctica, es decir, se puede entrenar para desarrollarla.³²

2.8 Técnicas del Entrenamiento en Habilidades Sociales

2.8.1 Instrucciones³³

2.8.1.1 Instrucciones y definición de la habilidad a entrenar

Las instrucciones consisten en explicaciones claras y concisas de las conductas que constituyen el objetivo del entrenamiento en cada sesión.

Con el fin de aumentar su eficacia, se considera importante que cumplan los siguientes requisitos:

Dar información específica al sujeto sobre la conducta adecuada que debe ejecutar, empleando ejemplos que le ayuden a identificarla.

Explicar y justificar la importancia de dicha conducta y la necesidad de ejecutarla. Es importante implicar al propio sujeto en esta tarea.

La información ha de ser breve, y debe exponerse utilizando conceptos inteligibles para el sujeto, evitando tecnicismos innecesarios que dificulten la comprensión.

Deben repetirse los conceptos más importantes, con el fin de ayudar al sujeto a comprender, lo mejor posible, la información suministrada y facilitar su comprensión.

³² AGUILAR, G.; Peter, M.; Aragón de H., L. Ob.cit.

³³ AGUILAR, G.; Peter, M.; Aragón de H., L. Ob.cit.

2.8.1.2 El modelado

- a) Consiste en la ejecución, por parte del terapeuta y/u otras personas, de las conductas objeto de entrenamiento, con el fin de que el sujeto tenga la oportunidad de observarlas y, de ese modo, se facilite el aprendizaje.
- b) Para potenciar la eficacia de esta técnica, deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

Existencia de cierta similitud entre el modelo y el sujeto que observa (en cuanto a sexo, edad, clase social, etc.).

El comportamiento del modelo debe ser presentado, no sólo como competente, sino, además, como afable y agradable para el sujeto, y no exclusivamente de forma técnica, lo que, de nuevo, redundará en una mejor identificación con él.

La conducta del modelo debe ir seguida, de forma contingente, de consecuencias positivas, bien sea en forma de reforzamiento material o social.

Es conveniente el empleo de varios modelos que faciliten al sujeto su identificación que muestren distintos estilos posibles de actuación.

Es importante conseguir centrar la atención del sujeto en la actuación del modelo, para lo cual, antes de comenzar la actuación de éste, puede advertirse al paciente la importancia de que lo observe atentamente, ya que, después, habrá de describir lo que ha observado e intentar reproducir su ejecución.

La conducta debe presentarse de forma clara y concisa, eliminando los detalles superfluos.

La exhibición de las conductas debe realizarse de menor a mayor dificultad, aumentando ésta progresivamente.

Es conveniente la repetición de las conductas del modelo, con el fin de favorecer el sobreaprendizaje.

Las condiciones ambientales deben ser lo menos distractoras posibles, para facilitar al sujeto el mantenimiento de su atención centrada en el modelo.

2.8.1.3 El reforzamiento

- a) Consiste en hacer seguir, contingentemente a una conducta determinada, una consecuencia positiva, con el fin de aumentar su probabilidad de aparición.
- b) Los elementos de aplicación que potencian los efectos de esta técnica son:

La aplicación del refuerzo debe ser inmediata y contingente a la realización de la conducta que se quiere potenciar.

El refuerzo debe tener un valor reforzante suficiente para que el sujeto quiera mantener su conducta.

Deben planificarse programas de reforzamiento, tanto en el ambiente clínico como en el ambiente natural del sujeto, que vayan, progresivamente, cediendo lugar al autoreforzo por parte del propio sujeto, por lo que se hace necesario entrenar al paciente en estrategias específicas que faciliten este pasó.

2.8.1.4 El feedback (retroalimentación)

- a) Consiste en suministrar información sobre la ejecución de las conductas realizadas por el sujeto.

- b) Con objeto de potenciar esta técnica, pueden llevarse a cabo las siguientes estrategias de aplicación:

La presentación de la retroalimentación debe seguir, de forma inmediata, a las conductas.

Debe realizarse en un lenguaje comprensible para el sujeto.

Debe centrarse, de forma ordenada, en cada uno de los aspectos concretos que se han señalado como relevantes de las conductas y que están bajo el control del sujeto.

Debe ser constructiva, es decir, suministrar información positiva sobre lo que se ha ejecutado de forma correcta e información correctiva sobre cómo mejorar aquellos aspectos cuya ejecución ha sido menos adecuada.

2.9 Aplicación grupal del Entrenamiento en Habilidades sociales en pacientes psiquiátricos.

- a) La aplicación que se ha hecho del entrenamiento en habilidades sociales en pacientes psiquiátricos ha seguido la estructura clásica del entrenamiento en habilidades sociales, tratando en todo momento de ajustar dichos procedimientos a las características específicas de estos pacientes:

Instrucciones.

Modelado.

Ensayo conductual.

Feedback.

Tareas para realizar en casa.

- b) Respecto a los contenidos entrenados, éstos varían según los autores, pero, en general todos ellos incluyen:

- Habilidades conductuales básicas (contacto ocular, postura, tono de voz, etc.).
- Habilidades conversacionales (iniciar y mantener conversaciones, expresar quejas, etc.).
- Habilidades de solución de problemas sociales (percepción correcta de la situación y selección de respuesta apropiada).³⁴

¿Por qué el Entrenamiento de Habilidades Sociales suele aplicarse en grupo?

El grupo es un escenario natural donde aprender, practicar, perfeccionar y generalizar las habilidades. El hecho de que las personas que se entrenan en un mismo grupo tengan estilos de actuación diferentes enriquece el aprendizaje por observación de sus miembros y proporcionar oportunidades más variadas y naturales para practicar las relaciones humanas.

El grupo sirve de contexto de comparación social y validación consensual. El grupo actúa como marco de referencia, sirva para analizar las situaciones y los comportamientos desde un punto de vista conjunto y como referencia posterior para la persona.

El grupo es un contexto de ayuda y apoyo mutuo. Cuando las personas sienten que forman parte de un grupo y que hacen algo con otros para solucionar sus problemas se facilita que se expresen emocionalmente, desarrollen vínculos de cooperación y promueven relaciones sociales en un clima agradable.

El grupo es un contexto donde aprender relaciones humanas esenciales, que son necesarias para la vida real, como saber

³⁴ AGUILAR, G.; Peter, M.; Aragón de H., L. Ob. Cit.

escuchar, participar, respetar los turnos de palabra, dar retroalimentación, mostrar desacuerdos.³⁵

2.10 Enfermedades mentales de mayor incidencia

2.10.1 Depresión

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones cotidianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar disimulada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque estaciones más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras,

³⁵http://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/4/4617/Temas_4_y_5_Entrenamiento_en_habilidades_sociales_y_componentes_cognitivos.pdf

pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.³⁶

Manifestaciones clínicas:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
- Notable disminución del interés sexual.

³⁶ D.H. Saklofske, Ph.D., Universidad de Saskatchewan, H.L. Janzen, Ph.D., Universidad de Alberta, D.K. Hildebrand, Ph.D., Universidad de Saskatchewan y Laura Kaufmann, NCSP, Coppell, TX National Association of School Psychologists. Bethesda. EE.UU. 2001.

2.10.2 Esquizofrenia

Es un trastorno mental que dificulta diferenciar lo que es real de lo que no.

Este trastorno 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 déficit cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están

soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante. Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

También dificulta pensar con claridad, tener respuestas emocionales normales y actuar de manera normal en situaciones sociales.³⁷

Manifestaciones clínicas:

Síntomas positivos: se conocen así como las percepciones, ideas y comportamientos patológicos que presenta el paciente, pero que no aparecen en la población general. No hay que atribuirlo a que «el enfermo se inventa cosas», porque realmente él cree que está viviendo en esa nueva y propia realidad percibida. En este momento

³⁷ Ricardo F. Muñoz, Ph.D., Chandra Ghosh-Ippen, Ph.D., Eleanor Valdes Dwyer, L.C.S.W., Stephen Rao, Ph.D., Huynh-Nhu (Mimi) Le, Ph.D. Clínica Para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión. Clínica de Medicina Psicosocial. Hospital General de San Francisco. Universidad de California, San Francisco. ©2003.

no tiene conciencia de la enfermedad y no es recomendable contraponer de forma drástica sus ideas frente a las de los familiares. Entre estos síntomas, destacan: creer que la gente puede saber lo que piensan, que pueden imponerles determinados pensamientos, o robarles ideas propias, Ideas delirantes: son aquellas creencias personales que tiene el paciente, quien cree, con total convencimiento de la realidad, que están sucediendo, cuando no es así.

Alucinaciones: son aquellas percepciones sensoriales que el enfermo tiene sin que exista un estímulo. Las más frecuentes son las alucinaciones auditivas (oír voces cuando nadie está hablando), aunque también pueden ser visuales y gustativas. Desorganización del pensamiento: consiste en la incapacidad de organizar un pensamiento coherente, de manera que en muchas ocasiones el lenguaje resultará inconexo y carente de sentido. Alteraciones de la conducta: pueden aparecer conductas extravagantes y erráticas, sin ninguna finalidad clara.

2.10.3 Retardo mental

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada,

pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en enfermos con un retraso mental leve.

El retardo mental (también conocido como retraso mental o deficiencia mental) es una afección que se diagnostica antes de los 18 años de edad y supone que el individuo que lo padece presenta un funcionamiento intelectual que se ubica por debajo del promedio.³⁸

Manifestaciones clínicas:

Son pacientes que adquieren tarde el lenguaje, aunque son capaces de mantener una conversación y, por lo tanto, de expresarse en la vida cotidiana. Una gran parte llega a alcanzar una independencia para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse y controlar los esfínteres). Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares, sobre todo en la lectura y la escritura. Pueden desempeñarse en labores prácticas, más frecuentemente en trabajos manuales semicualificados.

Cuando el retraso va acompañado de una falta de madurez emocional o social destacadas, pueden presentarse dificultades para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos, así como en la adaptación a la cultura. En sólo una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. TÍTULO: “ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS: VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA PARA PACIENTES CRÓNICOS. UNIVERSIDAD DE VALENCIA. 2008”

AUTOR: Navarro Ferragud, Silvia Amparo

³⁸ AAMR. (2004). Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid: Alianza.

CONCLUSIÓN:

El estudio tiene como objetivo fundamental, comprobar la eficacia de las técnicas de habilidades sociales con usuarios esquizofrénicos de carácter crónico. Dichas técnicas han sido validadas científicamente y son de uso generalizado en los distintos contextos del tratamiento de la esquizofrenia. Dando como conclusión con el estudio aplicado eficazmente logro los objetivos con los pacientes desarrollando e aumentando sus habilidades sociales alcanzando la categoría medianamente alto.

3.2. TITULO: “CARACTERÍSTICAS DE LAS HABILIDADES SOCIALES DE LOS ESTUDIANTES DEL OCTAVO SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA AREQUIPA 2011”

AUTOR: Helin Elizabeth Pezo Negrón

CONCLUSIÓN:

Según las características de las habilidades sociales en cuanto asertividad, los estudiantes del VIII semestre de la facultad de enfermería alcanzan la categoría medianamente alto. Según las características de las habilidades sociales en cuanto a comunicación alcanzan la categoría bajo. Según las características de las habilidades sociales en cuanto autoestima alcanzan la categoría alto. Según las características de las habilidades sociales en cuanto a toma de decisiones, los estudiantes del VIII semestre de la facultad de enfermería alcanzan la categoría bajo.

3.3. TITULO: INFLUENCIA DE LA PERSPECTIVA ESPIRITUAL EN LA SALUD MENTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS QUE ASISTEN A CONSULTORIO EXTERNO.

CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI AREQUIPA
2012.

AUTOR: Arelis Marilia Gonzales Pinto
Lizet Shiomara Inquilla Aceituno

CONCLUSIÓN:

La mayoría de la población es de género femenino predominando el grupo etario de 30 a 42 años; el familiar responsable son los padres y los cónyuges. Presentando un grado de instrucción secundaria y superior. La mitad de la población de estudio en cuanto a la perspectiva espiritual presenta nivel de espiritualidad alta. La mitad de la población de estudio en cuanto a la salud mental presentan sospecha y presencia de sintomatología mental. Los resultados muestran que la población de estudio que tiene espiritualidad alta tiene menos problemas de salud mental y a espiritualidad media a baja hay sospecha y presencia de sintomatología mental.

4. OBJETIVOS

- Determinar el nivel de habilidades sociales que presentan los pacientes psiquiátricos hospitalizados del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Precisar cuál de las patologías se da mayor nivel de habilidades sociales.

5. HIPÓTESIS

No se ha considerado ya que es un estudio descriptivo exploratorio.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

- 1.1 Para la variable habilidades sociales se utilizó como técnica el cuestionario.
- 1.2 Como Instrumento se utilizó cedula de preguntas (Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero) que consta de 33 ítems calificados del 1 al 4, con la interpretación
- Muy alto nivel de habilidades sociales–Puntuación de 124 a 132
 - Alto nivel de habilidades sociales–Puntuación de 107 a 123
 - Nivel Promedio de habilidades sociales – Puntuación de 86 a 106
 - Bajo nivel de habilidades sociales – Puntuación de 43 a 85
 - Muy bajo nivel de habilidades sociales – Puntuación de 0 a 42

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi el cual está ubicado en la avenida Pumacahua Cerro Colorado este centro cuenta con servicios de hospitalización, servicio de consulta externa y salud pública.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:

El estudio de investigación es coyuntural de marzo a mayo para el 2016.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

Las unidades de estudio están conformadas por 27 Pacientes Hospitalizados del centro de salud mental Moisés Heresi que constituyen el 100%.

2.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes que acepten participar en el estudio
- Pacientes hospitalizados compensados.

2.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no acepten participar en el estudio
- Pacientes descompensados.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- Coordinación con el Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.
- Coordinación con el Centro de salud Mental Moisés Heresi.

- Motivación a los pacientes para que colaboren en el desarrollo de las actividades en el programa de rehabilitación.
- Establecer el horario de la recolección de datos mañana y tarde.
- Análisis, sistematización y procesamiento e interpretación de datos a través de las tablas estadísticas y gráficos.



CAPITULO III

RESULTADOS

- A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO USUALES DE LAS HABILIDADES SOCIALES**
- B. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE HABILIDADES SOCIALES DE ELENA GISMERO.**

TABLA N° 1**EDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016**

EDAD	F	%
10 a 20	1	3.7%
21 a 30	4	14.8%
31a 40	5	18.5%
41 a 50	5	18.5%
51 a mas	12	44.4%
TOTAL	27	100%

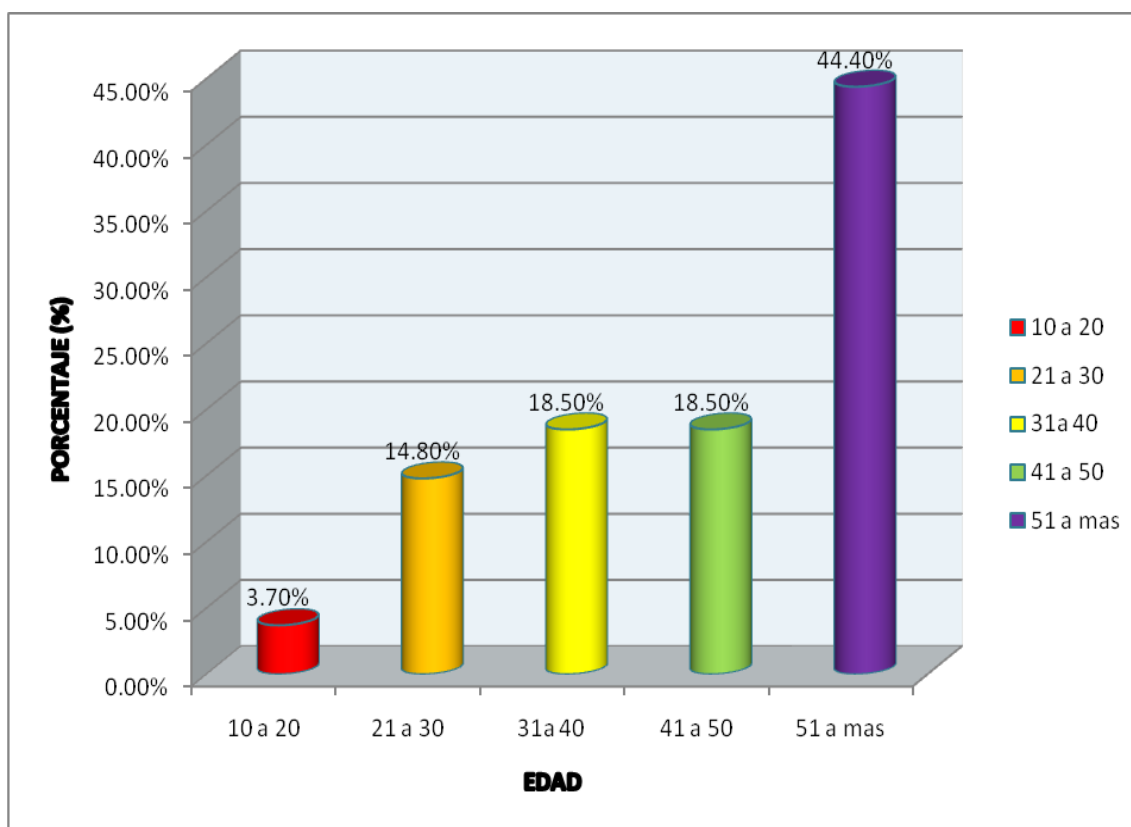
Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla se observa que el mayor porcentaje es 44.4% que corresponde las edades de 51 años a más y un mínimo porcentaje de 10 a 20 años.

De lo que deducimos que más de las tres cuartas partes de la población de estudio es adulta. Lo que representa que es más complejo desarrollar las habilidades sociales en la adultez ya que la personalidad está establecida y cuesta modificarla, pero no es imposible porque se muestra cambios y mejoras en el desarrollo social.

GRAFICO N° 1

EDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 2

**GÉNERO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016**

GENERO	F	%
Femenino	9	33.3%
Masculino	18	66.7%
TOTAL	27	100%

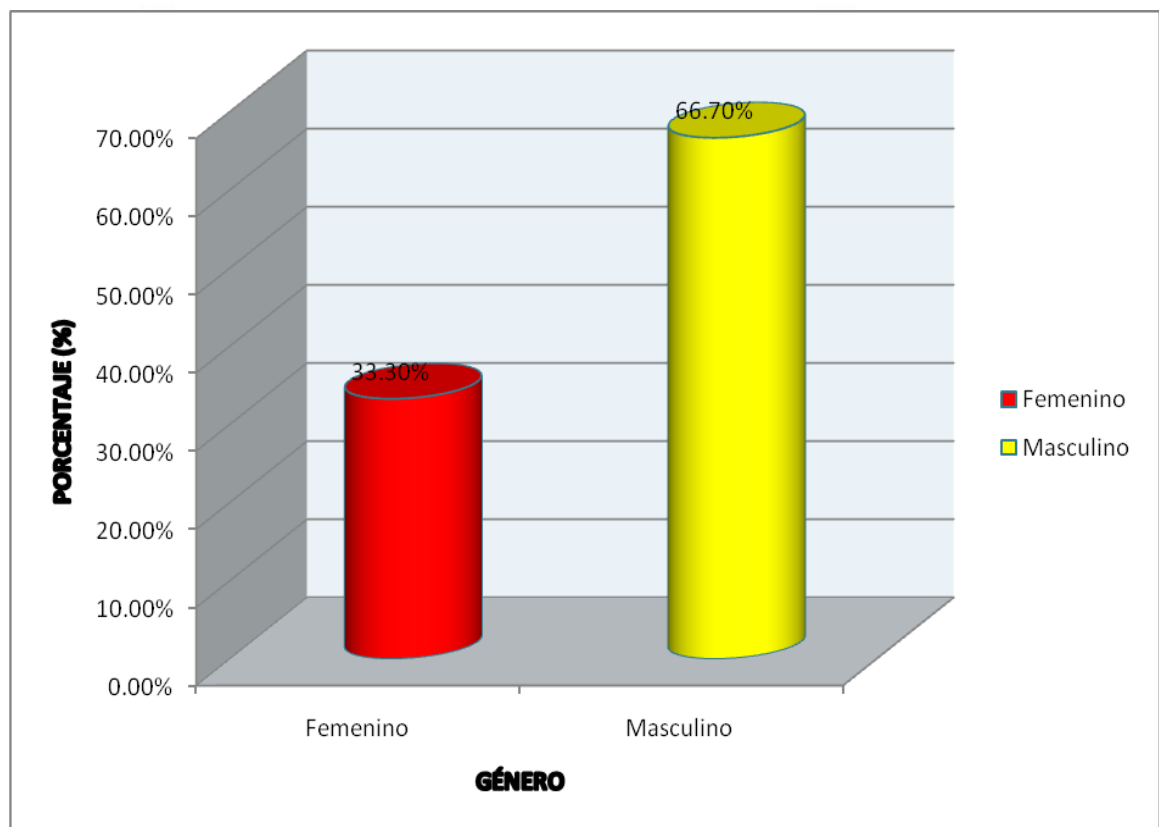
Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla muestra que el género predominante es el masculino con un porcentaje de 66.7 % y el femenino con un 33.3 %.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio pertenece al sexo masculino. Lo que permite destacar que por el código genético los hombres tienen el carácter más modificable logrando cambiar conductas.

GRAFICO N° 2

GÉNERO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 3
CONVIVENCIA FAMILIAR DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI
AREQUIPA 2016

Convivencia familiar	F	%
Ambos padres	3	11.1%
Padre	3	11.1%
Madre	8	29.6%
Otros familiares	8	29.6%
Solo	5	18.5%
Total	27	100%

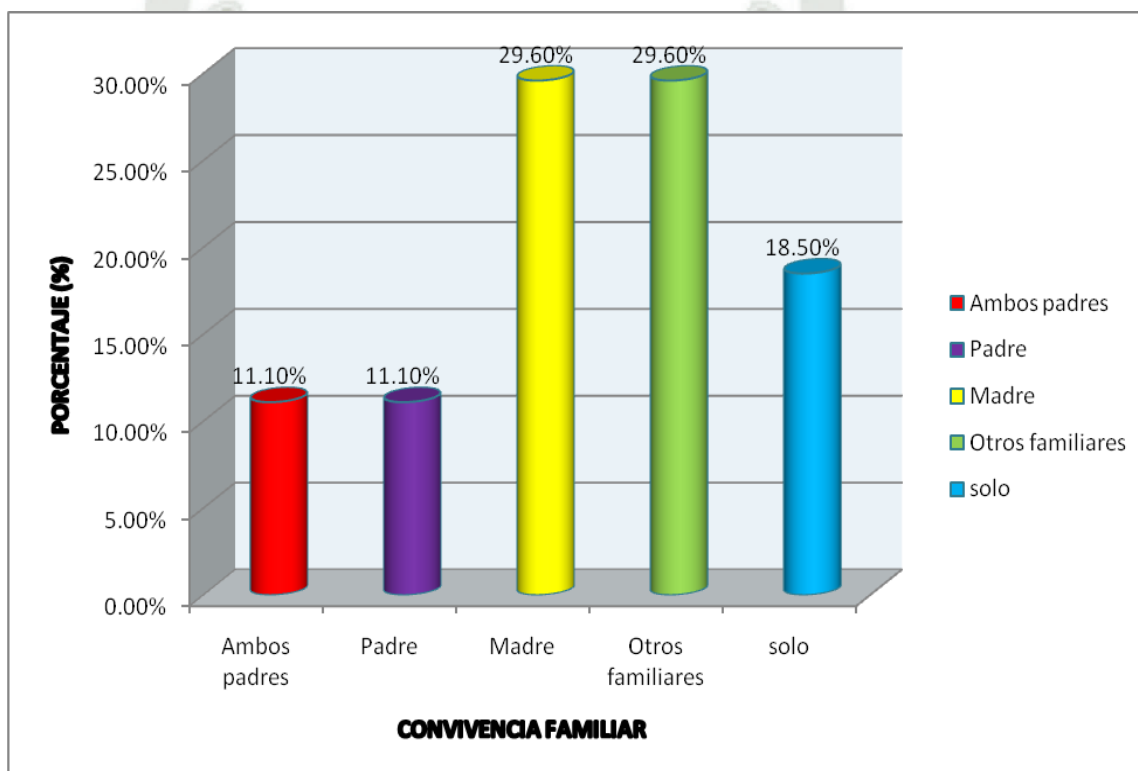
Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla observamos que 29.6% de los pacientes conviven con la madre, el otro 29.6% corresponde a otros familiares y un mínimo porcentaje conviven con el padre y ambos padres.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio conviven con la madre y otros familiares, pero es preocupante que exista un mínimo porcentaje que conviva con solo el padre o ambos padres, ya que no favorece para lo mejora de los pacientes psiquiátricos en tanto a su desarrollo social.

GRÁFICA N° 3

CONVIVENCIA FAMILIAR DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N°4

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNÓSTICO MÉDICO CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016

Patología	F	%
Psicosis	23	85.2%
Neurosis	3	11.1%
Retardo mental	1	3.7%
TOTAL	27	100%

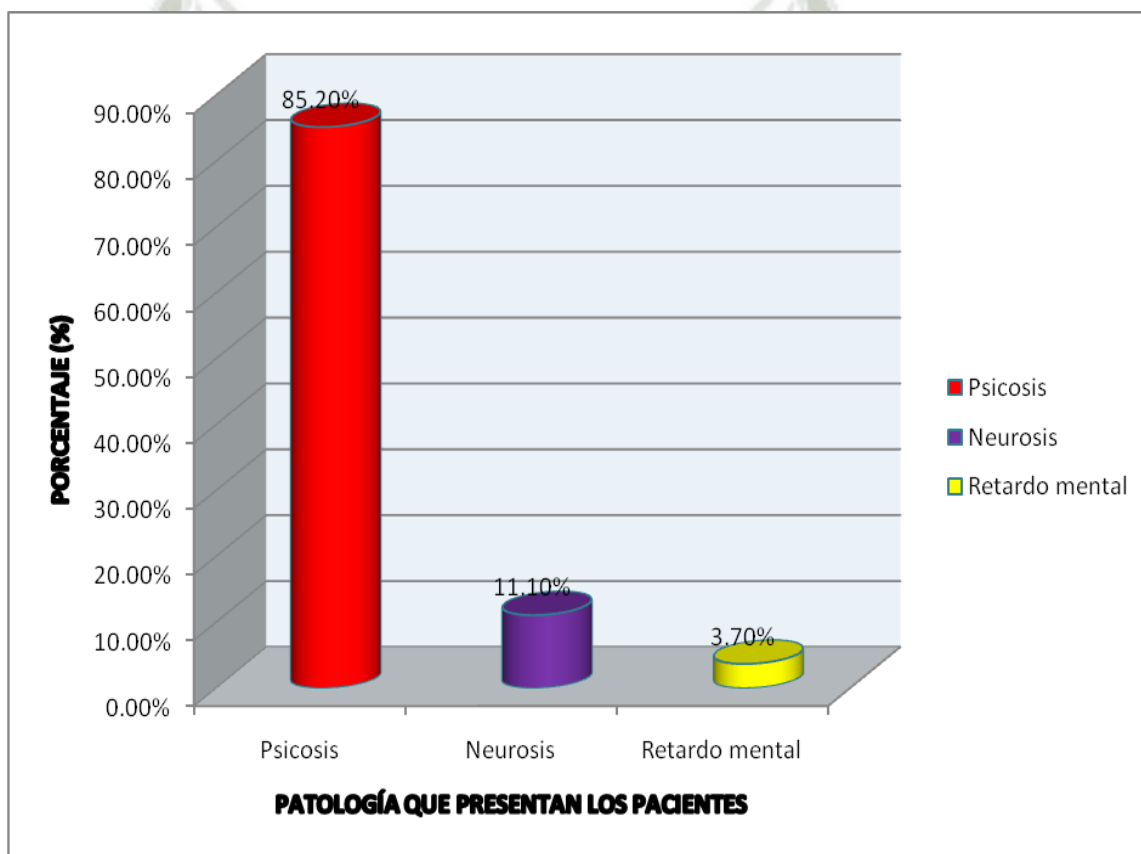
Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla muestra que el mayor porcentaje que corresponde al 85.2 % en los pacientes que presentan patologías psicóticas, 11.1 % tienen patologías neuróticas y un 3.7 % presentan patologías de retardo mental.

De lo que deducimos que más de las tres cuartas partes de la población de estudio presentan una patología psicótica, donde el mínimo porcentaje presenta patologías de retardo mental, lo que permite que las patologías psicóticas se desarrollen con efectividad ya que son pacientes que pueden ser observables, medibles y modificables.

GRÁFICA N° 4

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNÓSTICO MÉDICO CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016



Fuente: Tabla N° 04

TABLA N° 5

TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016

Tiempo de enfermedad (años)	F	%
Menor de 1	7	25.9%
1 - 5	6	25.9%
6 - 11	7	25.9%
12 - 17	7	22.2%
Total	27	100%

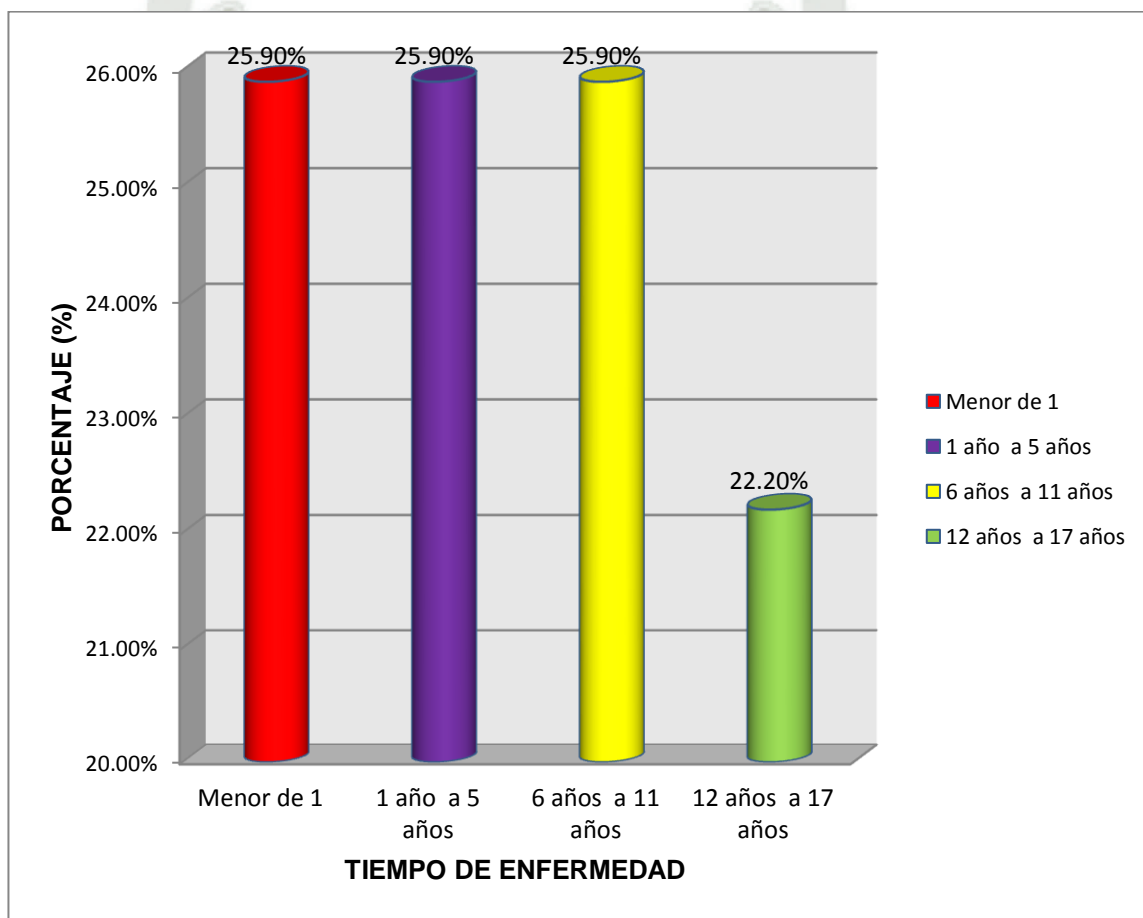
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

En la tabla observamos que un acumulado de 77.7% presentan un tiempo de enfermedad menor año, de 1 años a 5 años y de 6 años a 11 años y un menor porcentaje de 22.2% presentan un tiempo de 12 a 17 años.

De lo que deducimos que más de las tres cuartas partes presentan menor tiempo de enfermedad y un mínimo porcentaje presenta mayor tiempo de enfermedad. Lo que permite trabajar en el desarrollo de sus habilidades sociales como forma de prevención frente a cualquier acto de daño físico, sexual o psicológico.

GRÁFICA N° 5

TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016



Fuente: Tabla N° 05

TABLA N°6
PSICOFARMACO QUE RECIBEN LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016

Psicofármaco	F	%
Antipsicóticos	9	33.4%
Ansiolíticos	5	18.5%
Antidepresivos	13	48.1%
TOTAL	27	100%

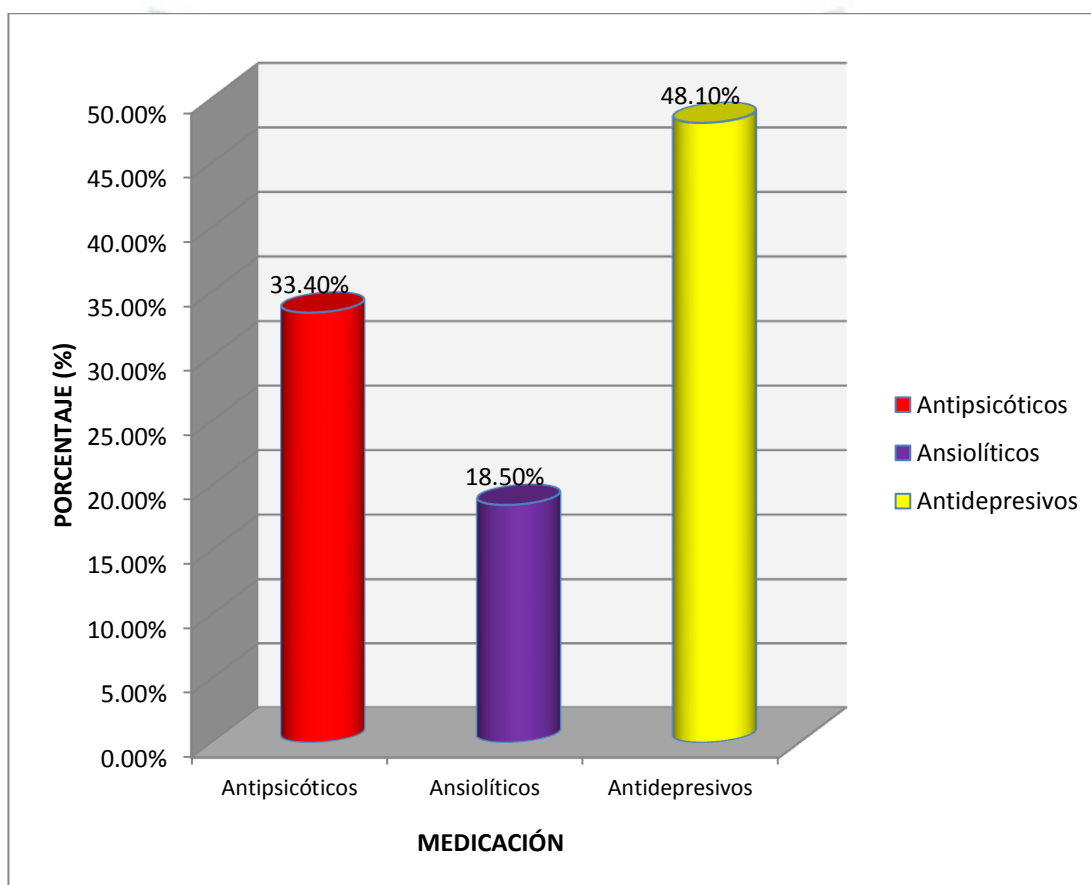
Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla N° 6 el mayor porcentaje de pacientes reciben antidepresivos con 48.1% y teniendo como mínimo un 18.5% con ansiolíticos.

De lo que deducimos que casi la mitad de los pacientes son medicados con antidepresivos y un mínimo con ansiolíticos, lo que permite realizar sus actividades diarias.

GRÁFICA N° 6

PSICOFARMACO QUE RECIBEN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016



Fuente: Tabla N° 06

TABLA N° 7

**NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS PACIENTES
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI
AREQUIPA 2016**

Habilidades sociales	F	%
Muy alto nivel	0	0.0%
Alto nivel	4	14.8%
Promedio nivel	15	55.6%
Bajo nivel	5	18.5%
Muy bajo nivel	3	11.1%
TOTAL	27	100%

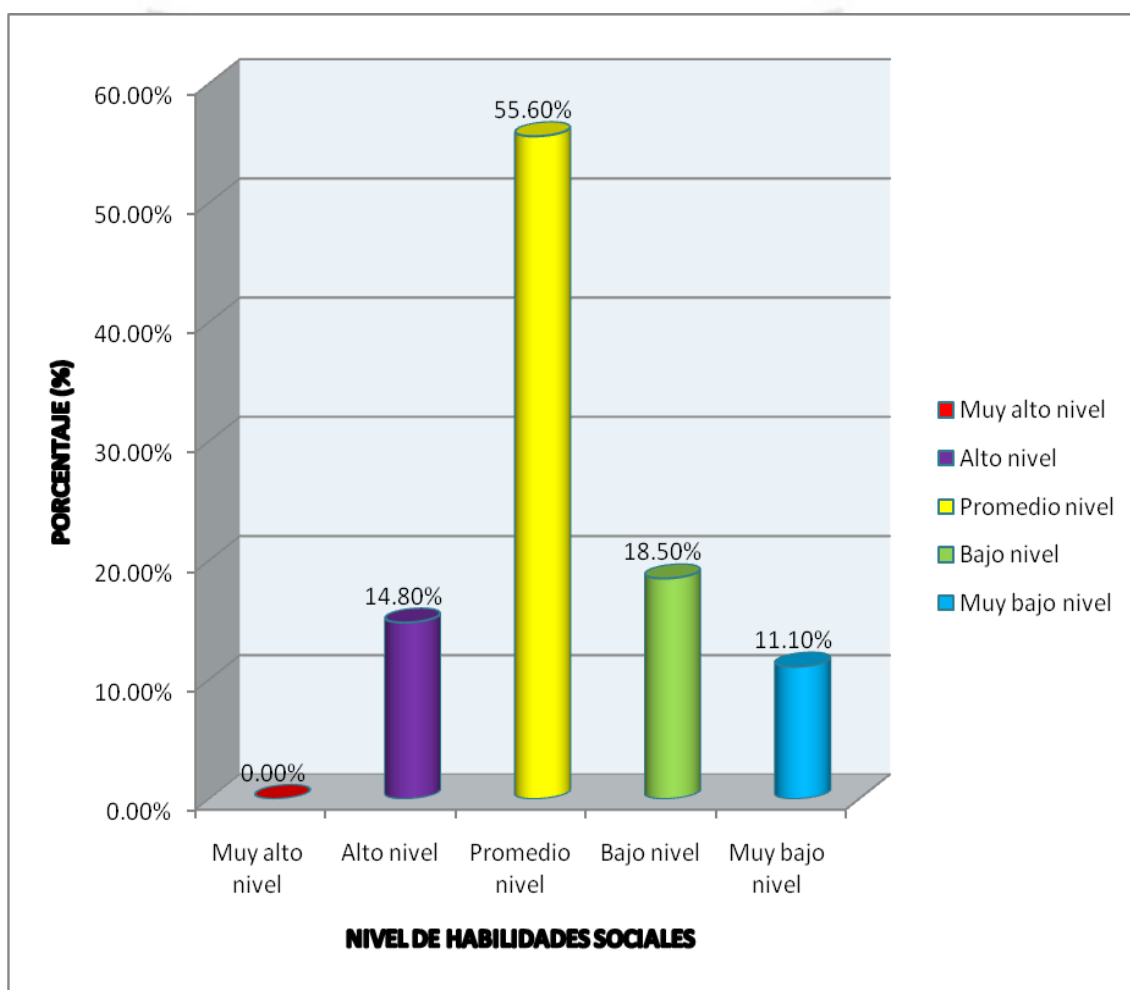
Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla N° 7 muestra que el mayor porcentaje es de 55.6% tienen un nivel promedio de habilidades sociales, un 18.5% tienen nivel bajo de habilidades sociales, un 14.8% tiene un nivel alto de habilidades sociales, un 11.8% tiene un muy bajo nivel de habilidades sociales y un 0% tienen un muy alto nivel de habilidades sociales.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio tienen niveles promedio de habilidades sociales, no dejando de tener importancia que cerca de la quinta parte de los pacientes respectivamente tienen bajo y alto nivel de habilidades sociales. Acentuando en la colaboración activa de los pacientes con pasos de sistematización y rehabilitación.

GRÁFICA N° 7

NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2016



Fuente: Tabla N° 07

TABLA N°8

**PATOLOGÍA Y NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS
PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS
HERESI - AREQUIPA 2016**

Patologías	Habilidades sociales										Total	
	Muy alto		Alto		Promedio		Bajo		Muy bajo			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Psicótico	0	0	3	11.1	13	48.1	4	14.8	3	11.1	23	85.1
Neurótico	0	0	1	3.7	1	3.7	1	3.7	0	0	3	11.1
Retardo mental	0	0	0	0	1	3.7	0	0	0	0	1	3.7
Total %	0	0	4	14.8	15	55.5	5	18.5	3	11.1	27	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

En la tabla N°8 se observa que el 85.1 % de los pacientes tienen patologías psicóticas de este grupo de pacientes el 48.1 % son de nivel promedio de habilidades sociales, el 14.8 % son de bajo nivel, 11.1 % son de alto nivel y 11.1 % de muy bajo nivel. El 11.1 % corresponde a pacientes neuróticos con 3.7 % de nivel promedio 3.7% alto nivel, 3.7% bajo nivel y el 3.7% de los pacientes tienen retardo mental con un nivel promedio de habilidades sociales.

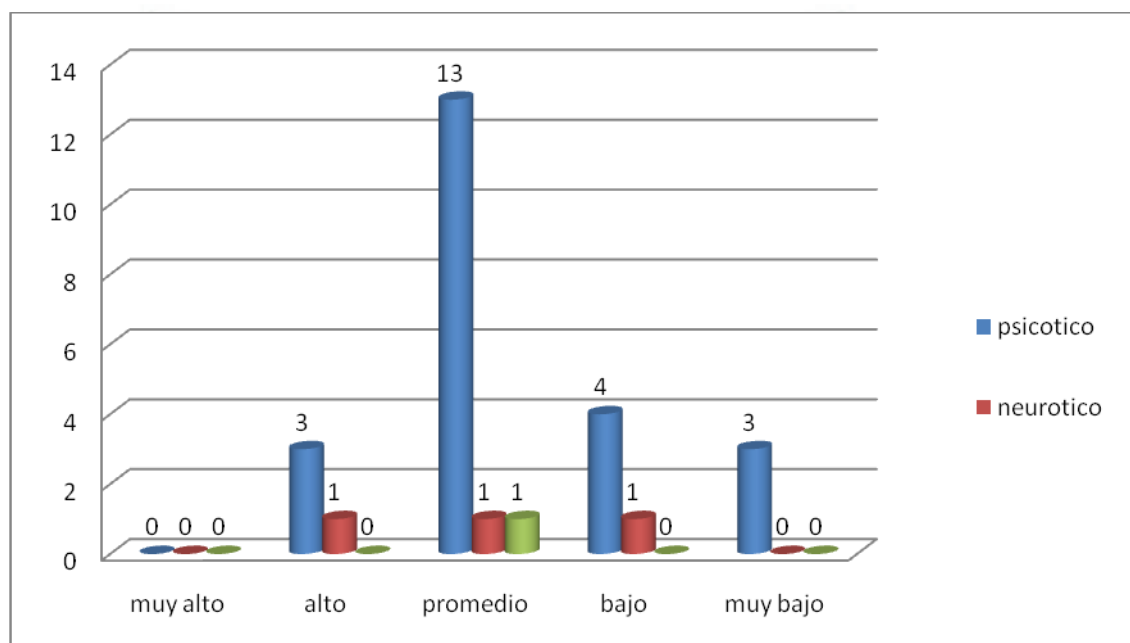
Donde deducimos que el mayor porcentaje es de la patología psicótico y tienen un nivel promedio de habilidades sociales. Lo que permite la ampliación de los repertorios de conducta que conlleva al desarrollo de

habilidades nuevas y conductas alternativas para la aplicación del desarrollo social colectivo y personalizado.



GRÁFICA N°8

PATOLOGÍA Y NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI - AREQUIPA 2016



Fuente: Tabla N° 08

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los resultados muestran que el nivel de habilidades sociales que presentan los pacientes psiquiátricos es nivel promedio, segundo el nivel bajo, mejorando el desarrollo social.

SEGUNDA: La patología en la que se da mayor nivel de habilidades sociales son en pacientes psicóticos con la enfermedad más frecuente que es esquizofrenia paranoide.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi realice coordinaciones con el equipo terapéutico cargo, para organizar programas sobre rehabilitación y habilidades sociales en los padres de los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

SEGUNDA: A la enfermera jefe del Centro de Salud Mental Moisés Heresi coordinar con la enfermera a cargo del programa de rehabilitación para incentivar sesiones de entrenamiento de habilidades sociales en los pacientes compensados.



BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

1. AAMR. Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid: Alianza, 2004.
2. AGUILAR, G.; Peter, M.; Aragón de H., L. Desarrollo de Habilidades Sociales en Niños y Adolescentes. Editorial Trillas, México, 2014.
3. ALCÁNTARA, J. A. Como educar la autoestima. Madrid: CEAC S.A. 2003.
4. ALTMAN, I. El medio ambiente y comportamiento social: privacidad, espacio personal, territorialidad y hacinamiento. Monterrey (aprox.): Brooks/Cole. 1975.
5. Antony, Martin; Swinson, Richard; González D. Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social: Técnicas demostradas para la superación gradual del miedo (Serendipity), editorial Desclée de Brouner, 2014.
6. BEVERLY Hare, Sea asertivo, Ediciones Gestión 2000, ISBM, Chile, 2011.
7. BONET, J. V. Se amigó de ti mismo. España: Sal Terras, 1994.
8. BUCK y Axel. Una familia de multígenos novela puede codificar receptores odorantes: una base molecular para el reconocimiento de olor. Célula 65, 175–187,1991.
9. CABALLO, V. E. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo Veintiuno, 2003.
10. CALERO PÉREZ Mavilo, Ética Profesional. Editorial San Marcos. Lima-Perú, 2002.
11. D.H. Saklofske, Ph.D., Universidad de Saskatchewan, H.L. Janzen, Ph.D., Universidad de Alberta, D.K. Hildebrand, Ph.D., Universidad de Saskatchewan y Laura Kaufmann, NCSP. Coppell, TX

- National Association of School Psychologists. Bethesda. EE.UU. 2001.
12. FERNÁNDEZ, J. Las habilidades sociales en el contexto de la psicología clínica. *Abaco*, 21, 29:37, 2005.
 13. HART, Louis. *Recupera tu Autoestima*, Ediciones Obelisco, Barcelona, España, 2004.
 14. JEFFREY A. Kelly. *Entrenamiento de las habilidades sociales - guía práctica para intervenciones*, 2ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1990 - 251 p.
 15. MANRIQUE FERNÁNDEZ, Luis Silverio. *Desafíos de la nueva Educación*, 2009.
 16. MARTÍNEZ N.D. & Sanz M.Y. Trabajo de diploma, *Enfrentamiento en habilidades sociales aplicada a jóvenes tímidos*. Universidad de Oriente, 2001.
 17. RICARDO F. Muñoz, Ph..D., Chandra Ghosh-Ippen,, Ph..D., Eleanor Valdes Dwyer, L.C.S.W., Stephen Rao, Ph.D., Huynh-Nhu (Mimi) Le, Ph.D. *Clínica Para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión. Clínica de Medicina Psicosocial. Hospital General de San Francisco. Universidad de California, San Francisco*, 2003.
 18. ROCA, E. *Como mejorar tus Habilidades Sociales: Programa de Asertividad, Autoestima e Inteligencia Emocional (3ª Ed. Revisada)*, ACDE Ediciones, 2005

PAGINAS WEB

1. Armijos, Diana. Habilidades relacionadas con los sentimientos.
file:///C:/Users/Diana/Downloads/Dialnet-HabilidadesSociales-4629477.pdf
2. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-11.htm
3. <http://www.educapeques.com/escuela-de-padres/habilidades-sociales-educar-para-las-relaciones-sociales.html>
4. http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado04/definicion.html
5. http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/entrenamiento-en-habilidades-sociales-entre-pacientes-esquizofrenicos-validacion-de-un-programa-para-pacientes-cronicos/
6. http://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/4/4617/Temas_4_y_5_Entrenamiento_en_habilidades_sociales_y_componentes_cognitivos.pdf
7. https://es.wikipedia.org/wiki/Habilidades_sociales
8. <https://lamenteesmaravillosa.com/que-son-las-habilidades-sociales/>

ANEXOS



CÉDULA DE PREGUNTAS

Nombres y Apellido:

1. ¿Qué edad tienes?
 - a) 10 a 20 ()
 - b) 21 a 30 ()
 - c) 31 a 40 ()
 - d) 41 a 50 ()
 - e) 51 a más ()
2. Sexo
 - a) Femenino ()
 - b) Masculino ()
3. Convivencia familiar
 - a) Ambos padres ()
 - b) Padre ()
 - c) Madre ()
 - d) Otros familiares ()
 - e) Solo ()
4. ¿Qué patología presenta?
 - a) Psicosis ()
 - b) Neurosis ()
 - c) Retardo mental ()
5. Tiempo de enfermedad
 - a) Menor a 1 año ()
 - b) 1 a 5 año ()
 - c) 6 a 11 años ()
 - d) 12 a 17 años ()
6. ¿Cuál es la medicación que recibe?
 - a) Antipsicóticos ()
 - b) Ansiolíticos ()
 - c) Antidepresivos ()



Nombre y apellidos	Edad	Sexo
Centro	Fecha	

- A** No me identifico 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.

ANOTE SUS RESPUESTAS RODEANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O LO DE ACTUAR.
 Compruebe que rodea la letra en la misma línea de la frase que ha leído.

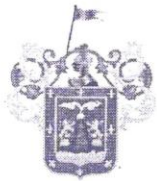
1	A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.	A B C D	1
2	Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C D	2
3	Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D	3
4	Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después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

**COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN
 A CADA UNA DE LAS FRASES**



Autora: Elena Gismero González.
 Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.
 Edita: TEA Ediciones, S.A. (Madrid) - Ejemplar impreso en DOS TINTAS - Printed in Spain. Impreso en España.

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



PERÚ
Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

DE LA CARIDAD AL BIENESTAR

CONSTANCIA

EL MEDICO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL "MOISES HERESI" QUE SUSCRIBE.

HACE CONTAR QUE :

La señorita DIANA CAROLINA HUERTA LOZADA ha realizado su proyecto de investigación de tesis titulado "NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS" en este programa desde el 12 al 25 de marzo 2016.

Se expide la presente, a solicitud de la interesada par los fines que considere convenientes.

Arequipa, 2016 MAYO 31

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa


Dr. JOSÉ ALVARADO ACO
C.M.P. 14051 R.E. 9805
Adm. Dir. C.S.M. "Moisés Heresi"



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME N° 0390 -CB- 2016

A : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2016-0390

Fecha : 3 de junio de 2016

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI. AREQUIPA 2016

Autor(es):

HUERTA LOZADA DIANA CAROLINA

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **19 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA


PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Videoteca