

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS**

ESCUELA DE POSGRADO

Dr. LUIS CERVANTES LIÑÁN



**Maestría en terapia-cognitivo conductual en
Trastornos psicológicos y psiquiátricos**

TESIS

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES
SOCIALES EN JÓVENES CON DEPRESIÓN. HOSPITAL NACIONAL
“ARZOBISPO LOAYZA”. LIMA, 2017.**

PRESENTADO POR:

GARCIA CARBAJAL, Susana del Rosario

**Para optar el grado académico de MAESTRO en terapia-cognitiva conductual en
los Trastornos psicológicos y psiquiátricos**

ASESOR DE TESIS: Dr. CASTRO GARCIA, Julio Cesar

Lima – Perú

2018

Índice

Índice.....	2
Resumen	3
Abstract	4
Introducción.....	5
Capítulo I Fundamentos Teóricos de la Investigación	6
1.1. Marco Histórico	6
1.2. Marco teórico	10
1.3. Investigaciones.....	23
1.4. Marco Conceptual.....	28
Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables.....	32
2.1. Planteamiento del Problema	32
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	32
2.1.2 Antecedentes Teóricos	35
2.1.3 Definición del Problema	37
2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación	37
Objetivo general:	37
Objetivos específicos:	37
2.2.1 Delimitación del Estudio	38
2.2.2 Justificación e Importancia del Estudio	38
2.3. Hipótesis y Variables	38
2.3.1 Supuestos Teóricos	38
2.3.2 Hipótesis Principal y Específicas.....	39
2.3.3 Variables e Indicadores.....	40
Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos	44
3.1 Población y Muestra	44
3.2 Diseño utilizado en el estudio	45
3.2.1 Técnica e instrumento de Recolección de Datos	45
3.2.2 Procesamiento de Datos	48
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados.....	50
4.1. Presentación de Resultados.....	50
4.2. Contrastación de Hipótesis	55
4.3. Discusión de Resultados	56
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	59
5.1. Conclusiones.....	59
5.2. Recomendaciones.....	59
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS.....	69

Resumen

La investigación se llevó a cabo con la finalidad de Determinar el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con trastorno depresivo que se atienden en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”. Para ello, se ejecutó un estudio con diseño cuasi experimental en 30 pacientes. La medición de la variable central se dio a través del Test de Auto-afirmaciones de Interacción Social (SISST). Entre los principales resultados se tiene que, con un valor $p = 0.000$ de la prueba Wilcoxon, se determinó que sí existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medianas, obtenidas de la evaluación de habilidades sociales, antes y después de la intervención, a favor del programa. Por tanto, el estudio concluye señalando que el programa de entrenamiento en habilidades sociales fue efectivo para el desarrollo de conductas socializadoras en pacientes con trastorno depresivo que se atienden en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”

Palabras clave: Habilidades sociales, factores facilitadores de las habilidades sociales, factores inhibidores de las habilidades sociales, trastorno depresivo

Abstract

The research was carried out with the purpose of determining the effect of the training program in social skills in patients with depressive disorder who are treated at the National Hospital "Arzobispo Loayza". For this, a study with a quasi- experimental design was executed in 30 patients. The central variable was measured through the Social Interaction Self-Assertion Test (SISST). Among the main results, it was found that, with a p value of 0.000 of the Wilcoxon test, it was determined that there are significant differences between the median scores, obtained from the social skills assessment, before and after the intervention, in favor of the program. Therefore, the study concludes by pointing out that the social skills training program was effective for the development of socializing behaviors in patients with depressive disorder who are treated at the National Hospital "Arzobispo Loayza"

Key words: Social skills, social skills facilitators, social skills inhibitors, depressive disorder

Introducción

Las capacidades que permiten a una persona desarrollar un conjunto de acciones conductuales que le permitan desenvolverse asertivamente en un marco social, son conocidas como “habilidades sociales”. Estas conductas socializadoras involucran diversas variables tales como las ideas, sentimientos, creencias, valores, etc., lo cual la hace compleja. Resulta de vital importancia, prestarle atención a las habilidades sociales, dado que es la base de adaptación de una persona en su entorno social donde frecuentemente se desenvuelven como parte de una comunidad, además, el adecuado desarrollo de las habilidades provee medios para sobrellevar aspectos emocionales, dentro de los social, familiar y laboral.

El mayor problema se da, cuando las personas que tienen algún trastorno que involucra situaciones psicológicas, tales como la depresión, no desarrollan adecuadamente las habilidades sociales, o éstas se ven afectadas como producto de dicho trastorno. Por ello, la presente investigación está desarrollada con miras de demostrar la efectividad de un programa de entrenamiento de habilidades sociales, específicamente en pacientes con trastorno depresivo en un contexto limeño, dado que los participantes del programa se atienden en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”.

El informe de este estudio está estructurado en cinco capítulos; en el primero se presentan los fundamentos teóricos de la investigación; en el segundo se describe y planea el problema de investigación de donde se desprenden los objetivos generales y específicos del estudio, las hipótesis de trabajo y la descripción de las variables; en el tercer capítulo se contemplan los materiales y métodos que se ha seguido para desarrollar la investigación; en el cuarto capítulo, se presentan los resultados luego del procesamiento de la información; en el capítulo cinco, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I

Fundamentos Teóricos de la Investigación

1.1. Marco Histórico

El estudio de las Habilidades Sociales (HHSS), procede de una variedad de raíces históricas. En 1930 se dieron los primeros estudios relacionados al entrenamiento de habilidades sociales (EHS) en niños; entre los autores más representativos estaban Jack en 1934, Williams en 1935, Page en 1936, y Murphy & Newcomb en 1937; estos autores desarrollaron investigaciones relacionadas a la conducta social en niños, y aspectos que hoy en día están significativamente relacionados al campo de las HHSS.

En el siglo XVI y XVII surgen las obras de Guazzo y Castiglione influenciadas por el humanismo ético cuyo propósito era controlar el comportamiento a través de normas. Estos autores intentaban proveer costumbres sociales adecuadas a través de recursos sociales impartidos por educadores moralistas; sin embargo no lograron su objetivo puesto que a educación impartida era desordenada y asistemática.(Giraldo, 2015)

Durante un tiempo no se publicaron investigaciones relevantes del tema; sin embargo, teóricos como Jack en 1936; Murphy y Newcomb en 1937; Thompson en 1952; y William en 1935; investigadores y terapeutas enfocaron la conducta desde un punto de vista educativo y posteriormente se publicaron los primeros trabajos relevantes que fueron realizados con niños.(Jara, 2012)

A partir de la obra “terapia de los reflejos condicionados” de Salter se empezó a brindar más importancia científica y sistemática de las habilidades sociales (citado en Roth 1986) donde, influenciado en los escritos de Pavlov se observaron las

virtudes de la conducta del tipo asertivo utilizado el término de “personalidad excitatoria” para definir algo parecido a las hoy habilidades sociales. (Ojeda, 2015)

Wolpe en 1958, continuando los trabajos de Salter, publica “Psicoterapia por inhibición recíproca”, donde utiliza por primera vez el término “Asertividad”; años más tarde, junto a Lazarus, publican el primer artículo sobre el paradigma de entrenamiento en habilidades sociales al cual denominaron “Asertividad”, obteniendo resultados rápidamente dando pie a su uso en problemas clínicos. (García, 2013)

Aunque el termino asertividad domino durante dos décadas fueron los mismos Wolpe y Lazarus quienes impulsaron a que se desechara el termino, dado a su poco uso teórico practico acuñándole el término “habilidades sociales”. La propuesta causo controversia entre los autores, pero, finalmente, se acordó incluir el termino asertividad en el marco de habilidades sociales. (Bustos, 2012)

Cabe mencionar que las primeras acciones dentro del EHS no fueron tomadas en cuenta, siendo ignoradas (Barragán, Eljach, & Medina, 2012). En 1985 Curran, menciona que variados escritos de teóricos neo freudianos que manifestaron objeciones específicamente en los instintos biológicos, favorecieron al modelo más interpersonal de desarrollo, que se vincula particularmente al tema de EHS (Moyá, 2016). Por otro lado, hay fuentes que permiten afirmar que las investigaciones científicas y sistemáticas del tema, tiene su origen en tres fuentes:

- Primera fuente: basada en los estudios de Salter diseñados y ejecutados en 1949 con la denominación de “Terapia de reflejos condicionados”, los cuales fueron influenciados por los enunciados de Pavlov sobre la actividad nerviosa superior. Los estudios de Salter se dieron a conocer por Wolpe en 1958, quien

emplearía por primera vez la terminología “asertivo”, y ocho años más tarde por Lazarus. Poco después, en 1970, Alberti y Emmons realizaron un libro al que denominaron “Estas en tu perfecto derecho”, fue el primer libro dedicado exclusivamente a la asertividad. Así, otros autores como Eisler, Hersen, McFall y Golsdstein, aportaron en los primeros años de la década del 70, al desarrollo de las HHSS, elaborando programas de entrenamiento para reducir conductas no deseadas dentro de las habilidades sociales. (Vera Pómez, 2015).

- Segunda fuente: Está basada sobre los aportes de Zigler y Phillips dados a conocer desde 1960 a 1961, cuyos enunciados estaban relacionados a la “Competencia Social”; se desarrolló en un área de investigación cuya unidad de estudio fueron adultos institucionalizados; estas investigaciones demostró que cuanto mayor es la competencia social previa de los pacientes que son internados, menor es el tiempo de estancia hospitalaria, por lo tanto, el nivel de competencia social anterior a la hospitalización, demostró ser mejor predictor del ajuste posterior a la hospitalización, comparado con el diagnóstico psiquiátrico o el tipo de tratamiento recibido en el hospital. El movimiento de HHSS tuvo sus cimientos históricos en el concepto de “habilidad” que inicialmente estaba estructurada sobre la relación máquina-hombre, que se caracterizaba según aspectos perceptivos, decisoras, motoras y otras relativas al proceso de la información. Para el año de 1965 en adelante, se introdujo el concepto de habilidades a los sistemas hombre-hombre, apertura un numeroso desarrollo de investigaciones sobre las HHSS en Inglaterra. (Vera Pómez, 2015).

- Tercera fuente: Se puede señalar que el estudio de las HHSS ha tenido inicios significativamente distintos en EEUU, que hacen referencia a las dos primeras fuentes; y en Inglaterra, que hace referencia a la tercera fuente. Posteriormente algunos autores propusieron cambiar el término de “Personalidad excitatoria” empleado por Salter en el año 1947, siendo Wolpe once años más tarde quien logra cambiarlo a “conducta asertiva”, sin embargo, los cambios siguieron sin tener éxito en ello, entre ellos se menciona la “libertad emocional” por Lazarus en el año 1971, “efectividad personal” por Liberman en el 1975, “competencia personal”, etc. Hasta mediados de los años 70 en donde el término de “Habilidades Sociales”, ya empleado en Inglaterra comienza a tomar fuerza. (Vera Pómez, 2015)

A pesar del gran número de investigaciones y del notable avance en el estudio del Apoyo Social (AS), importantes cuestiones permanecen aún sin aclarar, tanto en los aspectos conceptuales y empíricos, como en la relación con otras variables psicosociales que parecen intervenir en su proceso. Tal es el caso de las habilidades sociales (HS), cuya interacción con el Apoyo Social no está suficientemente delimitada (Quesada, 2015a).

A partir de la década de los ochenta, los Modelos de Apoyo Social han incluido diversos factores relacionados con las habilidades sociales de los sujetos, investigándose como variables intervinientes en el acceso y mantenimiento del apoyo. La mayoría de los estudios empíricos sobre la relación entre de las habilidades sociales (HS) y Apoyo Social (AS) se han centrado en muestras no clínicas, sobre todo en población juvenil o universitaria; entre los estudios más

representativos se tiene a los de Hacker y Basham en 1985, los de Cohen en 1986 y Barth en el año 1988 (García, 2016a).

En general, los hallazgos tanto en población depresión como en otras poblaciones apuntan a una correlación leve de las habilidades sociales con el tamaño de la red y en el grado de apoyo social, así lo mencionó Heller y Swindler en 1983, dos años después Sarason y Sarason, (Quesada, 2015b).

1.2. Marco teórico

Habilidades Sociales

Si bien no existe una definición universal del término se han planteado diversos problemas para la definición del concepto de habilidades sociales y existen casi tantas definiciones como autores que se ocupan del tema. Las “habilidades sociales” son un conjunto de conductas que no constituyen un rasgo en general; sino, que se encuentra determinadas por características personales y por el contexto en las que se producen. (Quinteros, 2010) refiere que en la comunidad científica todavía no existe un acuerdo universalmente aceptado por lo que se refiere a una definición de la expresión Habilidades Sociales.

Son muchas los términos empleados para referirnos a “habilidades sociales”; entre ellas tenemos: competencia social, asertividad, habilidades sociales, comportamiento adaptativo, habilidades interpersonales, entre otras. No obstante, tres las mayormente usadas debido a su definición y aplicación son:

- La competencia social: según (Michelson, Sugai, Wood, & Kazdin, 2002) el término “habilidad” proviene del modelo psicológico de la modificación de conducta y se emplea para expresar que la “competencia social” que no es un

rasgo de personalidad, sino un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos.

- Kelly (2000), expresa que son aquellas conductas aprendidas que ponen en juego a las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. (Kelly, 2000)
- **Habilidades Sociales:** Al hablar de habilidades sociales hacemos referencia a las destrezas relacionadas con la conducta en sus múltiples manifestaciones. El término habilidad se emplea para destacar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino un conjunto de respuestas específicas asociadas a determinadas clases de estímulos que son adquiridas mediante procesos de aprendizaje. La naturaleza de las habilidades sociales ha dado lugar a numerosas definiciones:
 - David (2010) señala que “La expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad.” (David, 2010)
 - García (2010) hace referencia que la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos. (Costa, Cebrián, Garcia, Villalinga, & Van-der, 2010a)
 - **Asertividad:** Paralelamente a los modelos han surgido diferentes definiciones del término; así tenemos a Salter (1949) quien utiliza términos propios de la fisiología para explicar los fenómenos psicológicos de la asertividad, siendo el primer terapeuta, que, desde un punto de vista conductual, enfatizó la importancia de la expresión emocional para la salud

mental, además de entregar un procedimiento para promover esa expresión.
(Escobar, 2010).

- Hay autores, sin embargo, que reducen el significado de la “asertividad” y la consideran tan sólo como un tipo de “habilidad social”.(Caballo, 1983b).

Para el presente estudio se han considerado los conceptos surgidos de la revisión realizada por Gismero (2000a), puesto que el instrumento de medición de las habilidades sociales por ella desarrollado es utilizado para los fines de la investigación.

Características de las Habilidades Sociales según (Caballo, 2002a)

- a) Característica conductual, no personal.
- b) Aprendida, la capacidad de respuesta tiene que adquirirse
- c) Es específica dependiendo de la persona y a la situación, no es universal.
- d) Se encuentra en el contexto cultural, así como en términos de otras variables situacionales.
- e) Basada en la libertad de un individuo para escoger su actuar.
- f) Característica de la conducta social eficaz.

Vizcardo (1997) refiere que, aunque el concepto de habilidad social es difícil de delimitar dado que tiene por característica ser multidimensional. Este constructo abarca una serie de comportamientos donde están incluidos diferentes sistemas de respuestas, ya sea fisiológicos, emocionales, cognitivos o conductuales. (Vizcardo, 1997)

Funciones que cumplen las Habilidades Sociales en las relaciones interpersonales de acuerdo con (Arellano, 2009) son:

- a) Conocimiento de sí mismo y de los demás.
- b) Desarrollo de aspectos del conocimiento social, conductas, habilidades y estrategias para relacionarse con los demás.
- c) Autocontrol y autorregulación de la conducta.
- d) Apoyo emocional y fuente de disfrute.
- e) Aprendizaje del rol sexual y el desarrollo moral, como del aprendizaje de valores.

Costa y colaboradores, en el año 2010, señala que una forma de desarrollar y dominar esas Habilidades Sociales, es siendo asertivo con los demás, en cualquiera de los ámbitos en los que se desenvuelva el individuo. Dentro de éstas los sentimientos y las emociones juegan un papel muy importante, ya que constituyen la base de nuestro comportamiento, expresados en las diferentes formas de relación: familia, en la escuela y comunidad.(Costa et al., 2010a)

Componentes de la Habilidad Social:

Existen tres elementos que constituyen las Habilidades Sociales (Van-Der, 2005)

- a) Los Componentes conductuales: Aquellos que pueden ser directamente observados por cualquier persona, pese a que ésta no participe para nada en el proceso de comunicación. Estos se dividen en componentes verbales, componentes no verbales y componentes paraverbales.
- b) Los Componentes Cognitivos: Aquellos denominados procesos “encubiertos”, entre los que se incluyen pensamientos, creencias y, en términos generales, procesos cognitivos de los sujetos. Estos pensamientos pueden facilitar, inhibir u obstaculizar la ejecución de una determinada conducta social, calificándolos

como socialmente hábiles o inadecuados en función al contexto en que se produzca. Tenemos:

- Las competencias: Es el primer tipo de componente cognitivo que influye en la realización de una conducta de interacción social, es entendida como la capacidad de la persona de transformar y emplear la información de forma activa incluyendo en estas el conocimiento de las costumbres sociales y de habilidades adecuadas.
- Las estrategias de codificación y constructos personales: Se refieren a la manera en que la gente percibe, piensa, interpreta y experimenta el mundo. Dentro de este aspecto se encontraría la percepción social o interpersonal adecuada; se centra en percibir las emociones y actitudes a partir de sus elementos de comunicación con los demás, incluyendo, lo que condiciona la forma de actuar.
- Las estructuras cognitivas de la memoria: Sirven para guiar las percepciones, la manera de comprender y agrupar la información y las experiencias. Se incluyen los estereotipos y las creencias.
- Las expectativas: Son las predicciones que el individuo realiza sobre las posibles consecuencias de su conducta. Se generan con relación a la capacidad del individuo de alcanzar sus objetivos y sobre las posibles consecuencias que puede generar su conducta.
- Las preferencias y valores subjetivos: Son aquellos que están en la base de los diferentes comportamientos que las personas escogen para enfrentarse a una situación social. Dependerán de los resultados esperados y del valor que se les atribuya; varían de un individuo a otro.

- Los sistemas y planes de autorregulación: Se centra en las ideas, patrones de actuación, objetivos, así como sus mecanismos de recompensa y crítica del sujeto. Dentro de este se encuentra las auto verbalizaciones, las auto instrucciones, la auto observación, fracaso social, etc.
- c) Componentes Fisiológicos: Son aquellos componentes que, en determinadas situaciones sociales, se activan de manera inconsciente y difícilmente controlable; los más frecuentes son: la frecuencia cardíaca (pulso), la presión sanguínea (sistólica y diastólica), el flujo sanguíneo, la actividad de las glándulas sudoríparas, la actividad muscular (temblores), la frecuencia respiratoria (respiración). Estos componentes se relacionan directamente con las emociones, y se consideran también como componentes conductuales de las Habilidades Sociales.

Dentro de los principales conceptos de las conductas relacionadas a los objetivos del aprendizaje en el programa de entrenamiento en habilidades sociales, se tiene lo siguiente

- Conductas paralingüísticas: Son todas aquellas conductas que acompañan a la emisión de la palabra y que hace entendible el mensaje independiente de su contenido. Ellas son: volumen, velocidad, articulación, inflexión, fluidez verbal, jergas.(Fernández, 2012).
- Conductas no verbales: Son expresiones faciales o del cuerpo que se acompañan a la comunicación: contacto visual, expresión facial, movimientos de las manos, distancia física.(Fernández, 2012).
- Reconocimiento de emociones: La emoción es el sentimiento que tienen las personas frente a las diferentes situaciones que puedan atravesar. Reconocerlas es darse cuenta o detectar los componentes no verbales de las emociones

básicas, como la alegría, el afecto, la tristeza, el miedo o la angustia y la cólera.(Niño Ochoa, 2014a)

- Expresión de emociones: Dar a conocer, mostrar o manifestar por medios no verbales: por los gestos, la postura, la risa, el llanto, la mirada; o por medios verbales: palabras de aprecio, de tristeza, de afecto, etc., lo que estamos sintiendo en un momento o ante una situación de la vida.(Ferreyra & Pedrazzi, 2007)
- Iniciar una conversación: Iniciar el diálogo adecuadamente con una persona desconocida o conocida. Este inicio se debe dar en función del auto-descubrimiento. El auto-descubrimiento es la capacidad de revelar o decir cosas acerca de nosotros. Ocurre en diferentes niveles que van a depender del grado de confianza o amistad entre los dialogantes de la situación.(Contini de González, 2008a)
- Mantener una conversación: Es el continuar el diálogo adecuadamente una vez iniciado. El auto-descubrimiento puede ir haciéndose más profundo en la medida que la conversación avanza y existe deseo de auto-revelado más íntimo en las dos partes.(Cerdán, 2013)
- Técnica de la libre información: Es una técnica que consiste en brindar al diálogo información adicional a la que ha sido solicitada, es decir, ampliando las respuestas.(Barale, 2011a)
- Terminar una conversación: Concluir adecuadamente la conversación con los demás según pautas comunes, para lograr relacionarse adecuadamente como, por ejemplo, no agraviar a la otra persona ni hacerla sentir incómoda al término de la conversación, o finalizar la conversación si la persona se siente incómoda.(Arceo, Rojas, & Gonzales, 2002)

- Opinar: Concepto que se tiene sobre algo o alguien, a través del cual se expresan libremente pensamientos y/o sentimientos a la otra persona. Dar opiniones específicas. Las opiniones positivas equivalen a halagos, en tanto que las opiniones negativas equivalen a críticas.(Contini de González, 2008a)
- Derechos asertivos de las personas: Son derechos que constituyen una estructura básica para la sana participación de cada individuo en toda relación humana. Los derechos asertivos individuales forman la estructura sobre la cual se edifican nuestras conexiones positivas con las personas, tales como la confianza, la comprensión, el afecto, la intimidad y el amor. (Contini de González, 2008a)
- Dar halagos: Expresar verbalmente a otras personas cualidades, atributos o conductas aprobatorias cuando corresponde a la situación. Un halago es una muestra de cortesía o urbanidad por medio de la cual se expresa a los otros afecto o admiración. (Contini de González, 2008a)
- Creencia: Es un pensamiento en relación a una situación dada. Las creencias se forman desde la infancia en base a nuestras experiencias del pasado, el contexto cultural de donde procedemos, nuestra religión, la educación recibida y los grupos que frecuentamos entre nosotros.(Zamora, 2008)
- Creencias auto-saboteadoras: Son aquellas creencias que pueden obstaculizar una respuesta adecuada a una opinión dada o a un desempeño nuestro.(Zamora, 2008)
- Recibir halagos: Expresar verbalmente el agradecimiento, aceptación, aprobación de un halago realizado por otra persona. Los procesos implicados en la recepción de un halago son las habilidades de recepción y las habilidades de procesamiento. Las habilidades de procesamiento son las conductas

adecuadas para escuchar o prestar atención a lo que nos dicen. Las habilidades de procesamiento son los procesos mentales o cognitivos por medio de los cuales se evalúan las certezas del halago recibido.(Cerdán, 2013)

- Técnica de interrogación positiva: Consiste en preguntarle a la persona que emite un cumplido sobre la realidad o razón del mismo.(Contini de González, 2008a)
- Criticar: Es una opinión negativa. Significa juzgar conductas o características de las personas que se consideran fuera de contexto. Esta censura se realiza en base a normas o reglas generales y lo más objetivas posibles. Hay dos tipos de críticas, la crítica negativa o destructiva y la crítica positiva o constructiva.(Pereira, 2008)
- Crítica negativa o destructiva: Es aquel juicio que se emite ante una persona, en la que no se rescata ningún valor y, por el contrario, se da de manera hostil, sin respetar el derecho del otro. Es decir, consiste en que el contenido de la crítica no advierte aspectos positivos en la persona, sino que se dirige sólo al aspecto negativo, descalificándola como tal. Este tipo de crítica no lleva a establecer habilidades sociales.(Pereira, 2008)
- Crítica positiva o constructiva: Es aquella en la cual se señalan conductas no del todo adecuadas a modo de sugerencia, rescatando aspectos positivos en la persona. Se dirige a la conducta de la persona, no a la persona. Este tipo de crítica es la única válida para establecer habilidades sociales.(Caballo, 1983a)
- Crítica manipuladora: Es una crítica, por lo general destructiva, que tiene la finalidad de hacer sentir mal a la otra persona y utilizarla para obtener un fin propio en perjuicio de la persona. Es muy común pero no es válida en el contexto de las habilidades sociales.(Cerdán, 2013).

- Técnica de interrogación negativa: Se aplica cuando la crítica es negativa y sin fundamento o no válida. Consiste en preguntar sobre el contenido de la crítica. Esta técnica permite cambiar el estado afectivo que está centrado en un aspecto negativo, en uno adecuado. Permite centrar la crítica en la conducta de la persona, evitando etiquetar al sujeto (Cerdán, 2013).
- Técnica de aserción negativa: los problemas de asertividad surgen cuando no sabemos cómo reaccionar ante una situación; la aserción o asertividad negativa se utiliza en momentos cuando luego de una acción surge una crítica con fundamento que se tomara como válida aceptando el error y planteando cambios futuros. Esta técnica permite que la persona asuma su responsabilidad y mejore.(Barale, 2011a)
- Técnica del banco de niebla: Se utiliza cuando la crítica se presenta en forma persistente y no hay manera de evitarla ni resolverla. La persona debe dejar pasar la crítica negativa sin sentirse afectada ni reaccionando agresiva o pasivamente y reconocer lo que es real de la misma llegando a un punto medio. Es una técnica que nos ayuda a reconocer serenamente la posible parte de verdad que hay en ella, manteniendo nuestra posición. (Contini de González, 2008a)
- Técnica del disco rayado: Consiste en la repetición serena de las palabras que expresan nuestro deseo o elección, una y otra vez. Enseña la virtud de insistir, sin tener que ofrecer mayor argumento, ni mostrar sentimientos de ira. Es conveniente que el fraseo sea breve. Se usa ante críticas persistentes y demandas o peticiones insistentes que no queremos aceptar porque atentan contra nuestros derechos.(Riso, 2006)

- Presión grupal: Considerada como la fuerza positiva o negativa que las personas, con las cuales interactuamos, utilizan para influenciar socialmente, para persuadirnos u obligarnos a hacer o decir algo que no queremos. Para ella se utilizan las técnicas de interrogación negativa, banco de niebla y disco rayado.(Fernández, 2012)
- Solución de problemas: Técnica que permite superar el fracaso para encontrar respuestas eficaces a los problemas que se nos presentan. Consisten de los siguientes pasos: planteamiento del problema, delimitándolo y especificándolo: generar opciones y/o alternativas a través de la lluvia de ideas; elegir las opciones razonables, evaluando los pro y contra de cada una de las opciones; planear estrategias a implementar o llevar a cabo la opción razonable; ejecutar la estrategia, y evaluar los resultados, es decir, ver si se consiguen los objetivos. De no alcanzarse los mismos, se vuelve a analizar la estrategia escogida. Gratificarse por el logro aun cuando no se consigan todos los objetivos.(Cerdán, 2013)

Seguidamente se definen los conceptos de los procedimientos y técnicas conductuales que se utilizaron en los ejercicios de habilidades sociales a lo largo de las sesiones del Programa de habilidades sociales.

- Ensayo conductual o "role playing": Las imitaciones de los comportamientos objetivos permiten a la persona ensayarlos sin experimentar las consecuencias aversivas que puede conllevar su falta de dominio. De esta manera, pueden repetirse y simularse aspectos relevantes del ambiente natural de la persona antes de ejecutarla en ese contexto real. Es importante que la persona practique las habilidades sociales más allá del simple conocimiento de lo que tendría que hacer. El participante efectúa prácticas de la conducta social habilidosa instruida

y modelada; así: "Ahora vas a hablar mirando a los ojos a tu interlocutor del mismo modo como has visto que yo lo he hecho"; el sujeto ensaya la conducta social objetivo (Cáceres, 2015).

- Instrucción verbal: Consiste en explicar de manera clara y concisa aquellos comportamientos centrales que se busca enseñar. Implica la identificación de comportamientos durante la sesión, la importancia que tiene para la persona el dominio de determinada habilidad y el modo en que puede realizarse. El terapeuta proporciona al cliente una descripción precisa de la conducta social habilidosa, como: "Mira a los ojos del interlocutor cuando hables".(Javier, 2012a)
- Lluvia de ideas: Este ejercicio es muy útil en las técnicas de resolución de problemas. Se utiliza para generar una amplia gama de alternativas para los problemas o situaciones que pudieran presentarse. Consiste en que el individuo ofrezca tantas soluciones como pueda, aún si las soluciones no parecen ser inmediatamente razonables, sin formular crítica alguna. Luego debe procurarse combinar y hacer coincidir las soluciones en forma creativa. Dicha técnica se justifica porque ayuda a reducir la tendencia al juicio prematuro y el rechazo de potenciales opciones de valor para los sujetos.(Fernández & González, 2009)
- Mantenimiento y generalización: El objetivo básico de cualquier proceso de enseñanza-aprendizaje es que los cambios que se han producido se mantengan en el tiempo y lleguen a generalizarse a otras situaciones y a otras personas, de forma que se pongan en juego en los contextos naturales. El mantenimiento de una determinada habilidad es una condición para obtener su generalización, utilizándola habitualmente en tareas idénticas a las que se dieron durante su proceso de enseñanza. Así pues, la generalización se refiere a la manifestación

de conductas o habilidades relevantes en condiciones distintas a las que guiaron su aprendizaje inicial.(Cerdán, 2013)

- Modelado: Es una estrategia que implica la exposición de la persona a un modelo que ejecuta de una manera más o menos correcta aquellos comportamientos cardinales que se busca instaurar en el repertorio conductual de la persona. El terapeuta u otro modelo realiza al cliente una demostración de la conducta socialmente habilidosa, por ejemplo: "Fíjate como miro yo a los ojos a mi interlocutor mientras le hablo", y el modelo ejecuta el comportamiento correspondiente.(Javier, 2012a)
- Moldeamiento: Es una estrategia consistente en el reforzamiento diferencial de comportamientos cada vez más parecidos a la conducta final. Se comienza con el refuerzo inicial de conductas que tienen alguna similitud con la conducta deseada y gradualmente se retira el reforzamiento de las conductas menos similares y se va reforzando las más semejantes y próximas hasta llegar a la conducta deseada.(Javier, 2012a)
- Reforzamiento positivo: Es una técnica de modificación conductual que tiene por objetivo moldear las habilidades que se están aprendiendo y conseguir su mantenimiento. El reforzamiento positivo puede definirse como el proceso a través del cual las respuestas aumentan porque son seguidas por una recompensa o suceso favorable. En el caso de las habilidades sociales, se trata de incrementar la frecuencia de una variedad de comportamientos deseables. En las sesiones se empleó el refuerzo social verbal en la forma de reconocimiento público y aprobación de las conductas adecuadas de los participantes. El terapeuta y otras personas refuerzan socialmente la realización adecuada de la conducta social

ensayada por el participante, como: "¡Muy bien!, has mirado a los ojos de tu interlocutor cuando le estabas hablando".(Javier, 2012b)

- Retroalimentación "feedback": Consiste en proporcionar a la persona información relacionada con la correcta ejecución, o no, de las habilidades-objetivo que ha ejecutado en el ensayo conductual previo, con la finalidad de modelarlas y conseguir, de manera progresiva, una mayor optimización de su nivel de ejecución. Es importante que la retroalimentación se proporcione a la persona inmediatamente después de haber actuado en la práctica conductual para que, de esta manera, conozca lo que ha hecho correctamente, lo que necesita mejorar y lo que debería hacerse de otra forma. El terapeuta y otras personas informan sobre los aspectos no habilidosos de la ejecución del participante, por ejemplo: "El interlocutor ha valorado tu mirada fija como agresiva, vas a repetir la conducta que acabas de hacer, es decir, vas a volver a hablarle mirándole a los ojos, pero esta vez no lo mires tan fijamente". (Azarگون, Motlaq, & Dareke, 2013b)

1.3. Investigaciones

Sequera, Padilla, Chirino, & Pérez, (2016), desarrollaron una investigación denominada "Aplicación de un nuevo programa de habilidades sociales a un grupo de adultos con discapacidad intelectual", con el fin elaborar y aplicar un nuevo programa de entrenamiento para fomentar el uso de habilidades sociales (HHSS) en un grupo de personas adultas con discapacidad intelectual (DI). El estudio contó con un diseño metodológico cuasi-experimental para probar la efectividad del programa. La muestra estuvo formada por 21 adultos con discapacidad intelectual, usuarios de

una unidad de día con terapia ocupacional (10 participantes siguieron el programa y 11 no).

Las habilidades sociales fueron evaluadas por medio de una adaptación de la Escala de Habilidades Sociales de Gísmero (2010). Los resultados manifestaron una mejoría significativa en las puntuaciones globales del grupo de tratamiento respecto al grupo contraste. De igual forma, se evidenciaron un incremento en las puntuaciones del grupo de tratamiento en cinco de las seis sub-escalas. Las mejoras detectadas resultan claves para el desarrollo individual de este grupo. (Gísmero, 2000b)

Quesada, (2015) elaboró un estudio denominado “Las habilidades sociales de los adolescentes: consumo de drogas y esquizofrenia por toxicomanía”, con el fin de conocer y comprender el concepto de habilidad social, para entender la relación que tiene con el consumo de sustancias en la etapa de la adolescencia. Entre los principales resultados se encontraron que las habilidades están relacionadas con el funcionamiento social en personas con este tipo de enfermedad mental, además que el estilo que los padres utilicen como socialización está relacionado con el consumo de sustancias en sus hijos. El autor concluye que es importante concienciar a los adolescentes de que el consumo de sustancias afecta a todos los contextos vitales, en los cuales los individuos nos desarrollamos como personas, limitando el consumo de estas drogas el desarrollo personal del individuo.

Azargoon, Motlaq, & Dareke, (2013a) elaboraron una investigación en el 2013, denominada “Efectividad de un entrenamiento familiar y de las habilidades de la vida en el cuidado de pacientes crónicos con enfermedad mental en una población iraní”, con el objetivo de evaluar la efectividad de un entrenamiento en habilidades

en el cuidado del trastorno mental grave en Mashhad (Irán). Para ello, el estudio fue aplicado en 300 participantes seleccionados de forma aleatoria entre los familiares de trastornos mentales crónicos admitidos en los centros de Mashhad. Se utilizaron instrumentos como el Cuestionario de Ajuste Social de California, Actitud de las Familias y Reconocimiento sobre Habilidades de la Vida y Entrenamiento Familiar; Autoestima de Rosenberg; Cuestionario General de Salud; y Listado de 90 Síntomas Revisado. Los resultados indicaron que el entrenamiento no tuvo efecto en la actitud de las familias sobre el cuidado de los trastornos mentales, pero la actitud hacia la enfermedad mental había cambiado. Los autores concluyen que este entrenamiento ha sido muy influyente en el cambio familiar en las actitudes hacia las habilidades de la vida, el ajuste social, autoestima, el incremento de la salud mental y la reducción de los trastornos mentales.

Schehr, (2013) elaboró una investigación denominada “Habilidades sociales y marcos deícticos: su efecto en la cognición social de personas con esquizofrenia”, con el objetivo de evaluar y comparar el efecto de dos tipos de intervenciones terapéuticas sobre la cognición social de personas con esquizofrenia, la primera, orientada al aprendizaje de reglas sociales, la segunda orientada al desarrollo de respuestas relacionales. Se aplicó un diseño de grupo de tratamientos múltiples de corte transversal, con mediciones pre y pos test y de seguimiento a 1 mes. Los resultados obtenidos muestran un efecto significativo de estas dos intervenciones sobre los puntajes en la Tarea de las Insinuaciones, y resultados positivos, pero no significativos en las escalas de anhedonia social y de funcionamiento social.

Salavera, Puyuelo, & Serrano, (2011), desarrollaron un estudio denominado “Habilidades de comunicación en jóvenes con esquizofrenia”, con el objetivo de

analizar qué estrategias de aprendizaje se ponen en marcha cuando se trabaja la recuperación y la adquisición de habilidades comunicativas en personas con problemas de comunicación. Entre los resultados se encontró que los participantes del grupo experimental se incrementaron la adquisición de estrategias de aprendizaje y ejecución de éstas.

Barale en el 2011, ejecutó una investigación denominada “Estudio sobre la influencia de un programa de actividades laborales, en la socialización de jóvenes diagnosticados con retraso mental”, con el fin de evaluar el grado de socialización de los alumnos que participan del programa ecológico-prelaboral. La muestra estuvo conformada por 22 sujetos de ambos sexos que fueron distribuidos de manera aleatoria, los instrumentos utilizados fueron el Registro de Evaluación de la Discapacidad WHODAS II (OMS, 2000) y la Escala de Socialización en Retraso Mental ESRM (Barale, 2011c). Entre los resultados se observó que la participación en el programa prelaboral incrementaba significativamente ($\alpha = 0.05$) la socialización de los participantes. Tras retirar la variable independiente aún se mantuvieron diferencias significativas en la socialización.

Navarro, (2009) desarrollaron un estudio denominado “Entrenamiento en habilidades sociales, entre pacientes esquizofrénicos: validación de un programa para pacientes crónicos”, con el fin de comprobar la eficacia de las técnicas de habilidades sociales con usuarios esquizofrénicos de carácter crónico, el estudio se realizó en un total de 49 usuarios. Los principales resultados muestran que se produce una mejora de la calidad de vida de los usuarios después del EHS, tras el seguimiento únicamente se mantiene la mejora en el factor de armonía. El tratamiento de HHSS no tiene un efecto de mejora en el estado clínico de los usuarios, valorados mediante

el BPRS y el PAI, pero tampoco se produce ningún empeoramiento. El autor concluye existe la necesidad de integrar estrategias de tipo cognitivo en los programas de entrenamiento en habilidades sociales y la relevancia del apoyo familiar en la mejora de las habilidades sociales tras la participación en el programa de intervención.

Cirici & Obiols, (2008) ejecutaron un estudio denominado “Validez de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos”, con la finalidad de determinar la validez de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos. El estudio se realizó en 57 pacientes esquizofrénicos. Para ello se utilizaron las escalas de Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) y Social Behavior Assessment Schedule (SBAS) y con los cuestionarios Social Interaction Self-Statements Test (SISST) y AI-F. Entre los principales resultados se encontraron que los pacientes mejoraron en síntomas negativos, adquirieron nuevos roles sociales y aumentaron la frecuencia del comportamiento asertivo. Del mismo modo, los familiares vieron mejoras en su sobrecarga emocional y el nivel de estrés. De todos modos, estas mejorías decrecieron a los 6 meses de seguimiento sin intervención terapéutica.

Sparrow, (2007a) una investigación denominada “Efecto de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de jóvenes con esquizofrenia”, con el fin de determinar la efectividad de un Programa de entrenamiento en habilidades sociales (PEHS) sobre el desarrollo de las habilidades sociales de un grupo de pacientes jóvenes con diagnósticos de esquizofrenia paranoide y déficit en habilidades sociales. La muestra estuvo constituida por un número de 14 pacientes, entre 20 y 35 años, de ambos sexos. Entre los principales de encontró que los

pacientes incrementaron su desempeño en las habilidades de autoexpresión, defensa de derechos de consumidor, emisión de respuesta negativa e interrupción, iniciación de interacciones positivas con personas del mismo sexo, sin embargo, no obtuvo resultados satisfactorios en las siguientes habilidades sociales, no satisfaciendo los objetivos planteados.

1.4. Marco Conceptual

- Depresión: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración..(Organización Mundial de la Salud, 2017b)
- Habilidades sociales: Las habilidades sociales son las Conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria.(Contini de González, 2008b)
- Conducta asertiva o socialmente habilidosa: Es el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el autoreforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo (Sequera et al., 201 6)
- Autoexpresión en situaciones sociales: La capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales: entrevistas laborales, tiendas, etc. Una elevada habilidad para expresarse en situaciones sociales indica facilidad para las interacciones en tales contextos para

expresar las propias opiniones y sentimientos, formular preguntas, etc.(Costa, Cebrián, Garcia, Villalinga, & Van-der, 2010b)

- Defensa de los propios derechos como consumidor: La habilidad de expresar conductas asertivas frente a desconocidos en resguardo de los propios derechos en situaciones de consumo, como por ejemplo no dejar "colarse" a alguien en una fila o en una tienda, pedir a alguien que habla en el cine que se calle, pedir descuentos, devolver un objeto defectuoso, etc.(Sparrow, 2007a)
- Expresión de enfado o disconformidad: La habilidad para evitar conflictos o confrontaciones con otras personas con capacidad de expresar disgusto o sentimientos justificados y/o desacuerdo con otras personas, sin mucha dificultad para expresar discrepancias ni preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás, aunque se trate de amigos o familiares.(Niño Ochoa, 2014b)
- Emitir respuesta negativa y cortar interacciones: La habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener (tanto con un vendedor, como con amigos que quieren seguir charlando en un momento en el que se prefiere interrumpir la conversación, o con personas con quienes no se desea seguir saliendo o manteniendo la relación). También incluye el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la asertividad en la cual lo crucial es poder decir "no" a otras personas, y cortar las interacciones que no se desean mantener por más tiempo, tanto a corto como a largo plazo.(Sparrow, 2007a)
- Formulación de peticiones: La habilidad de expresar peticiones a otras personas de algo que se desea, sea a un amigo (que nos devuelva algo que le prestamos, que nos haga un favor), o en situaciones de consumo (en un restaurante nos traen algo que no pedimos y queremos cambiarlo, o en una tienda nos dieron mal el vuelto). Una

elevada habilidad para formular peticiones indica que la persona es capaz de hacer requerimientos semejantes a éstos sin excesiva dificultad, mientras que lo contrario indica la dificultad para expresar pedidos de lo que queremos a otras personas.(Niño Ochoa, 2014b)

- Iniciación de interacciones positivas con miembros del sexo opuesto: La habilidad para iniciar interacciones con miembros del sexo opuesto, como en una conversación o el pedir una cita, y de poder formular espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que resulta atractivo o atractiva. Se trata de intercambios positivos que indican facilidad para tales conductas, es decir, iniciativa para comenzar interacciones con personas del sexo opuesto y para expresar espontáneamente lo que nos gusta de las mismas. Una pobre habilidad de este tipo refleja dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad tales conductas.(Morales, 2013)
- Componentes no verbales: Las conductas no verbales que se manifiestan en todo contacto interpersonal, como son: la atención personal, la expresión facial, la mirada o contacto ocular con el interlocutor, la sonrisa acorde al contexto, la orientación corporal, distanciamiento y contacto físico con respecto al interlocutor, los gestos apropiados a la situación, la apariencia personal, y la respuesta a la interacción o al refuerzo social.(Rulicki & Cherny, 2012)
- Componentes paralingüísticos: Las conductas no verbales pero que tienen que ver con la expresión del lenguaje para poder comunicarse en forma efectiva con los demás, como por ejemplo: el volumen de la voz, la entonación, el timbre de voz, la fluidez y la velocidad del habla, y la claridad de la articulación verbal.(Morales, 2013)

- Componentes verbales: La forma como se transmite la información verbal, si es un contenido que tiene que ver con el interés mutuo, el sentido del humor, si es pasivo, hace preguntas, y cómo responde a estas preguntas. Incluye: el contenido del discurso, el humor, la habilidad para la formulación de preguntas, y las respuestas verbales acordes al contexto.(Rulicki & Cherny, 2012)

Capítulo II

El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables

2.1. Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (Organización Mundial de la Salud, 2017a)

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo; es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afectando más a las mujeres que los hombres. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, convirtiéndolo en la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (Organización Mundial de la Salud, 2017a).

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo y más del 90% en muchos países no recibe esos

tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta.

Por otro lado, varios marcos conceptuales han abordado el tema de las habilidades sociales dada su trascendencia para la vida de relación del ser humano. Las habilidades sociales pueden entenderse como la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado en forma específica, social mente aceptable y al mismo tiempo beneficiosa para el individuo, mutuamente, o para un tercero (Gismero, 2000c).

Por definición, todos los pacientes con depresión están afectados en una o más habilidades sociales (Heerlein, 2002). El entrenamiento en habilidades sociales se diferencia de las actividades de otros programas de rehabilitación en los que la adquisición de habilidades ocurre incidentalmente. Tres modelos importantes de habilidades sociales son: el modelo básico de habilidades sociales, el modelo de resolución de problemas y el modelo de reestructuración cognitiva. (Sparrow, 2007b).

El modelo psicosocial básico de las habilidades sociales, fue elaborado por Argyle & Kendon (Oliva, 2013), quienes proponen un modelo explicativo del funcionamiento de las habilidades sociales, donde el elemento principal es el rol en el que se integran en conjunto a las conductas motoras, así como los procesos de percepción y los cognitivos; sobre esta base, las habilidades necesarias para que una

persona utilice adecuadamente una herramienta o equipamiento que permita establecer una relación eficiente de trabajo y profesional con los demás.

El modelo de resolución de problemas se apoya en la teoría y práctica desarrollada por la escuela psicosocial integrando aportes de la psicología del yo. Pretende dotar de estrategias de afrontamiento necesarias que permitan resolver exitosamente los conflictos que se presentan actualmente mediante numerosos programas y terapias de intervención psicológicas que incorporan el entrenamiento en la solución de problemas como una importante habilidad cognitiva de la competencia social general. (Vallés, 2013)

Por otra parte, la reestructuración cognitiva, técnica básica de la terapia cognitivo conductual, es una de las técnicas más habituales en consulta siendo necesario un buen conocimiento del trastorno a tratar. Su empleo en pacientes con esquizofrenia es relativamente reciente y en el caso de pacientes con depresión existen son muy pocas las investigaciones realizadas. Algunos autores refieren que existe cierta evidencia de que los pacientes pueden mejorar su desempeño a través de la práctica, en medidas de vigilancia y planeamiento. (Méndez, 2006)

El entrenamiento en habilidades sociales ha mostrado mejorar la competencia social en el laboratorio y la clínica. Queda aún por determinarse la extensión en la que este aprendizaje se traduce en un mejor funcionamiento del rol en la comunidad. Se han demostrado los efectos terapéuticos del entrenamiento en habilidades sociales en medidas clínicas como tasas de recuperación, pero por su duración limitada, se pueden requerir sesiones de refuerzo o seguimiento (Lieberman & Kopelwicz, 2004)

El presente estudio investiga el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales de Sotillo & Rojas (PEHS) sobre las habilidades sociales de un grupo de jóvenes con diagnóstico de depresión, el cual le aporte validez empírica a su eficacia como estrategia que ayude a los pacientes a adquirir una mayor competencia social o destrezas sociales específicas.

Las habilidades específicas que evalúa el presente estudio son las siguientes: componentes no verbales, verbales y paralingüísticos de las habilidades sociales, autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidores, expresión de enfado o disconformidad, emitir respuestas negativas y cortar interacciones, formular peticiones, e iniciar interacciones positivas con miembros del sexo opuesto.

2.1.2 Antecedentes Teóricos

Según (Gismero, 2000c), los orígenes del movimiento de las habilidades sociales, aún no denominado así entonces, se remontarían a diversos trabajos realizados con niños por autores como Caballo (1983) y Albuquerque (1999), desde el campo de la psicología social, principalmente.

El estudio sistemático y científico de las habilidades sociales proviene de 3 vertientes principales según revisiones de (Gismero, 2000c), (Caballo, 1983a) y Méndez, (2001):

La primera, considerada la más importante, se inicia con la obra de Salter, (1949), "Conditioned reflextherapy", la cual estuvo muy influida por los estudios de Pavlov sobre la actividad nerviosa superior. Su trabajo fue continuado por Wolpe en 1958, primer autor que utilizó el término "asertivo" y, posteriormente, por Lazarus en

1966 ese mismo año, Wolpe & Lazarus. Alberti & Emmons en 1970, Lazarus en 1971 y Wolpe en 1969 dieron nuevos impulsos a la investigación sobre las habilidades sociales, siendo el libro de Alberti & Emmons *Your perfect right*, el primero dedicado exclusivamente al tema de asertividad (o habilidades sociales). Otros autores, como Eisler, Hersen, McFall y Goldstein, contribuyeron, asimismo, al desarrollo del campo de las habilidades sociales y elaboraron programas de entrenamiento para reducir déficit en habilidades sociales. (Puppo, 2012).

Una segunda vertiente la constituyen los trabajos de Zigler & Phillips en 1960, 1961 sobre la "competencia social", quienes, desde la psicología social, investigaron con adultos institucionalizados y observaron que, a mayor competencia social previa de los pacientes internados en el hospital, menor era la duración de su estancia en el mismo y más baja su tasa de recaídas. El nivel de "competencia social anterior a la hospitalización" demostró ser mejor predictor del "ajuste posterior a la hospitalización" que el diagnóstico psiquiátrico o el tipo de tratamiento recibido en el hospital. (García, 2016b)

Otra de las raíces históricas del movimiento de las habilidades sociales tiene su origen en Inglaterra, donde se realizaron importantes investigaciones de laboratorio sobre los procesos básicos de interacción social. En Oxford se formuló un modelo de competencia social basado en las similitudes entre la conducta social y la ejecución de habilidades motoras, dando lugar a un copioso trabajo sobre las habilidades sociales.

2.1.3 Definición del Problema

Problema General

¿Cuál es el efecto de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en jóvenes con depresión que se atienden el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

Problemas Específicos

P1 ¿Cuál es el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales respecto a los factores facilitadores en jóvenes con depresión?

P2 ¿Cuál es el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales respecto a los factores inhibidores en jóvenes con depresión?

P3 ¿Cuál es el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales en jóvenes con depresión según la edad?

2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación

Objetivo general:

Determinar el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales en jóvenes con depresión que se atienden en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”.

Objetivos específicos:

1. Determinar el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales respecto a los factores facilitadores en jóvenes con depresión.
2. Determinar el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales respecto a los factores inhibidores en jóvenes con depresión.

3. Comparar el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales en jóvenes con depresión según la edad.

2.2.1 Delimitación del Estudio

- Delimitación espacial: El estudio se llevó a cabo en un hospital ubicada en la ciudad de Lima.
- Delimitación temporal: La información correspondiente a la variable de estudio, fue recopilada y medida en el segundo del trimestre 2017.
- Delimitación social: La investigación se desarrolló en un contexto hospitalario específicamente en pacientes con depresión.

2.2.2 Justificación e Importancia del Estudio

Este estudio se llevó a cabo por las siguientes razones:

Porque la depresión es la mayor causa de muerte en el Perú y a nivel mundial, formando así un problema de salud pública, por lo que requiere de un tratamiento adecuado.

Porque la competencia social es un área significativamente afectada en las personas que padecen de depresión y, un tratamiento indicado en este sentido, como el entrenamiento en habilidades, no ha sido aún lo bastante estudiado en nuestro país, no existiendo información suficiente que apoye su eficacia en nuestro medio.

2.3. Hipótesis y Variables

2.3.1 Supuestos Teóricos

- (Caballo, 2002b), señala que la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa

los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. ."(Del Prette, Del Prette, & Mendes, 1999b)"

- El individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción. Claramente, no puede haber un “criterio” absoluto de habilidad social. Sin embargo, todos parecemos conocer qué son las Habilidades Sociales de forma intuitiva. Aunque en contextos experimentales se puede demostrar que es más que probable que determinadas conductas logren un objetivo concreto, una respuesta competente es, normalmente, aquella sobre la que la gente está de acuerdo que es apropiada para un individuo en una situación particular. De igual forma, no puede haber una manera “correcta” de comportarse que sea universal, sino una serie de enfoques que puedan variar de acuerdo con el individuo. Así, dos personas pueden comportarse de un modo totalmente distinto en una misma situación, o la misma persona actuar de manera diferente en dos situaciones similares, y ser consideradas dichas respuestas con el mismo grado de habilidad social. (Caira & Sánchez, 2012)

2.3.2 Hipótesis Principal y Específicas

Hipótesis General

El programa de entrenamiento de habilidades sociales tiene efectos favorables en jóvenes con depresión que se atienden en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”.

Hipótesis Específicas

- H1. El efecto del programa de entrenamiento de habilidades sociales facilitadoras es favorable en jóvenes con depresión.
- H2. El efecto del programa de entrenamiento de habilidades sociales inhibidoras es favorable en jóvenes con depresión
- H3. Al comparar el efecto del programa de entrenamiento de habilidades sociales en jóvenes con depresión según la edad se obtuvo resultados favorables en menores de 30 años de edad.

2.3.3 Variables y dimensiones

- Variable Independiente: Intervención del programa de entrenamiento en habilidades sociales.
- Variable Dependiente: Habilidades sociales.
- Definición conceptual: Variable independiente

Programa de tratamiento psicosocial basado en los principios de la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitivo-conductual, y diseñado para la adquisición y desarrollo de habilidades sociales o conducta asertiva. (Illescas, Sánchez, & Genovés, 2002). Compuesta por 8 sesiones, divididas en 2 por semana, con una duración de 45 minutos.

- Definición conceptual: Variable dependiente

Son aquellas conductas que permiten a la persona obtener metas de tipo instrumental (como obtener un empleo, dinero, etc.) y afiliativo (como hacer

amigos o ser escuchados), haciendo respetar sus derechos y el derecho de los demás. (Ramos, 2011).

- Definición operacional: Variable independiente.

Programa de tratamiento psicosocial basado en los principios de la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitivo – conductual, y diseñado para la adquisición y desarrollo de habilidades sociales o conducta asertiva. (Illescas, Sánchez, & Genovés, 2002). Compuesta por 8 sesiones, dividida en 2 por semana, con una duración de 45 minutos.

- Definición operacional Variable dependiente

Conformada por 30 autoafirmaciones (15 positivas relacionados a los factores facilitadores y 15 negativas relacionadas a los factores inhibidores), con seis alternativas de respuesta que van desde “Apenas he tenido ese pensamiento” hasta “tengo muy frecuentemente ese pensamiento”. Para obtener estas puntuaciones se deberá sumar los ítems respectivos a cada afirmación (positiva y negativa).

Definición operacional

Variables	Factores		Indicadores
Variable independiente: Programa	Facilitador	Relaciones Interpersonales	Habilidades de comunicación (2)
			Habilidades prosociales (6)
			Habilidades proamicales (1)
	Inhibidor	Organicidad	Habilidades de planificación (5)
			Manejo de emociones
		Manejo de ansiedad	Habilidades alternativas a la violencia (3)
			Habilidades relacionadas con los sentimientos(4)
Variable dependiente: Habilidades Sociales	Facilitadoras	Manejo de ansiedad	
		Habilidades frente al estrés (8)	
		Habilidades sociales frente a la ansiedad. (7)	
		Buena relación de dialogo con el sexo opuesto	
		Sensación de comodidad	
		Despreocupación	
		Iniciar la interacción	
		Iniciativa para relacionarse con el sexo opuesto	
		Oportunidad	
		Enfrentar la situación	
		Manejar situaciones conflictivas	
		Afrontar	
		Optimismo	
		Ideas en común	
Relaciones amicales			
Imprudencia			
Inhibidoras	Nerviosismo		
	Miedo al ridículo		
	Miedo a lo que perciba el sexo opuesto		
	Sensación de temor		
	Falta de interés del sexo opuesto		
	Sensación de incomodidad al relacionarse con el sexo opuesto		
	Pérdida de confianza		
	Inseguridad en sus palabras		
	Rehusarse		
	Intento de impresionar		
	Inhibidez de la persona		
	Sensación de derrota		
	Incomodidad ante el sexo opuesto		
	Huida ante una situación		

Capítulo III

Método, Técnica e Instrumentos

3.1 Población y Muestra

La población de estudio estuvo constituida por 150 pacientes jóvenes que cumplían con los criterios de elegibilidad o de inclusión, en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”.

La muestra estuvo conformada por todos los usuarios jóvenes del PEHS que satisficieron los criterios de inclusión y que asistieron por lo menos 7 fechas ($n > 60\%$). El número total de la muestra lo constituyeron 30 pacientes jóvenes.

Criterios de inclusión

- Se incluyeron en el estudio: A los sujetos con trastorno depresivo. A los sujetos con diagnóstico cognitivo-conductual de déficit en habilidades sociales.
- A los sujetos atendidos en el servicio de consulta psiquiátrica ambulatoria del Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”.
- A los sujetos mujeres comprendidos entre las edades de 20-35 años de edad. A los sujetos sin ocupación académica o laboral presente.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio: A los sujetos con un diagnóstico psiquiátrico diferente de trastorno depresivo, como el trastorno bipolar, un trastorno de ansiedad, como la fobia social, algún trastorno de personalidad, o sin ningún diagnóstico psiquiátrico. A los sujetos sin un diagnóstico cognitivo-conductual de déficit en habilidades sociales. A los sujetos que no están en tratamiento farmacológico. A los sujetos no atendidos

en el servicio de consulta psiquiátrica ambulatoria del Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”. A los sujetos, hombres y mujeres, que tengan menos de 20 y más de 35 años de edad. A los sujetos con alguna ocupación académica o laboral presente.

3.2 Diseño utilizado en el estudio

El diseño de investigación fue cuasi experimental de medición de un grupo pre y post test; donde a los participantes (grupo experimental) se les aplicó una prueba previa a la aplicación del programa de Habilidades Sociales, luego se administró el programa y finalmente se aplicó una prueba posterior al programa de intervención.

G	O1	X	O2
----------	-----------	----------	-----------

Dónde:

G = Grupo experimental

O1 = Medición previa a los sujetos del grupo experimental.

X = tratamiento-Programa de Habilidades Sociales

O2 = Medición posterior a los sujetos del grupo experimental.

Fueron diseños que requirieron control en la aplicación del programa, pero los sujetos o grupos a quienes se le aplicó no fueron escogidos mediante procedimientos aleatorios y los contextos de aplicación fueron difíciles de controlar.

3.2.1 Técnica e instrumento de Recolección de Datos

Se empleó la técnica de la observación y encuesta. Asimismo, se utilizó el Test de Auto-afirmaciones de Interacción Social (SISST) (Glass, Merluzzi, Biever, & Larsen, 1982), es un instrumento autoaplicado desarrollado para valorar los

pensamientos que suelen tener los sujetos con alta ansiedad social antes, durante o después de una interacción social con una persona del sexo opuesto. Conformada por 30 autoafirmaciones (15 positivas y 15 negativas), ante las que el sujeto debe indicar la frecuencia con la que tiene cada uno de esos pensamientos y con ello obtener datos sobre el nivel global de las habilidades sociales y las áreas inhibitoras y facilitadoras.

Puede ser aplicada de manera colectiva, siendo el tiempo promedio de aplicación 20 minutos. Las respuestas son medidas a través de una escala Likert (“Apenas he tenido ese pensamiento”, “raras veces lo he tendido”, “lo he tenido algunas veces”, “lo tengo frecuentemente” y “tengo muy frecuentemente ese pensamiento”).

La forma de corrección se obtiene de las dos puntuaciones, la positiva y la negativa. La puntuación positiva se calcula a partir de la suma de los valores de los siguientes ítems: 2, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 24, 25, 27, 28 y 30. Mientras que la negativa se obtiene de la suma de los ítems: 1, 3, 5, 7, 8, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 26 y 29. El rango de valores para ambas puntuaciones oscila entre los 15 y 60, indicando una alta puntuación negativa, un alto nivel de ansiedad social, un bajo nivel en habilidades sociales siendo de forma inversa para la puntuación negativa.

- **Validez:**

La validez concurrente fue estudiada como medida de las habilidades sociales la Escala de Interacción Heterosexual (19975) y la Escala de Evitación y Angustia Social, como medida de ansiedad social, obteniéndose unas correlaciones, para los ítems positivos de 0,71 con la primera escala y -

0,52 con la segunda, y para los ítems negativos -0,57 para la primera y 0,44 para la segunda. El análisis de la validez discriminante pone de manifiesto que los sujetos altos en habilidades/ bajos en ansiedad social sostienen puntuaciones más altas en los ítems positivos y más bajos en los negativos ($p < 0.001$) que los sujetos bajos en habilidades/altos en ansiedad.

- **Confiabilidad:**

Los coeficientes de fiabilidad obtenidos por el método de las dos mitades fueron de 0,73 para las auto-afirmaciones positivas y 0,86 para las negativas. Las correlaciones de los ítems para el total de la escala oscilaban entre 0,58 y 0,77 para los negativos y entre 0,45 y 0,75 para los positivos.

Programa de entrenamiento en habilidades sociales.

El programa de intervención tuvo como objetivo mejorar las habilidades sociales tendiendo dos ejes importantes que son las habilidades facilitadoras (4 sesiones) y las inhibidoras (4 sesiones). El eje de habilidades sociales facilitadoras está relacionado con tres sesiones que engloban las relaciones interpersonales explicadas en habilidades de comunicación, prosociales y amicales; además, incluye una sesión relacionada con la organicidad, explicada a través de las habilidades de planificación; el otro eje central del programa está relacionado con las habilidades inhibidoras, conformadas en dos grupos: el manejo de emociones (2 sesiones) y el manejo de la ansiedad (2 sesiones), las dos primeras sesiones se encierra en desarrollar habilidades alternativas a la violencia y al manejo adecuado de las emociones; las siguientes dos y últimas sesiones está centrado en

en desarrollar conductas vinculadas a las habilidades para afrontar adecuadamente el estrés y la ansiedad.

3.2.2 Procesamiento de Datos

- **Estadística descriptiva:** Fundamentalmente se utilizarán las medidas de tendencia central, dispersión, tablas y gráficos. Esto permitirá conocer y entender la forma cómo se vienen comportando los datos en cada variable.
- **Prueba no paramétrica:** Ji cuadrado. (X^2). Es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la proporción categóricas, no consideradas relaciones causales. La ji cuadrada se calcula por medio de una tabla.

$X^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$	
Ho = Independencia	Coefficientes Asociación
H1 = Dependencia	Phi, V Cramer (V. Nominales)
Si $p \leq 0.05 \rightarrow$ Rechazo Ho	d de Somers (Variable Ordinal)
g.l. = (Tf - 1) (Tc - 1)	

Prueba paramétrica t de student para muestras relacionadas: se comparan las medias y las desviaciones estándar de grupo de datos y se determina si entre esos parámetros las diferencias son estadísticamente significativas o si sólo son diferencias aleatorias.

Consideraciones para su uso:

- El nivel de medición, en su uso debe ser de intervalo o posterior.
- El diseño debe ser relacionado.
- Se deben cumplir las premisas paramétricas.

En cuanto a la homogeneidad de varianzas, es un requisito que también debe satisfacerse y una manera práctica es demostrarlo mediante la aplicación de la

prueba ji cuadrada de Bartlett. Este procedimiento se define por medio de la siguiente fórmula:

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

Dónde:

T = Valor estadístico del procedimiento

\bar{d} = Valor promedio o media aritmética de las diferencias entre los momentos antes y después.

σd = Desviación estándar de las diferencias entre los momentos antes y después.

N = Tamaño de la muestra

Capítulo IV

Presentación y Análisis de los Resultados

4.1. Presentación de Resultados

Tabla 1.

Pruebas de normalidad de las puntuaciones directas de habilidades sociales facilitadoras e inhibidoras, antes y después.

Momento	Dimensión	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	gl	Sig.
Antes	Facilitadoras	,188	30	,008
	Inhibidoras	,236	30	,000
Después	Facilitadoras	,210	30	,002
	Inhibidoras	,254	30	,000

Con la finalidad de determinar si los datos proceden de una distribución normal, los datos fueron sometidos a la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov, donde las valoraciones de probabilidad presentados en la tabla 1, señalan que los datos no se ajustan a una curva normal ($p \leq 0.05$); por lo tanto, se recurrirá a pruebas no paramétricas para la comprobación de hipótesis.

Tabla 2.

Análisis comparativo de las habilidades sociales según el factor facilitador, antes y después de la intervención con el programa.

Momento	N	Media	Mediana	D.E.	Prueba Wilcoxon
Antes	30	26.27	27.00	5.34	Z=-4.625
Después	30	42.20	43.50	6.98	p=0.000

Con la finalidad de saber si el programa de entrenamiento de habilidades sociales es efectivo para el factor facilitador de las habilidades sociales, se recurrió a la prueba de Wilcoxon a fin de determinar si existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medianas, obtenidas de la evaluación de habilidades sociales, antes y después de la intervención con el programa. Los valores de probabilidad presentados en la tabla 2, señalan que dichas diferencias son significativas ($p \leq 0.05$) a favor de la eficacia del programa, es decir, los factores facilitadores de las habilidades sociales, se incrementaron notablemente, pasando de una puntuación mediana de 27, antes de la intervención, a un 43.5

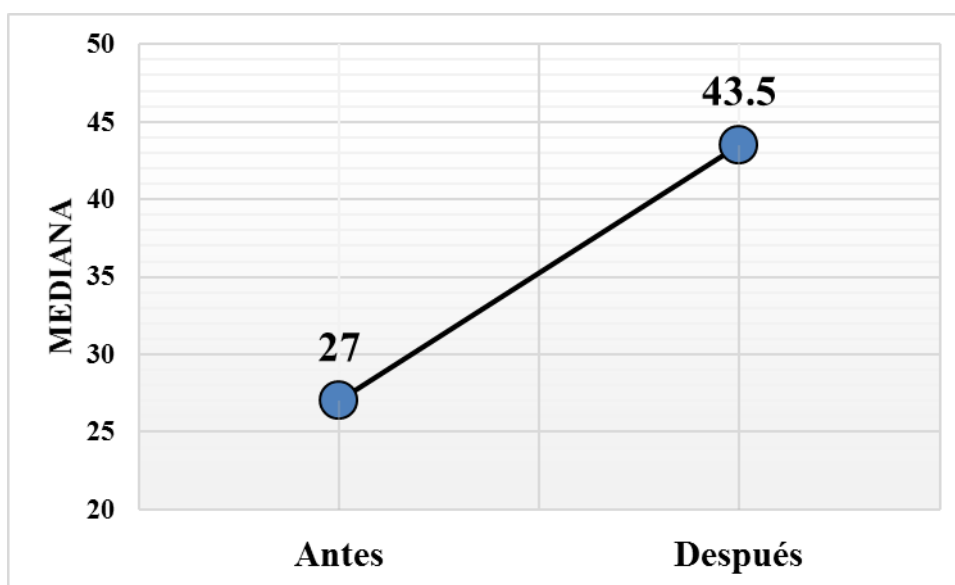


Figura 1.
Representación gráfica comparativa de las habilidades sociales según el factor facilitador, antes y después de la intervención con el programa.

Tabla 3.

Análisis comparativo de las habilidades sociales según el factor inhibitor, antes y después de la intervención con el programa.

Momento	N	Media	Mediana	D.E.	Prueba Wilcoxon
Antes	30	51.43	53.50	6.22	Z=-4.255
Después	30	36.03	30.50	10.28	p=0.000

Con la finalidad de saber si el programa de entrenamiento de habilidades sociales es efectivo para el factor inhibitor de las habilidades sociales, se recurrió a la prueba de Wilcoxon a fin de determinar si existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medianas, obtenidas de la evaluación de habilidades sociales, antes y después de la intervención con el programa. Los valores de probabilidad presentados en la tabla 3, señalan que dichas diferencias son significativas ($p \leq 0.05$) a favor de la eficacia del programa, es decir, los factores inhibitor de las habilidades sociales, se decrementaron notablemente, pasando de una puntuación mediana de 53.50, antes de la intervención, a un 30.50 después.

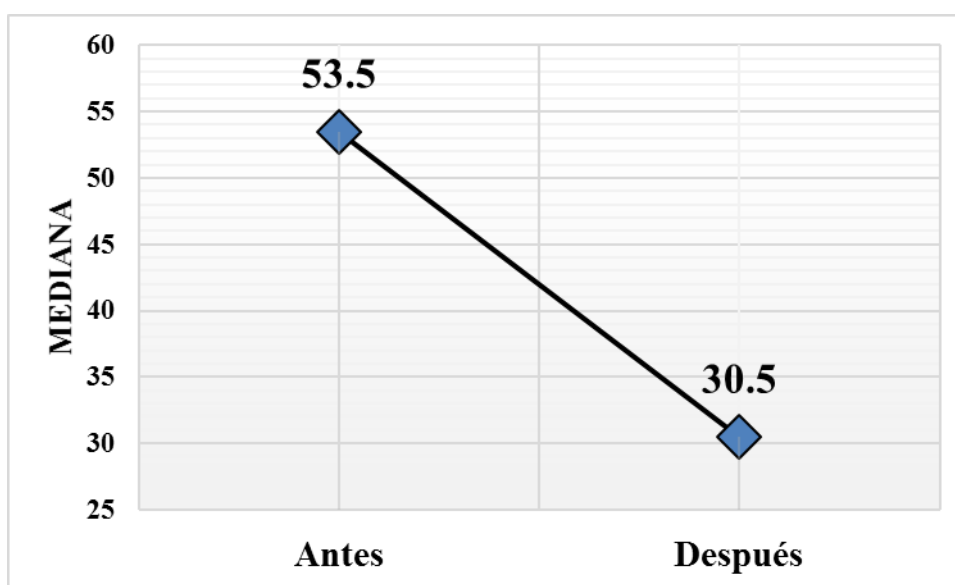


Figura 2.

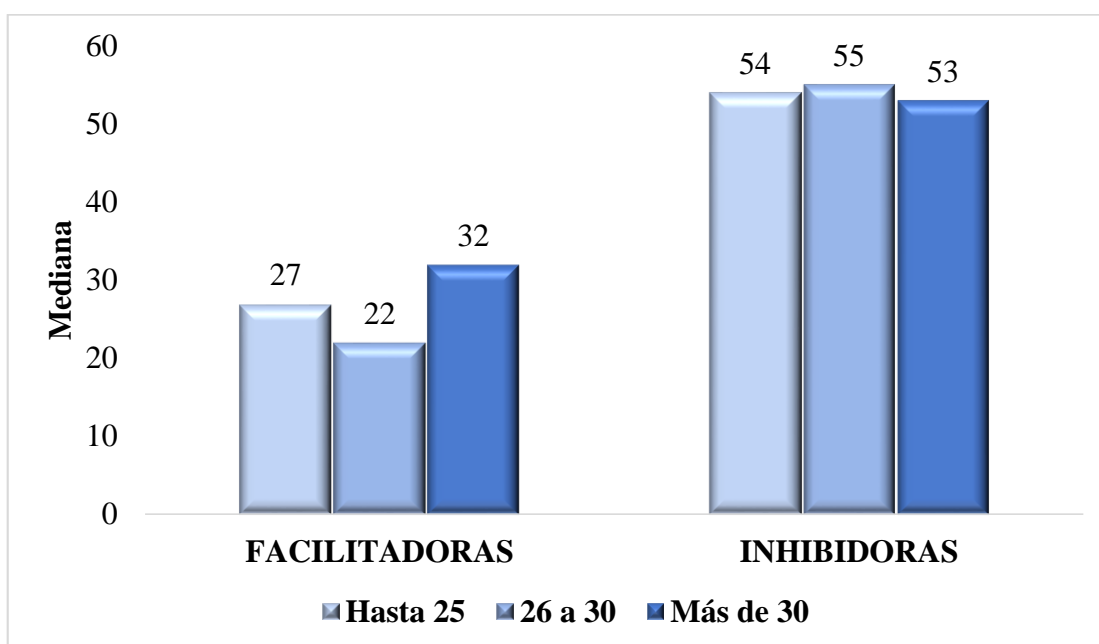
Representación gráfica comparativa de las habilidades sociales según el factor inhibitor, antes y después de la intervención con el programa

Tabla 4.

Análisis comparativo del desarrollo de las habilidades sociales, antes de la intervención con el programa, según la edad del paciente.

Factores	Edad en años	Descriptivos				Kruskal Wallis
		n	media	mediana	Des.Est.	
Facilitadores	Hasta 25	11	26,55	27.00	4,009	X ² =5.331 gl=2 p=0.070
	26 a 30	11	23,55	22.00	4,762	
	Más de 30	8	29,63	32.00	6,186	
Inhibidores	Hasta 25	11	50,45	54.00	8,311	X ² =1.509; gl=2; p=0.470
	26 a 30	11	53,00	55.00	3,376	
	Más de 30	8	50,63	53.00	6,278	

Con el propósito de comparar los grupos de edad, según los factores facilitadores e inhibidores los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis, cuyas valoraciones señalan que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones medianas por grupos de edad. ($p > 0.05$)

**Figura 3.**

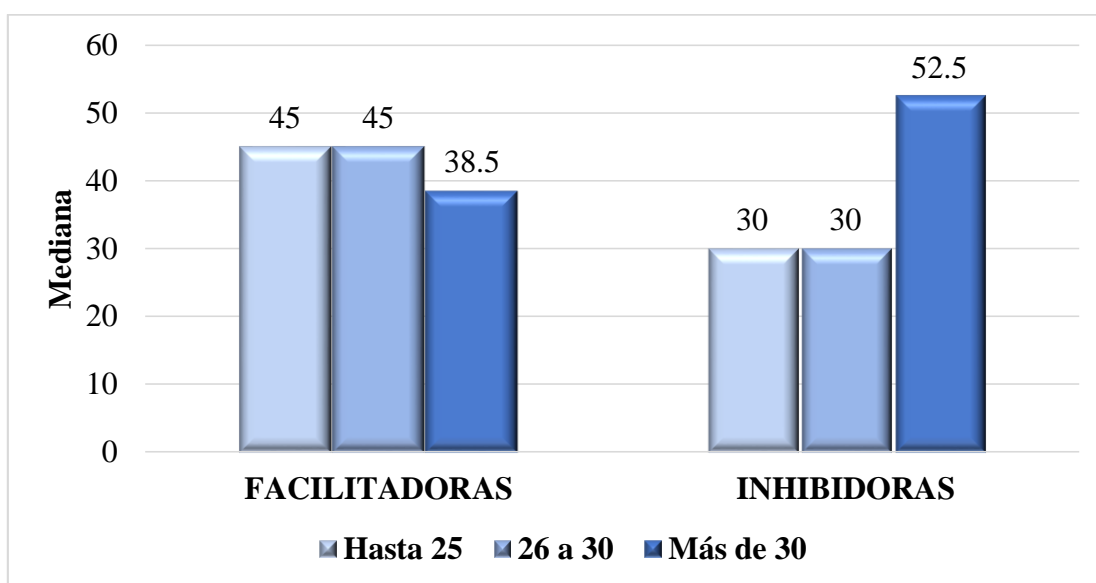
Representación gráfica comparativa del desarrollo de las habilidades sociales, antes de la intervención con el programa, según la edad del paciente.

Tabla 5.

Análisis comparativo del desarrollo de las habilidades sociales, después de la intervención con el programa, según grupos de edad.

Factores	Edad en años	n	Descriptivos			Kruskal Wallis
			media	mediana	Des.Est.	
Facilitadores	Hasta 25	11	45,64	45.00	3,107	$X^2=17.173$; gl=2; p=0.000
	26 a 30	11	44,64	45.00	2,693	
	Más de 30	8	34,13	38.50	8,676	
Inhibidores	Hasta 25	11	30,55	30.00	3,882	$X^2=16.221$; gl=2; p=0.000
	26 a 30	11	31,18	30.00	6,600	
	Más de 30	8	50,25	52.50	6,228	

Las valoraciones de probabilidad, indican que después de la intervención con el programa, sí existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medianas, tanto de los factores facilitadores como inhibidores según grupos de edad. Respecto a los factores facilitadores, el programa evidenció ser efectivo en los pacientes que tienen hasta 30 años de edad (mediana=45) comparados con los que tienen más de 30 años (mediana=38.50); de manera similar, la efectividad del programa fue evidente respecto a los factores inhibidores en los pacientes que tienen hasta 30 años de edad (mediana=30), comparados con los que tienen más de 30 años de edad (mediana=52.50).

**Figura 4.**

Representación gráfica comparativa del desarrollo de las habilidades sociales, después de la intervención con el programa.

4.2. Contrastación de Hipótesis

Objetivo general:

Determinar el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales en jóvenes con depresión que se atienden en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”.

Hipótesis General:

El programa de entrenamiento de habilidades sociales tiene efectos favorables en jóvenes con depresión que se atienden el en Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”.

Hipótesis estadística:

- H0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones medianas antes y después de la intervención con el programa a favor del mismo
- H1 : Sí existen diferencias significativas entre las puntuaciones medianas antes y después de la intervención con el programa a favor del mismo

Resultados:

- Factor Facilitador de las Habilidades sociales (tabla n°2) : $Z=-4.625$; $p=0.000$, $\rightarrow p \leq 0.05$; por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1
- Factor Inhibidor de las Habilidades sociales (tabla n°3) : $Z=-4.255$; $p=0.000$, $\rightarrow p \leq 0.05$; por lo tanto se rechaza H0 y se acepta H1

Decisión:

Se acepta la hipótesis de investigación.

4.3. Discusión de Resultados

En éste apartado se discute los principales resultados encontrados en la presente investigación, con los de otros autores y con la teoría que sustenta el constructo de la variable medida.

La investigación se llevó a cabo sobre la determinación de la efectividad del programa de entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con trastorno depresivo que atienden en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” ubicado en la ciudad de Lima. Para atender a esta finalidad central del estudio, la información recopilada, antes y después de la intervención con el programa, fue sometida a la estadística inferencial, recurriéndose a la prueba no paramétrica de Wilcoxon, donde las valoraciones de probabilidad mostraron evidencias positivas respecto al efecto del programa, cabe mencionar que la variable evaluada tiene dos grandes dimensiones que explican el desarrollo de las habilidades sociales en una persona, éstas son, las habilidades facilitadoras y las inhibidoras, dicho esto, a groso modo se puede señalar que, tratándose de pacientes con trastorno depresivo, éstos pueden manifestar por lo general conductas sociales vinculadas con la inhibición y pocas vinculadas con aspectos facilitadores, lo cual, según la evidencia estadística, antes del programa los pacientes mostraron una puntuación mediana de 27.00 respecto a las conductas facilitadoras, puntuación que se incrementó significativamente a 43.50 después de la intervención con el programa, ($p=0.000$); asimismo, antes de la intervención, obtuvieron una puntuación mediana de 53.50 en aspectos inhibidores, lo cual disminuyó significativamente a una puntuación mediana de 30.50 después de la intervención ($p=0.000$).

Estos resultados son congruentes con los hallazgos de algunos autores tales como Sequera et al (2016), Barale (2011), Cirici & Obiols (2008), y Sparrow (2007a),

quienes tuvieron por objetivo demostrar la efectividad de un programa de entrenamiento de habilidades sociales en pacientes, donde los resultados que hallaron fueron positivos para la efectividad de los programas puestos a prueba. No obstante, existen dos investigaciones, de Azargoon, Motlaq, & Dareke, (2013a) y Navarro, (2009), cuyos pacientes que fueron sometidos a la evaluación de un programa para el desarrollo de habilidades sociales, no obtuvieron resultados que contribuyeran con la efectividad de dichos programas.

Se pone en evidencia que el programa es notablemente efectivo respecto al desarrollo de conductas vinculadas con factores facilitadores independientemente a la edad que tengan los pacientes, mas no respecto a las conductas inhibitoras de las habilidades sociales, puesto que no se puede afirmar con precisión la efectividad del programa en personas que tengan de 30 a más años de edad cronológica, esto puede deberse a que este grupo tiene una edad correspondiente a una etapa de su vida donde sus creencias y posturas están más definidas y por tanto, más rígidas y tenaces ante cualquier intento de cambio.

El tercer propósito de los objetivos del estudio se centró en describir la relación entre los niveles de habilidades sociales y la edad de los pacientes con trastorno depresivo, antes de la intervención con el programa de entrenamiento. Antes de la intervención, los índices de habilidades sociales (tanto facilitadores como inhibidores) se presentan independientemente a la edad del paciente; no así, después de la intervención con el programa de entrenamiento, tal como se plantea en el cuarto objetivo específico, dado que, dentro de los factores facilitadores, así como de los inhibidores, quienes desarrollaron significativamente conductas esperadas a favor de la efectividad del programa de habilidades sociales son los pacientes más jóvenes (< de 30 años) comparados con los que tienen más edad que la señalada. Esto puede deberse al

factor tiempo y a la interferencia de una variable no controlada en este estudio, como es la maduración social, la cual indica dentro de su sustento teórico que las personas jóvenes, que para este estudio son los que tienen menos de 30 años, tienden a presentar conductas aun moldeables como producto de la confusión de roles propias de la edad, así como el aislamiento; no así con las personas que tienen más de 30 años, ya que estas personas se encuentran en una etapa de establecimiento social donde involucra aspectos de la personalidad aún más afianzada y por tanto, menos moldeable.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- 1) El programa de entrenamiento en habilidades sociales fue efectivo para el desarrollo de conductas socializadoras facilitadoras en pacientes jóvenes con trastorno depresivo que se atienden en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”.
- 2) El programa de entrenamiento en habilidades sociales fue efectivo para el manejo de conductas socializadoras inhibidoras en pacientes jóvenes con trastorno depresivo que se atienden en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”.
- 3) Antes de la intervención con el programa, tanto las conductas facilitadoras como las inhibidoras de las interacciones asertivas con el entorno, se presentan independientemente a la edad del paciente con trastorno depresivo. Después de la intervención con el programa, se observa que los pacientes que tienen menos de 30 años, desarrollan satisfactoriamente las conductas facilitadoras, mientras que los que tienen más de 30 años, tienden a desarrollar conflictos que complican su postura respecto a las conductas inhibidoras de las habilidades sociales.

5.2. Recomendaciones

- 1) Desarrollar investigaciones de réplica en otros contextos geográficos a fin de obtener mayor evidencia respecto a los pacientes con trastorno depresivo respecto al desarrollo de las habilidades sociales.

- 2) Desarrollar programa de habilidades sociales, específicamente, implementando temas vinculados al desarrollo de las conductas que impiden que una persona con trastorno depresivo logre desarrollar conductas que le permita una asertiva relación con su entorno.
- 3) Desarrollar un estudio donde se intervenga con un programa dirigido específicamente en pacientes mayores de 30 años con trastorno depresivo, reforzando aspectos vinculados con las conductas alternativas a la violencia, sentimientos, estrés y ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque, F. (1999). *Manual para el entrenamiento de habilidades Sociales*. Lima.
- Arceo, F., Rojas, G., & Gonzales, E. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: una interpretación constructivista*. McGraw-hill.
- Arellano, J. (2009). *Habilidades Sociales: Educar hacia la autorregulación*. Barcelona, España: Kukabanda y Auroch.
- Azargoon, H., Motlaq, M., & Dareke, M. (2013a). Efectividad de un entrenamiento familiar y de la habilidades de la vida en el cuidado de pacientes crónicos con enfermedad mental en una población iraní., 5(1).
- Azargoon, H., Motlaq, M., & Dareke, M. (2013b). Efectividad de un entrenamiento familiar y de las habilidades de la vida en el cuidado de pacientes crónicos con enfermedades mentales en una población iraní., 5(1).
- Barale, A. (2011a). Estudio sobre la influencia de un programa de actividades laborales, en la socialización de jóvenes diagnosticados con retraso mental, (17), 29–48.
- Barale, A. (2011b). Estudio sobre la influencia de un programa de actividades laborales, en la socialización de jóvenes diagnosticados con retraso mental, (17), 29–48.
- Barale, A. (2011c). Estudio sobre la influencia de un programa de actividades laborales, en la socialización de jóvenes diagnosticados con retraso mental, (17), 29–48.
- Barragán, M., Eljach, I., & Medina, U. (2012). *Toma de decisiones como habilidad social en adolescentes con alto riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en la comuna seis de la ciudad de Popayán* (Tesis de Maestría). Fundacion universitaria Luis Amigo, Colombia.
- Bustos, C. (2012). El rol del psicólogo en los programas de desarrollo de habilidades sociales: Desafíos y exigencias en el contexto escolar. Recuperado a partir de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34027509/Bustos._El_rol_del_

Psicologo_en_los_programas_de_desarrollo_de_Habilidades_sociales.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1499974829&Signature=Rfd6nEvWe6Uu8s%2BTN1AQ4twtFn0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEl_rol_del_psicologo_en_los_programas_de.pdf

- Caballo, V. (1983a). Asertividad: definiciones y dimensiones., *4*(13), 51–62.
- Caballo, V. (1983b). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Revista Estudios de psicología* No 13: 51 – 62, (13), 51–62.
- Caballo, V. (2002a). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI de España*. Español: Editores S.A. España.
- Caballo, V. (2002b). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI de España*. Español: Editores S.A. España.
- Cáceres, M. (2015). *Diseño y aplicación de un programa cognitivo conductual para el desarrollo y adquisición de conductas prosociales en niños con agresividad de 9 a 12 años de la escuela Atanasio Viteri* (Tesis de Licenciatura).
- Caira, N., & Sánchez, J. (2012). Habilidades Sociales, Motivación y Metas en el Estudiante Universitario, (8), 2.
- Cerdán, L. (2013). Las habilidades sociales en el marco de la orientación psicopedagógica, *5*(5).
- Cirici, R., & Obiols, J. (2008). Validez de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos, *36*(3), 123–132.
- Contini de González, E. (2008a). *Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: perspectivas desde la Psicología Positiva*. (Manual).
- Contini de González, E. (2008b). *Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: perspectivas desde la Psicología Positiva*. (Manual).

- Costa, C., Cebrián, L., Garcia, J., Villalinga, L., & Van-der, C. (2010a). Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal, *21*(4).
- Costa, C., Cebrián, L., Garcia, J., Villalinga, L., & Van-der, C. (2010b). Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal, *21*(4).
- David, Q. (2010). *Entrenamiento de habilidades sociales en adolescentes institucionalizados* (Tesis de grado). Universidad de Aconcagua, Argentina.
- Del Prette, Z., Del Prette, A., & Mendes, M. (1999a). Habilidades Sociales en la formación profesional del Psicólogo: Análisis de un programa de Intervención. *Psicología Conductual*, *7*(1), 22–47.
- Del Prette, Z., Del Prette, A., & Mendes, M. (1999b). Habilidades Sociales en la formación profesional del Psicólogo: Análisis de un programa de Intervención. *Psicología Conductual*, *7*(1), 22–47.
- Escobar, J. (2010). *Evaluación de la asertividad en estudiantes universitarios, con bajo rendimiento académico. 2010.*
- Fernández, M. (2012). *Códigos comunicacionales y su relación con las conductas violentas de los adolescentes.*
- Fernández, M., & González, A. (2009). Estrategias didácticas creativas en entornos virtuales para el aprendizaje.
- Ferreira, H., & Pedrazzi, G. (2007). *Teorías y enfoques psicoeducativos del aprendizaje.* Noveduc.
- García, G. (2016a). *Programa para la mejora de las habilidades sociales en adolescentes: Propuesta de intervención.*

- García, G. (2016b). *Programa para la mejora de las habilidades sociales en adolescentes: Propuesta de intervención.*
- García, M. (2013). *Influencia de las interacciones sociales en el rendimiento académico. Aproximación bibliográfica* (Tesis de Maestría). Universidad internacional de La Rioja, España.
- Giraldo, E. (2015). *Estudio de habilidades sociales en alumnos de ESO. Propuesta educativa para fomentar su práctica en CCNN de 1º ESO y Biología y Geología de 3º ESO.* (Tesis de Maestría). Universidad Internacional de la Rioja, España.
- Gismero, E. (2000a). *Escala de habilidades sociales: EHS.* Madrid: TEA.
- Gismero, E. (2000b). *Escala de habilidades sociales: EHS.* Madrid: TEA.
- Gismero, E. (2000c). *Escala de habilidades sociales: EHS.* Madrid: TEA.
- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, (40), 63–76.
- Jara, F. (2012). *Entrenamiento de habilidades sociales y su impacto en problemas del comportamiento, en niños entre 6 a 11 años de edad de la unidad educativa montessori, año 2011.* (Tesis de licenciatura). Universidad De Guayaquil, Ecuador.
- Javier, B. (2012a). *Entrenamiento en habilidades sociales en un joven con Síndrome de Asperger.*
- Javier, B. (2012b). *Entrenamiento en habilidades sociales en un joven con Síndrome de Asperger.*
- Kelly, J. (2000). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales* (6ta edición). España: Desclée De Broner.
- Liberman, R., & Kopelwicz, A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla., *1*(1), 12–29.

- Méndez, A. (2006). El uso de la autodirección en el control del proceso terapéutico en un caso de esquizofrenia., 32(141).
- Méndez, F. (2001). *Técnicas de modificación de conducta* (3ra ed.). Madrid: Biblioteca Nueva; Colección Psicología Universidad.
- Michelson, L., Sugai, P., Wood, R., & Kazdin, A. (2002). *Las Habilidades Sociales en la Infancia: Evaluación y Tratamiento*. Barcelona, España: Ed. Martínez Roca.
- Morales, L. (2013). *Habilidades sociales que se relacionan con las conductas de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Fortunato Zora Carvajal, Tacna-2012*. Tacna.
- Moyá, M. (2016). *Habilidades comunicativas y comunicación política* (Tesis Doctoral). Universidad Miguel Hernández, España.
- Navarro, S. (2009). *Entrenamiento en habilidades sociales, entre pacientes esquizofrénicos: validación de un programa para pacientes crónicos*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, España.
- Niño Ochoa, L. (2014a). *Programa de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales desde la intervención del modelo cognitivo conductual como estrategia de afrontamiento de los adolescentes de octavo grado*.
- Niño Ochoa, L. (2014b). *Programa de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales desde la intervención del modelo cognitivo conductual como estrategia de afrontamiento de los adolescentes de octavo grado*.
- Ojeda, A. (2015). Autoestima y habilidades sociales en los(as) estudiantes de octavo básico de las escuelas con alto índice de vulnerabilidad escolar de la ciudad de punta arenas. Recuperado a partir de <http://documents.mx/documents/autoestima-y-habilidades-sociales-en-losas-estudiantes-de-octavo-basico-de-las-escuelas-con-alto-indice-de-vulnerabilidad-escolar-de-la-ciudad-de-punta-arenas.html#>

- Oliva, P. (2013). *Las habilidades sociales como moduladoras del estrés laboral en el ejercicio profesional de la fisioterapia: Un estudio comparativo entre profesionales y alumnos de la provincia de Cádiz* (Tesis Doctoral). Universidad de Cádiz, España.
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). Depresión [Salud]. Recuperado a partir de <http://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). Esquizofrenia [Salud]. Recuperado a partir de <http://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>
- Pereira, M. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas., 8(1).
- Puppo, N. (2012). *Habilidades sociales en niños de 5 años, del nivel inicial red N° 10 del Callao*.
- Quesada, G. (2015a). *Las habilidades sociales de los adolescentes: consumo de drogas y esquizofrenia por toxicomanía* (Tesina de grado). Universidad de Granada, España.
- Quesada, G. (2015b). *Las habilidades sociales de los adolescentes: consumo de drogas y esquizofrenia por toxicomanía* (Tesina de grado). Universidad de Granada, España.
- Quesada, G. (2015c). *Las habilidades sociales de los adolescentes: consumo de drogas y esquizofrenia por toxicomanía* (Tesina de grado). Universidad de Granada, España.
- Quinteros, P. (2010). *Entrenamiento de Habilidades Sociales en Adolescentes Institucionalizados*. (Tesina de Licenciatura). Universidad del Aconcagua. Recuperado a partir de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/146/tesis-479-entrenamiento.pdf
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico* (Vol. 239). Norma.

- Rulicki, S., & Cherny, M. (2012). *Comunicación no verbal: cómo la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Granica.
- Salavera, C., Puyuelo, M., & Serrano, R. (2011). Habilidades de comunicación en jóvenes con esquizofrenia, *11*(1).
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy, the direct approach to the reconstruction of personality*.
- Schehr, B. (2013). *Habilidades sociales y marcos deícticos: su efecto en la cognición social de personas con esquizofrenia* (Tesina de grado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Sequera, F., Padilla, E., Chirino, J., & Pérez, J. (2016). Aplicación de un nuevo programa de habilidades sociales a un grupo de adultos con discapacidad intelectual. *2, 4*, 63–80.
- Sparrow, C. (2007a). *Efecto de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de jóvenes con esquizofrenia* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Sparrow, C. (2007b). *Efecto de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de jóvenes con esquizofrenia* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Vallés, A. (2013). *La conflictividad escolar. Estrategias de intervención psicopedagógica* (Tesina). Universidad de Alicante, España.
- Van-Der, C. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación* (2a ed.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Vera Pómez, A. (2015). Habilidades sociales y autoconcepto en hijos únicos y con hermanos, de colegios de Lima Metropolitana. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10757/619096>

Vizcardo, S. (1997). *Relación entre las habilidades sociales y estimulación materna en pre escolares de diferentes niveles socio económico de Lima Metropolitana*. (Tesis de Grado). Lima, Perú.

Zamora, P. (2008). *Creencias epistemológicas y de eficacia docente de profesores que postulan al programa de acreditación de excelencia pedagógica y su relación con las prácticas de aula*. Universidad Católica de Chile., Chile.

ANEXOS

a) Instrumentos de recolección de datos

TEST DE AUTO-AFIRMACIONES DE INTERACCIÓN SOCIAL

A continuación, se le presenta un instrumento de habilidades sociales con 5 alternativas de respuesta: "Apenas he tenido ese pensamiento", "raras veces lo he tendido", "lo he tenido algunas veces", "lo tengo frecuentemente" y "tengo muy frecuentemente ese pensamiento".

Para responder, sombree por completo el círculo que está a la altura de su respuesta. Por ejemplo, si ante la pregunta: "Estoy muy asustado", su respuesta es "lo he tenido algunas veces", entonces:

1	"Apenas he tenido ese pensamiento"
2	"Raras veces lo he tendido"
3	"Lo he tenido algunas veces"
4	"Lo tengo frecuentemente"
5	"Tengo muy frecuentemente ese pensamiento"

Afirmaciones	OPCIONES				
	1	2	3	4	5
Estoy muy asustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, llene todos tus datos en esta ficha. Asegúrate de no dejar ningún espacio en blanco.

Edad

Sexo F

M

	Afirmaciones	OPCIONES				
		1	2	3	4	5
1	Cuando no sé que decir, noto cómo me pongo nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Normalmente puedo hablar con las chicas bastante bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Espero no hacer el ridículo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Empiezo a sentirme más cómodo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Realmente tengo miedo de lo que ella esté pensando de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	No estoy preocupado, ni tengo miedo, ni ansiedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Estoy muy asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8	Ella probablemente no está interesada en mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Quizá pueda hacer que se sienta cómoda tomando yo la iniciativa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	En vez de preocuparme, puedo pensar en la mejor manera de llegar a conocerla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	No me siento muy cómodo cuando conozco chicas, por tanto, las cosas seguro me salen mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	¡Qué demonios!, lo peor que me puede suceder es que ella no sé interese en mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ella puede desear hablar conmigo tanto como yo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Esta será una buena oportunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Si meto la pata en esta conversación, seguramente perderé la confianza en mí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Lo que digo probablemente sea estúpido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	¿Qué puedo perder? Vale la pena intentarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Es una situación incómoda, pero puedo manejarla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	¡Caramba, no quiero hacer esto!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Me hundiré si ella no me responde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Tengo que conseguir darle una buena impresión o me sentiré muy mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Eres un idiota inhibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Probablemente lo echaré a perder de todas formas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Puedo afrontar cualquier cosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Incluso si las cosas no salen bien, no se trata de una catástrofe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Me siento cómodo y estúpido, seguro que ella lo nota.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Probablemente tenemos mucho en común.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Quizá hagamos buenas migas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	¡Ojalá pudiera escapar o evitar toda la situación!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	¡Bah! No merece la pena ser tan prudente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Activar Windows
 Ve a Configuración para activar Win

b. Matriz de coherencia interna

Título	Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Método	Instrumento
	General	General	General	Factores	Tipo Y Diseño	
Efectividad de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en jóvenes con depresión. Hospital Nacional "Arzobispo Loayza". Lima, 2017.	¿Cuál es el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con trastorno depresivo que se atienden en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?	Determinar el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales en jóvenes con depresión que se atienden en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza".	El programa de entrenamiento de habilidades sociales tiene efectos favorables en jóvenes con depresión que se atienden en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza".	Facilitadoras	Enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo	Test de Autoafirmaciones de Interacción Social (SISST).
				Inhibidores		
		Específicos	Específicos		Población	
		1. Determinar el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales respecto a los factores facilitadores en jóvenes con depresión.	1. El efecto del programa de entrenamiento de habilidades sociales facilitadoras es favorable en jóvenes con depresión.		La población del estudio está constituida por el conjunto de individuos que cumplen con los criterios de elegibilidad o de inclusión, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.	
2. Determinar el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales respecto a los factores inhibidores en jóvenes con depresión.	2. El efecto del programa de entrenamiento de habilidades sociales inhibidoras es favorable en jóvenes con depresión.		Muestra			
			El número total de la muestra lo constituyeron 30 pacientes con trastorno depresivo.			
			Técnicas Estadísticas			
			Estadística descriptiva Estadística inferencial: T de Student para muestras relacionadas, Chi cuadrado de proporciones			
					Confiability	
						Método de las dos mitades 0,73

c. Programa de entrenamiento de habilidades sociales

PROGRAMA PARA MEJORAR LAS HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES DEPRESIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ⊙ Mejorar las habilidades sociales tanto de relaciones interpersonales, organicidad, manejo de emociones y de la ansiedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ⊙ Mejorar las relaciones interpersonales identificando sus emociones y la de los demás participantes
- ⊙ Expresar de una manera asertiva sus desacuerdos para lograr llegar a una conciliación.
- ⊙ Mejorar las habilidades requeridas para un desarrollo de las relaciones interpersonales.

METODOLOGIA:

- ⊙ **JUEGO DE ROLES:** Planteando Situaciones en las que el participante tenga que actuar.
- ⊙ **MODELADO:** El psicólogo modelará la conducta del participante hacia una habilidad social correcta.
- ⊙ **INSTRUCCIONES:** Se dará al alumno pautas a seguir en situaciones sociales.
- ⊙ **FEEDBACK Y REFUERZO:** El profesor informará al alumno acerca del aprendizaje de sus conductas sociales y reforzará las conductas correctas. Expresar y recibir elogios con amigos o familiares.
- ⊙ **TAREAS PARA LA CASA:** Observar y practicar en situaciones sociales los aspectos no verbales de la comunicación.

PROCEDIMIENTOS:

El programa se llevará a cabo en 8 sesiones, 2 veces por semana (lunes-miércoles) con una duración de 45 minutos. Turno Tarde. Los recursos humanos (1 psicólogo) y los recursos materiales (papelografos, pizarra acrílica, plumones, cartillas, cuadernillos, etc).

PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES

Nº de sesión: 1

Habilidades pro amicales

Actividad	Objetivos	Procedimiento	Técnica	Materiales	Tiempo
Introducción del programa	Presentar el programa	se presentaron y dieron a conocer los objetivos	Expositiva	Papelógrafo y plumones	10''
Aplicación del Test de Auto-Afirmaciones de interacción social	Identificar la línea base de los jóvenes, respecto a sus habilidades sociales, entre las cuales se encuentra: autoestima, asertividad, comunicación.	Se entregó a cada participante dicho instrumento.	Evaluativa	Cuestionario de Habilidades Sociales Lapiceros	15''
Dinámica Iniciales de Cualidades	Aprender los nombres de las personas con las cuales vamos a compartir un rato de juego	Una persona dice su nombre y apellido, con las primeras consonantes tiene que decir dos cualidades, la segunda dice las cualidades del anterior y las suyas, así sucesivamente	Dinámica de Presentación	Ninguna	10''
Dinámica Salúdame	Enseñar a los jóvenes a saludar según sea el destinatario.	saludarnos como si acabáramos de llegar, con los diferentes estados de ánimos y con diferentes personas.	Dinámica de Presentación	Ninguna	10''

Nº de sesión: 2
Comunicación

Actividad	Objetivos	Procedimiento	Técnica	Materiales	Tiempo
Revisión de las tareas asignadas	Conocer si entendieron la sesión anterior	Se empieza a preguntar a los participantes de manera aleatoria sobre la tareas asignadas	Expositiva y participativa	Ninguno	15 min.
Dinámica Aprendiendo o Escuchar	Desarrollar en las jóvenes habilidades para una adecuada comunicación, permitiendo mejorar sus relaciones interpersonales.	Se dará la indicación que cada voluntario(a) va a recibir un mensaje y que sólo deberá escuchar sin hacer ninguna pregunta. De igual manera, el que narra la historia tampoco puede repetir el mensaje.	Dinámica de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • cartillas 	30''

Nº de sesión: 3
Habilidades alternativas a la violencia

Actividad	Objetivos	Procedimiento	Técnica	Materiales	Tiempo
Revisión de las tareas asignadas	Conocer si entendieron la sesión anterior	Se empieza a preguntar a los participantes de manera aleatoria sobre la tareas asignadas	Expositiva y participativa	Ninguno	10 min.
Dinámica palabrota/palabrita	Observar la problemática de expresar los aspectos positivos y manifestar los negativos	Nos situamos todos los integrantes del grupo, primero en voz muy baja decimos un adjetivo bonito, ejemplo: Cariño. Después y en esta vez en voz muy alta, casi gritando un adjetivo negativo ejemplo feo.	Dinámica	Ninguno	15''
Dinámica comunicación con mediador	Observar la pérdida de comunicación debido a la intromisión de elementos o personas para intermediar en la comunicación	Nos sentamos todos en círculo, una persona se sitúa en medio y hará de mediador entre los demás integrantes del grupo, los cuales no se podrán comunicar sin él. Los integrantes del grupo llaman por turnos al mediador, diciéndole un mensaje que tendrá que transmitir a la persona que le han requerido	Dinámica	Ninguno	15''

Nº de sesión: 4
Habilidades relacionadas con los sentimientos

Actividad	Objetivos	Procedimiento	Técnica	Materiales	Tiempo
Revisión de las tareas asignadas	Conocer si entendieron la sesión anterior	Se empieza a preguntar a los participantes de manera aleatoria sobre la tareas asignadas	Expositiva y participativa	Ninguno	5 min.
Dinámica El Crucigrama	-Fomentar y facilitar la comunicación en el grupo. -Detectar situaciones, actitudes o estados de ánimo. - Dar una idea sobre cómo se encuentra el grupo.	Propone una palabra que se escribe en la pizarra, cada integrante sale y forma una palabra a partir de una letra de la palabra clave. Cada palabra tiene que describir el estado de ánimo en el que se encuentra el grupo.	Dinámica	Pizarra, plumón	20''
Dinámica Como Expreso mis Sentimientos	Que los jóvenes aprenda a describir y a expresar emociones y a establecer conductas deseadas	El psicólogo pide a los jóvenes que digan los sentimientos que experimentan con más frecuencia (Tormenta de Ideas). Anotándolos. Estos suelen ser: Alegría Odio Timidez inferioridad Tristeza Satisfacción	Dinámica	Hojas bond	20''

Nº de sesión: 5
Habilidades de planificación

Actividad	Objetivos	Procedimiento	Técnica	Materiales	Tiempo
Revisión de las tareas asignadas	Conocer si entendieron la sesión anterior	Se empieza a preguntar a los participantes de manera aleatoria sobre la tareas asignadas	Expositiva y participativa	Ninguno	15 min.
Dinámica Cuerpos Expresivos	Los jóvenes experimentarán la administración y organización de sus actividades, luego el facilitador hablara sobre la planificación de conductas frente a un evento socializador	El psicólogo distribuye las tarjetas y les dice que durante cinco minutos deben actuar, sin sonidos, como el animal que les toco en la tarjeta. Cuando creen que han encontrado a su pareja, se toman del brazo y se quedan en silencio alrededor del grupo; no se puede decir a su pareja que animal es. Una vez que todos tienen su pareja, cada persona dice que animal estaba representando y se verifica si acertaron	Dinámica	Tarjetas 3 x 5 en donde se escriben nombres de animales (macho y hembra). Ejemplo: león, en una tarjeta; leona	30''

Nº de sesión: 6
Habilidades prosociales

Actividad	Objetivos	Procedimiento	Técnica	Materiales	Tiempo
Revisión de las tareas asignadas	Conocer si entendieron la sesión anterior	Se empieza a preguntar a los participantes de manera aleatoria sobre la tareas asignadas	Expositiva y participativa	Ninguno	5 min.
Dinámica Sumisión Agresión Afectividad	Experimentar y diferenciar los comportamientos no verbales asertivos, de aquellos comportamientos agresivos o de sumisión. Aumentar la conciencia de nuestro comportamiento asertivo	El psicólogo pide a los participantes que hagan una lista de lo que asocian con la palabra "Asertivo" y registren sus respuestas, para luego escenificarlas	Dinámica	Hojas bond , lapiceros	30"
Retroalimentación	reforzar los pequeños logros que se realizaron Incentivar que realicen las conductas aprendidas en el aula, también en su hogar, con sus amigos, etc.	Se empieza a preguntar a los jóvenes de manera aleatoria	Expositiva y participativa	Ninguno	10 min.

Nº de sesión: 7
Habilidades sociales frente a la ansiedad

Actividad	Objetivos	Procedimiento	Técnica	Materiales	Tiempo
Revisión de las tareas asignadas	Conocer si entendieron la sesión anterior	Se empieza a preguntar a los participantes de manera aleatoria sobre la tareas asignadas	Expositiva y participativa	Ninguno	5 min.
Dinámica concepto positivo de sí mismo	Demostrar que sí es aceptable expresar oralmente las cualidades positivas que se poseen	Divida a los asistentes en grupos de dos. Pida a cada persona escribir en una hoja de papel cuatro o cinco cosas que realmente les agradan en sí mismas.	Dinámica	Hoja bond, lapicero	20''
Dinámica Dar y Recibir Afecto	Vivenciar los problemas relacionados con dar y recibir afecto	El psicólogo presenta el ejercicio, diciendo que para la mayoría de las personas, tanto dar como recibir afecto, es asunto muy difícil. Para ayudar a las personas a experimentar la dificultad, se usa un método llamado bombardeo intenso.	Dinámica	Hoja bond y lápiz	20''

Nº de sesión: 8
Habilidades frente al estrés

Actividad	Objetivos	Procedimiento	Técnica	Materiales	Tiempo
Revisión de las tareas asignadas	Conocer si entendieron la sesión anterior	Se empieza a preguntar a los participantes de manera aleatoria sobre la tareas asignadas	Expositiva y participativa	Ninguno	5 min.
Dinámica Prioridades	-Establecer normas en grupo. - Dialogar y llegar a un consenso para establecer las normas y actitudes consideradas como más importantes.	Intentar ordenar o priorizar los ítems dados. En el primer paso el individuo los ordena según un criterio personal. Posteriormente ordenar la lista según subgrupos, pequeños dentro del grupo grande. Por último organizar la lista con el grupo entero, para conocer las prioridades del grupo.	Dinámica	Ninguno	10''
Dinámica Completamiento de Frases	Recoger la opinión de cada integrante con respecto a los resultados del trabajo grupal realizado.	Una hoja de papel para cada miembro del grupo. e reflejan una serie de frases incompletas, las cuales inducirán respuestas por parte de los integrantes del grupo, esta frase debe ser relacionada y dirigida al trabajo realizado elaborado	Dinámica	Hoja de Trabajo	30''