



Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Humanidades y Educación  
Escuela de Psicología  
Departamento de Psicología Industrial

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO SOBRE LAS  
COMPETENCIAS LABORALES Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO  
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA TIPO  
PARANOIDE**

**Tutor:**

Ramón Ochoa

**Autor (es):**

Ivanna Pérez

Estefany Sánchez

Caracas, Septiembre 2014.



Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Humanidades y Educación  
Escuela de Psicología  
Departamento de Psicología Industrial

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO SOBRE LAS  
COMPETENCIAS LABORALES Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO  
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA TIPO  
PARANOIDE**

(Trabajo de Licenciatura presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito  
parcial para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

**Tutor:**

Ramón Ochoa

**Autor (es):**

Ivanna Pérez<sup>1</sup>

Estefany Sánchez<sup>2</sup>

Caracas, Septiembre 2014.

<sup>1</sup> Ivanna Pérez, Departamento de Psicología Industrial, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela.

<sup>2</sup> Estefany Sánchez, Departamento de Psicología Industrial, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela.

Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a las siguientes direcciones: [igpn\\_747@hotmail.com](mailto:igpn_747@hotmail.com) y [estefanysanchezd@gmail.com](mailto:estefanysanchezd@gmail.com)

## **Agradecimientos**

Queremos agradecerle en primer lugar a la Casa que Vence las Sombras, nuestra hermosa, majestuosa y amada Universidad Central de Venezuela, por permitirnos vivir en ella todos los días durante estos cinco maravillosos años y darnos la oportunidad de formarnos como Licenciadas.

A nuestro Tutor Académico, el Lic. Ramón Ochoa, quien con su profesionalismo, dedicación, vocación y ética nos guió en el camino, permitiéndonos alcanzar nuestro sueño.

A la Casa de Reposo Carelco, especialmente a la Dra. Franca (Directora de la Institución), a la Dra. Alice Lamb y a la Dra. Cristina (Médicos Psiquiatras) y a todo el personal de enfermeros y camareros que nos recibieron, facilitando nuestro trabajo con la mayor dedicación, vocación y entusiasmo.

A nuestro grupo de pacientes, quienes nos brindaron la oportunidad de llevar a cabo este proyecto, siempre en aras de luchar por sus derechos y contribuir en el proceso de rehabilitación en las instituciones psiquiátricas del país, gracias por su colaboración.

A la Escuela de Psicología y a todos los Profesores que contribuyeron con nuestra formación profesional, siendo grandes guías en este camino... nuestro eterno agradecimiento...

## Resumen

El presente estudio busca determinar los efectos de la aplicación de un programa de entrenamiento sobre las competencias laborales y los niveles de ansiedad estado de pacientes con esquizofrenia tipo paranoide. Este estudio es de tipo descriptivo, con un diseño cuasiexperimental de preprueba-postprueba con un solo grupo. Se trabajó con una muestra conformada por 7 pacientes con esquizofrenia tipo paranoide, con edades comprendidas entre los 28 y los 60 años, hospitalizados en la Casa de Reposo Carelco, en el Área Metropolitana de Caracas. Los hallazgos permitieron evidenciar que el programa de entrenamiento tuvo efectos mayormente positivos sobre las competencias laborales y mayormente negativos sobre la ansiedad estado.

**Palabras Claves:** Programa de Entrenamiento, Competencias Laborales, Ansiedad Estado, Esquizofrenia Tipo Paranoide.

## **Training program effects on job skills and state anxiety levels in patients diagnosed with paranoid schizophrenia**

### **Abstract**

This study aimed to determine the effects of the implementation of a training program on labor skills and levels of anxiety status of patients with paranoid schizophrenia. This study is descriptive, with a quasi-experimental pretest-posttest design with one group. We worked with a sample composed with 7 patients with paranoid type schizophrenia, with ages between 28 and 60 years old, hospitalized in the Casa de Reposo Carelco in the Metropolitan Area of Caracas. The findings pointed: the training program had a largely negative effect on state anxiety, and a mostly positive effect on labor and skills.

**Keywords:** Training Program, Job Skills, State Anxiety, Paranoid Schizophrenia.

## ÍNDICE

Agradecimientos .....	iii
Resumen .....	iv
Abstract .....	v
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	2
2.1 EL TRABAJO COMO HECHO SOCIAL .....	3
2.2 SALUD MENTAL EN EL TRABAJO .....	5
2.3 TRASTORNOS MENTALES .....	6
2.3.1 Esquizofrenia .....	8
2.3.2 Esquizofrenia tipo paranoide.....	10
2.4 COMPETENCIAS LABORALES Y ANSIEDAD.....	11
2.4.1 Competencias Laborales .....	11
2.4.2 Ansiedad .....	17
2.5 EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS LABORALES Y ENTREVISTA POR INCIDENTES CRÍTICOS .....	20
2.5.1 Evaluación por competencias.....	20
2.5.2 Entrevista por incidentes críticos.....	21
2.6 REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y MODELO DE ENTRENAMIENTO .....	22
2.6.1 Rehabilitación Psicosocial .....	22
2.6.2 Modelo de entrenamiento en habilidades.....	26
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	28
IV. OBJETIVOS .....	29
4.1 Objetivo General .....	29
4.2 Objetivos Específicos .....	29
5.1 Análisis de las Variables.....	30
5.1.1 Variable Independiente.....	30

5.1.2 Variable Dependiente <sub>1</sub> .....	30
5.1.3 Variable Dependiente <sub>2</sub> : .....	34
5.1.4 Variables Extrañas .....	35
5.1.4.1 Variables Controladas .....	35
5.1.5 Variables No Controladas .....	36
5.2 Tipo y Diseño de Investigación.....	36
5.2.1 Tipo de Investigación: .....	36
5.3 Participantes .....	37
5.4 Materiales .....	37
5.5 Procedimiento .....	38
VI. RESULTADOS .....	41
VII. DISCUSIÓN.....	48
VIII. CONCLUSIONES.....	60
IX. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES .....	61
X. REFERENCIAS .....	63
ANEXOS.....	67

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Baremo para la variable competencias laborales</i> .....	34
Tabla 2. <i>Baremo para la variable ansiedad-estado</i> .....	35
Tabla 3. <i>Características individuales de la muestra</i> .....	41
Tabla 4. <i>Cantidad de cambios en postprueba para la competencia Trabajo en Equipo</i> . .....	43
Tabla 5. <i>Cantidad de cambios en postprueba para la competencia Autocontrol</i> ..	44
Tabla 6 <i>Cantidad de cambios en postprueba para la competencia Modalidades de Contacto</i> . .....	45
Tabla 7. <i>Cambios sobre los ítems inversos de la variable ansiedad estado</i> .....	46
Tabla 8. <i>Cambios sobre los ítems directos de la variable ansiedad estado</i> .....	46
Tabla 9. <i>Totales en preprueba y postprueba por sujeto en la variable ansiedad estado</i> .....	47
Tabla 10. <i>Casos hipotéticos de Trabajo en Equipo</i> . .....	52
Tabla 11. <i>Casos hipotéticos de Autocontrol</i> .....	54
Tabla 12. <i>Casos hipotéticos de Modalidades de Contacto</i> .....	55
Tabla 13. <i>Mejoras y desmejoras por ítem de la variable ansiedad estado</i> .....	57

**TABLA DE FIGURAS**

<i>Figura 1.</i> Porcentajes de la variable sexo.....	42
<i>Figura 2.</i> Mejoras por sujeto en la variable ansiedad estado .....	47
<i>Figura 3.</i> Desmejoras por sujeto en la variable ansiedad estado.....	48

## I. INTRODUCCIÓN

A lo largo del curso de investigación en Psicología, los trastornos mentales y quienes los padecen han sido objeto considerable de estudio en todos sus aristas, desde el origen de los trastornos, hasta los procesos de intervención más efectivos dirigidos a garantizar el bienestar del paciente psiquiátrico. Los tratamientos y programas desarrollados para los mismos, de la mano con la tecnología y los avances en medicina, han logrado un impacto significativo en su mejoría; sin embargo, la rehabilitación general y progresiva requiere mucho más que esto.

Numerosos programas de intervención orientados a alcanzar una mejoría integral en los pacientes psiquiátricos han sido creados y llevados a cabo con éxito, pero la continuidad de éstos ha sido limitada. Este aspecto trae consigo una cantidad de consecuencias negativas para los pacientes, retrasando su recuperación y prolongando la penuria en la que muchos se encuentran.

Particularmente en Venezuela, el Estado ha implantado un marco legal para las Personas con Discapacidad (Ley para las Personas con Discapacidad) la cual procura protegerlos y dar garantía de reinsertarlos social y laboralmente. De forma particular, hacen mención en el Artículo 6 a las personas que reconocen como clasificables con discapacidad, incluyendo a “todas aquellas personas que por causas congénitas o adquiridas presenten alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden... mental...”. Mencionan en el mismo artículo, que su clasificación depende de lo tipificado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CIF OMS). Esta clasificación define, sobre las Funciones Corporales, lo siguiente:

Funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas. Con “cuerpo” nos referimos al organismo humano como un todo, y por tanto se incluye la mente en la definición. Por ello, las funciones mentales (o psicológicas) están incluidas dentro de las funciones corporales. El estándar empleado para valorar estas funciones es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos (CIF OMS, 2001).

En ese sentido, dentro de las funciones corporales existe un tipo de funciones mentales, las cuales tratan sobre “las funciones del cerebro, tanto las funciones mentales globales tales como la conciencia, la energía y los impulsos, como las funciones mentales específicas, tales

como memoria, lenguaje y cálculo mental” (CIF OMS, 2001 p. 73). En este tipo podría incluirse entonces el diagnóstico de Esquizofrenia tipo Paranoide, que determina la muestra de esta investigación.

Es importante destacar, que algunas organizaciones rechazan a estas personas por desconocimiento de la enfermedad mental a través de procesos de selección tradicionales y rigurosos en los que buscan descartar los perfiles psicológicos “menos sanos”, si bien muchos de ellos están profesionalizados poseen habilidades cognitivas.

Los hospitales y clínicas especializadas en Salud Mental en el país no implantan programas de intervención dirigidos a mejorar integralmente al paciente psiquiátrico que resulten sólidos y sostenibles, esto producto de diversos motivos como recursos humanos, económicos, entre otras cosas. Si bien se ha observado el aporte de la Terapia Ocupacional, la cual procura prevenir y mediar en la disfunción y producir la máxima adaptación, es poderosamente necesario llevar a cabo programas focalizados en fortalecer las habilidades sociales y las competencias laborales de las personas con trastornos mentales, aspecto característico en esta tipología de diagnóstico.

Es por ello que este estudio, se focaliza su curso en la implantación de una modalidad de intervención: un programa de entrenamiento para personas con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide, procurando observar la forma en la que éste influye sobre las competencias laborales y los niveles de ansiedad que pueda presentar el paciente psiquiátrico.

## **II. MARCO TEÓRICO**

Para dar desarrollo teórico a este trabajo de investigación, se expondrán seis (6) puntos principalmente: el trabajo como hecho social, la salud mental en el trabajo, los trastornos

mentales y en particular la esquizofrenia tipo paranoide como característica esencial de la muestra, la evaluación de competencias laborales y la ansiedad como variables fundamentales, la evaluación por competencias y la entrevistas por incidentes críticos como métodos de evaluación que subyacen en la investigación y la rehabilitación psicosocial y el modelo de entrenamiento en habilidades como modelos teóricos para el desarrollo del estudio.

## **2.1 EL TRABAJO COMO HECHO SOCIAL**

En la actualidad, el trabajo es una de las mayores preocupaciones cotidianas, debido a las diversas crisis económicas, políticas y sociales. Sin embargo, como menciona Gallach (2010), el trabajo es un elemento de gran valor social inherente a la vida de las personas, así como es un factor de integración y normalización al mundo social. Así mismo hoy día el trabajo representa una actividad imprescindible para los seres humanos en el proceso de maduración en la dinámica personal y en la realidad social, trascendiendo el trabajo no solo en los beneficios personales de cada individuo sino a demás, opera como una fuente de múltiples beneficios sociales y productivos que se suman a las ganancias personales de cada individuo en la sociedad (Fernández, 2008).

Para Luque, Gómez y Cruces (2001), el trabajo hace referencia al conjunto de actividades que las personas desempeñan en función de su adscripción y posición en una organización (Drenth y cols. cp. Luque y cols. 2001). Estos mismos autores define el trabajo como la actividad de carácter productivo que ejecutan individuos, quienes aportan recursos propios tales como energía, habilidades, competencias y conocimientos, para la obtención de algún tipo de remuneración material y/o psicosocial.

Por otro lado, Fernández (2008) considera que el trabajo comprende toda actividad humana tanto física como intelectual, la cual es realizada con esfuerzo, con el propósito de obtener un logro u objetivo. Por tal motivo, el trabajo tiene para todo individuo un elemento de doble valor: por un lado el valor intrínseco del desempeño de una actividad y sus beneficios como lo son la sociabilidad, capacidad de organizar el tiempo, refuerzo de la autoestima, entre otros; mientras que por otra parte el valor del elemento terapéutico va a incidir directamente

sobre su estado, que puede afectarse por diversos motivos, permitiendo mejorar su funcionamiento, aumentar la valoración de sí mismo, normalizar conductas, sentirse útil, activo, estimulado por una tarea que desea y enriquecido, gracias a la relación que establece con otras personas (Gallach, 2010).

Siguiendo los lineamiento que brinda la Psicología Social, el concepto de trabajo, está ligado a dos aproximaciones, la primera determinada teórico-empírico, se define el trabajo como una actividad propositiva e intencional, es decir todo trabajo se lleva a cabo para obtener un beneficio a cambio, siendo este beneficio distinto de la actividad laboral misma; la segunda aproximación se vincula los estudios empíricos basándose en los resultados de investigaciones realizadas, en donde se le solicita a las personas que definan qué entienden por trabajo (Luque y cols. 2001).

Es en este sentido que se demarca la importancia del trabajo para todos los seres humanos, sin exclusiones, y a la manera en la que a quienes se les priva de él por distintas razones se ven desfavorecidos necesariamente en importantes áreas de la vida. Aún con mayores consideraciones, las personas con condiciones especiales ameritan activación social y laboral, ya que característicamente poseen menores recursos para manejar la frustración, para sentirse motivados en voluntariedad, así como para alcanzar la independencia por la que todas las personas luchan durante sus vidas.

Luque y cols. (2001), identifican dos tipos de implicaciones psicosociales del trabajo, clasificándolas en:

- Positivas: en las que se facilita la realización personal y la identidad social y personal, además permite proporcionar un estatus dentro de la sociedad y dentro del grupo de trabajo, prestigio y facilita el establecimiento de relaciones interpersonales, permite la estructuración de normas, creencias y expectativas sociales.
- Negativas: se considera disfuncional y a la vez frustrante si llega a romper con las expectativas, preparación y experiencia de las personas.

Aunado a lo anteriormente dicho Luque y cols. (2001), mencionan que el trabajo también puede tener implicaciones psicosociales disfuncionales para el individuo, ya que si el trabajo es repetitivo, deshumanizante, humillante, monótono, no potencia la autonomía personal y existen factores como el Mobbing, se generará una disfunción en la persona y conllevar implicaciones psicosociales negativas.

## **2.2 SALUD MENTAL EN EL TRABAJO**

Así como el trabajo puede afectar de forma radical la salud física de una persona, también, puede tener consecuencias en la salud mental de los individuos, donde comúnmente los mayores problemas que se reflejan son la depresión y la ansiedad, teniendo diversos síntomas como el insomnio, pérdida o aumento del apetito, fatiga, irritabilidad, preocupación, etc. Cuando la presencia de alguno de estos síntomas perdura en el tiempo e impacta en el día a día de la persona, es un indicador de que existe un problema de salud mental (Sánchez, 2012).

El mismo autor menciona que cuando un individuo atraviesa por un proceso de este tipo y logra recibir un tratamiento que mejore su salud mental y por tanto su rendimiento laboral, existe la posibilidad de que el 1% o el 2% de esa pequeña proporción de personas que se vieron afectadas, desarrollen problemas mentales más crónicos tales como esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión. Sin embargo, es importante recordar que el inicio de un trastorno mental de este tipo es posible que sea desencadenado por condiciones de trabajo bajo presión, o por un ambiente de trabajo no satisfactorio.

De acuerdo con Fernández (2008), existen cuatro riesgos fundamentales dentro del ambiente laboral, que afectan la salud mental:

- Datos intrínsecos del trabajo: elementos como la ausencia de autonomía, la monotonía, la supresión de la iniciativa o de la creatividad.
- La organización del trabajo: el rol ambiguo o conflictivo, el amplio desnivel existente entre la formación laboral y la actividad desempeñada, la sobrecarga de trabajo, la inseguridad en el puesto de trabajo.

- Relaciones interpersonales: factores como, la rivalidad, hostilidad, el rechazo, la conflictividad, el Mobbing o acoso laboral, afectan significativamente.
- El contexto laboral: la gestión autoritaria que no tenga un nivel de flexibilidad, la ausencia de comunicación, el trato despersonalizante, entre otros.

Estos cuatro elementos o factores que plantea Fernández (2008), son considerados los principales causantes del deterioro de la salud mental del ser humano, dentro del ámbito laboral siempre y cuando el agente personal no se complemente es decir, la incidencia de estos diversos factores pueden influir en la salud mental de cada individuo dependiendo de las capacidades de cada uno para ejercer una estrategia defensiva o en todo caso generar una estrategia de adaptación al entorno en el cual se está viendo afectado. Estas capacidades individualizadas para afrontar, defenderse o adaptarse, son funciones que varía en torno a las características personales de cada individuo aunado a la situación en el trabajo a la que se está viendo inmersa.

### **2.3 TRASTORNOS MENTALES**

Sobre los trastornos mentales, Toro y Yepes (2004) plantean que desde el siglo XIX se comenzó a hablar del tema de forma mitológica, debido a que no se tenía ningún tipo de conocimiento al respecto y las personas que padecían los síntomas, los cuales tenían comportamientos atípicos, se consideraban como insanos. Sin embargo, el pasar de los años permitió la comprensión y la profundización sobre los trastornos mentales, existiendo en la actualidad una gama de definiciones, tipos, clasificaciones y tratamientos. Si bien esto ha permitido que el sector salud se involucre en el tema y que las familias comprendan la situación del familiar que padece un trastorno, el proceso general de rehabilitación se ve cuesta arriba por el desconocimiento y el imperante estigma.

En este sentido, El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4<sup>ta</sup>. versión revisada (DSM-IV-TR), indican que un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, independientemente de qué sea su causa, es una manifestación de tipo individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Dicha manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar, como por

ejemplo el dolor, a una discapacidad como el deterioro en un área de funcionamiento o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. El DSM. IV-TR es una herramienta de diagnóstico que ofrece una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 ejes, los cuales son:

- Ψ Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales y/o sintomatología presente.
- Ψ Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno).
- Ψ Eje III: Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.
- Ψ Eje IV: Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente como desempleo, problemas conyugales, duelo, entre otros.
- Ψ Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente en el área psicológica, social y ocupacional, por medio de la Escala de Funcionamiento Global (EEAG).

Para efectos de este estudio, naturalmente se le dará importancia a lo indicado en el Eje I, en el cual se determina el diagnóstico sobre el trastorno psiquiátrico que realiza el médico tratante. De esta manera, se controla la selección de los participantes de esta investigación sobre la base de esquizofrenia tipo paranoide.

Es importante destacar que, en repetidas ocasiones, al escuchar la frase “trastornos mentales” las personas tienden a manifestar prejuicios ante quienes los padecen, sucediendo esto ante el desconocimiento de ¿qué son?, ¿por qué ocurren?, ¿cómo vive? una persona que posee algún trastorno, entre otras interrogantes que forman parte del desconocimiento general. Por ello, las personas que padecen algún trastorno mental, están entre las que mayor estigma y discriminación han sufrido por parte de la sociedad, registrándose como consecuencia una desmejora en su calidad de vida y menos presencia de éstos individuos en las organizaciones.

Resulta relevante la mención del estigma en este estudio, ya que este es uno de los mayores obstáculos que invade a los pacientes en los procesos de rehabilitación. Goffman (1963), construye una noción de estigma desde la visión del estigmatizador y del

estigmatizado. En el caso del estigmatizador, el autor indica que éste percibe un atributo o un rasgo en un individuo, en este caso en el que padece del trastorno mental, que “se impone por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos” (p. 15).

Este atributo o rasgo difiere de lo considerado como “normal” o ideal, por lo cual es motivo de descredito y de rechazo. En el caso del estigmatizado, el prejuicio puede aceptarlo o no; la aceptación por parte del paciente de este estigma le limita en un nivel importante en el proceso de rehabilitación, aceptando el prejuicio y originándose en él una percepción de su atributo “como una posesión impura de la que fácilmente puede imaginarse exento” (p. 18).

Adicionalmente, Ateaga (1998) define estigma social como un “atributo estereotipado, que caracteriza a individuos como ‘diferentes’ y, por tanto, como peligrosos potenciales para la unidad del grupo social, que juzga éstas ‘diferencias’ como inferiores o perniciosas” (p. 185). En el caso de la enfermedad mental, área de estudio de la presente investigación, la enfermedad padecida resulta el atributo o rasgo diferencial por el cual es estereotipado, que a su vez representa un obstáculo en la unión social de determinados grupos y en consecuencia el individuo que cumpla con esta característica será rechazado. Es por ello que los programas de intervención orientados a alcanzar niveles óptimos de bienestar social son cruciales en su rehabilitación.

### **2.3.1 Esquizofrenia**

Dentro del espectro de la psicosis, la esquizofrenia es uno de ellos, la cual a lo largo de los años ha sido cada vez más estudiada, aunado a esto se ha puesto en evidencia una mayor incidencia de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

Se considera importante, hacer una breve mención de lo qué significa psicosis, ya que esta es un término para designar y englobar a una categoría de trastornos que poseen determinadas características. Jarne (2011), entre algunas particularidades que son de importancia mencionar cuando se habla de psicosis, se encuentra en primer lugar el paciente pierde el sentido de la realidad, habiendo una confusión entre la realidad interna, tales como sus pensamientos, emociones, imaginaciones etc, y la realidad objetiva; como segundo elemento a considerar se encuentra la ausencia de conciencia de la enfermedad, en este sentido el sujeto no es capaz de considerar la falsedad de los contenidos de los síntomas que padece,

tales como las alucinaciones auditivas, visuales, las ideas delirantes, etc; como tercer y último elemento se encuentra la presencia de alteraciones en todas las funciones mentales, viéndose afectadas muchas áreas como el comportamiento, el autocuidado, entre otras.

Farré (2009), define la esquizofrenia como una enfermedad o grupo de enfermedades, las cuales se caracterizan por la aparición brusca de una alteración predominantemente del pensamiento, el lenguaje, el afecto, la sensopercepción y las habilidades sociales; todos estas alteraciones conforman el síndrome psicótico.

De acuerdo con DSM IV-RT la esquizofrenia posee características esenciales las cuales han estado presentes durante un período significativo de 1 mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses, de acuerdo con los criterios A y C. Los síntomas característicos de la esquizofrenia se clasifican en positivos y negativos, implicando disfunciones cognoscitivas y emocionales, los primeros están asociados a un aparente exceso o distorsión de las funciones normales tales como el pensamiento inferencial, el cual conlleva a las ideas delirantes, la percepción de la realidad asociado con las alucinaciones, el lenguaje y la comunicación y la organización comportamental, el cual puede llevar al comportamiento gravemente desorganizado o catatónico; mientras que los segundos, es decir los síntomas negativos se relacionan con una disminución o pérdida de las funciones normales tales como la expresión emocional, denominado aplanamiento afectivo, restricciones en la fluidez y productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), además conlleva limitaciones en el inicio del comportamiento en dirección a un objetivo (abulia). Aunado a esto, se genera una disfunción para el establecimiento de relaciones interpersonales, la adaptación, pérdida y estabilidad laboral asociados estos al criterio B.

Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV-TR.

Se tienen seis (6) criterios a tomar en consideración para el diagnóstico de esta psicosis, los cuales se especifican a continuación:

- **A:** Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
  - (1) ideas delirantes
  - (2) alucinaciones

- (3) lenguaje desorganizado
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos.

- **B.** Disfunción social/laboral
- **C:** Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.
- **D.** Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo
- **E.** Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica
- **F.** Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.

El trastorno de esquizofrenia, existen una cantidad de subtipos, a los cuales se centrará la atención en la esquizofrenia tipo paranoide, debido a la conformación de la muestra del presente estudio.

### **2.3.2 Esquizofrenia tipo paranoide**

La esquizofrenia tipo paranoide, tal y como la denomina el DSM -IV-TR , es un tipo de esquizofrenia muy frecuente y de buen pronóstico, ya que es la que menos deterioro cognitivo le causa al individuo, la característica principal de este subtipo de esquizofrenia, se fundamenta en la presencia de claras ideas delirantes de persecución de grandeza o ambas, u otras como místico religiosas, aunado a la presencia de las alucinaciones auditivas. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir.

Entre los criterios a tomar en cuenta para el diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide se encuentran los siguientes:

- **A:** preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- **B:** No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Olievenstein (1993) cp. Mingote, J., del Pino, P., Huidobro, A. y cols (2007) mencionan que los pacientes con esquizofrenia tipo paranoide presentan un patrón de conducta caracterizado por:

- Perfil activo caracterizado por el continuo empeño de verificar y cosechar agravios y malos tratos que le permitan justificar su rol de víctima.
- Insaciable búsqueda de contacto con el otro (en rol de perseguido), como intento de control de la angustia de destrucción personal.
- Estilo cognitivo caracterizado por la suspicacia.

Mingote y cols (2007), han descrito el paulatino desarrollo paranoico a través de una serie de etapas:

- En principio es importante destacar que no se nace paranoico, la paranoia se construye en un largo proceso de incubación, por medio de las adversidades de la vida.
- Larga secuencia de fracasos, desdichas y traumatismos acumulados, median en un proceso de hipersensibilidad afectiva interpersonal.
- Intensas angustias de daño vital promueven una desorganización estructural con mayor despersonalización y depresión, que se gestionan con mecanismos tales como disociación, proyección o negación, como intentos ineficaces de manejar insoportables angustias de destrucción personal.

## **2.4 COMPETENCIAS LABORALES Y ANSIEDAD**

Como elemento fundamental del presente estudio, las competencias laborales y la ansiedad, son dos variables de estudio a lo que es pertinente mencionar aspectos de relevancia para el curso de la investigación.

### **2.4.1 Competencias Laborales**

Las competencias laborales son comportamientos en los cuales algunas personas disponen de dichas capacidades mejor que otras, en las que incluso son capaces de

transformarlas y hacerlas más eficaces. Dichos comportamientos pueden ser observables en la vida cotidiana de cada individuo dentro de su ámbito laboral (Levy-Leboyer cp. Alles 2005).

De acuerdo con Gil (2007) el concepto de competencia se origina en trabajos de la psicología industrial y organizacional norteamericana de finales de 1960 y principios de 1970. Desde ese momento, el interés en las organizaciones se ha ido orientando hacia los puestos de trabajo como elementos fundamentales, a las personas y a las competencias que las integran. El autor continúa añadiendo que la competencia se ha definido como “una característica subyacente en una persona, que está causalmente relacionada con una actuación exitosa en un puesto de trabajo” (Boyatzis, 1982 cp. Gil, 2007). En este sentido, destaca entonces la existencia de competencias fortalecidas en las personas, y aún más en los pacientes psiquiátricos, para garantizar la inclusión y el éxito continuado en un puesto de trabajo. El autor completa que Le Boterf (2001) la define como una “construcción a partir de una combinación de recursos (conocimiento, saber hacer, cualidades o aptitudes), y recursos del ambiente (relaciones, documentos, informaciones y otros) que son movilizados para lograr un desempeño”. Bunk 1994 cp. Gil, 2007, quien afirma que:

Posee competencia profesional quien dispone de los conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para ejercer una profesión, puede resolver problemas profesionales de forma autónoma y flexible y está capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo.

Gil (2007) define, integrando lo indicado por Hooghiemstra, (1992), que las competencias:

Consistirían en motivos, rasgos de carácter, concepto de uno mismo, actitudes o valores, conocimientos, capacidades cognoscitivas o de conducta que pueden ser asociadas al desempeño excelente en un puesto de trabajo. Estas competencias quedarían relacionadas causalmente con el desempeño en el puesto de trabajo, de tal manera que los motivos, los rasgos de carácter, el concepto de uno mismo y los conocimientos permiten predecir unas conductas concretas que a su vez predicen el desempeño.

Lladó, Sánchez y Navarro (2013), mencionan que las competencias laborales, son el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que aplicadas o demostradas en situaciones del ámbito laboral, la cuales se traducen en resultados efectivos que contribuyen al logro de objetivos de la organización, esta definición se conjuga con lo planteado por Martínez (2008), quien menciona que las competencias laborales son un conjunto identificable y evaluable de capacidades, las cuales permiten tener un desempeño satisfactorio en un ambiente laboral.

Por tal motivo, hoy día dentro de lo que compete al ámbito organizacional, se está llevando a cabo el modelo de competencias laborales, en el cual se han visto resultados favorables en cuanto al desempeño de los empleados una vez ingresados a la institución, ya que este conjunto de comportamientos, que se ponen en evidencia cuando se inserta al trabajador en la organización, están directamente relacionados con la excelencia laboral. A pesar del auge que ha tenido el modelo de competencias, aun no ha tenido cabida dentro de muchas organizaciones, debido a razones de incongruencia o desacuerdos entre los profesionales y las políticas internas de la institución (Blanco, 2007).

Para poder implantar un modelo de competencias laborales dentro de una organización, Alles (2005) plantea que en primer lugar es importante tener la definición clara y específica de la visión y la misión, para Serna (1997) la primera es todo el conjunto de ideas generales, que proveen el marco de referencia de lo que una empresa es y quiere ser en el futuro, por otro lado el segundo término, es decir la misión, se refiere al propósito de la organización la cual la hace distinguirse de otras organizaciones, es decir en la definición que cada empresa tenga de su misión, se debe dar respuestas a las interrogante como: ¿cuáles son su valores?, ¿quiénes son sus clientes?, ¿cuál es su prioridad?, ¿cuáles son su objetivos organizacionales?, entre otras interrogantes que cualquier persona pueda plantearse al momento de conocer a la organización.

Como segundo elemento a considerar para la implantación de un sistema de gestión por competencias, se debe tener la definición de las competencias requeridas para cada cargo, es decir, determinar cuáles son las competencias inherentes, las cuales deben estar establecidas dentro de la descripción del cargo. Tercero poner a prueba las competencias a un grupo de trabajadores de la organización, cuarto elemento someter a juicio esas competencias asignadas

al cargo, por parte de expertos y como quinto y último elemento, establecer el diseño de Recursos Humanos por competencias (Alles, 2005).

Para efectos, de esta investigación se tomará en cuenta la definición propuesta por Spencer y Spencer (Alles, 2005), quienes indican que: “*competencia es una característica subyacente en un individuo que está causalmente relacionada a un estándar de efectividad y/o a una performance superior en un trabajo o situación*”. Así, Alles describe a partir de esta definición:

Característica subyacente significa que la competencia es una parte profunda de la personalidad y puede predecir el comportamiento en una amplia variedad de situaciones y desafíos laborales. Causalmente relacionada significa que la competencia origina o anticipa el comportamiento y el desempeño. Estándar de efectividad significa que la competencia realmente predice quién hace algo bien o pobremente, medido sobre un criterio general o estándar... Las competencias son, en definitiva, características fundamentales del hombre e indican formas de comportamiento o de pensar, que generalizan diferentes situaciones y duran por un largo período de tiempo.

Las competencias laborales están establecidas de acuerdo a tres dimensiones según Lladó, cols. (2013), la cuales se mencionan:

- Competencias Genéricas: las cuales se caracterizan por no estar asociadas a una labor en particular, ni a ningún sector económico o cargo, pero capacitan a las personas para ingresar al trabajo, mantenerse en él y aprender. Entre las que se pueden mencionar están, la orientación al servicio, el trabajo en equipo, la toma de decisiones y resolución de problema.

Son genéricas por lo tanto porque no están ligadas a una ocupación en particular, se consideran a su vez que son de característica transversal ya que pueden ser aplicadas a todo tipo de empleo y son generativas al poder permitir el desarrollo continuo de nuevas capacidades y son medibles porque su adquisición y desempeño es evaluable.

- Competencias Específicas: se encuentran relacionadas con todas las actividades laborales necesarias para lograr resultados específicos de trabajo, en relación con el propósito clave de un área objeto de análisis. Este tipo de competencias

- Competencias Básicas: son consideradas las competencias elementales y necesarias para desempeñarse en la sociedad y en el ámbito laboral.

En el Diccionario de Competencias Laborales elaborado por la mencionada Alles (2008), cada competencia se clasifica en cuatro (04) niveles, los cuales indican en qué medida se presenta la competencia en el evaluado. Estos niveles derivan de lo siguiente:

- A.** Alto o desempeño superior.
- B.** Bueno, por sobre el estándar.
- C.** Mínimo necesario para el puesto pero dentro del perfil requerido (un nivel “mínimamente aceptable de trabajo”. Es el punto que debe alcanzar un empleado; de lo contrario, no se lo consideraría competente para el puesto).
- D.** Insatisfactorio.

Las competencias de este Diccionario tomadas para la presente investigación, y sus niveles, son las siguientes (Alles, 2005):

- **Modalidades de contacto:** Es la capacidad de demostrar una sólida habilidad de comunicación y asegurar una comunicación clara. Alienta a otros a compartir información. Habla por todos y valora las contribuciones de los demás. En un concepto más amplio, comunicarse implica saber escuchar y hacer posible que los demás accedan fácilmente a la información que se posea.
  - A: Hace preguntas perspicaces que van al centro del problema, comprende y comunica temas complejos. Se comunica con claridad y precisión. Es abierto y honesto y aporta en las discusiones. Demuestra interés por las personas, los acontecimientos y las ideas.
  - B: Demuestra seguridad para expresar sus opiniones con claridad y precisión. Alienta el intercambio de información e ideas y es abierto y sensible a los consejos y puntos de vista de las demás personas.

- C: Escucha y se interesa por los puntos de vista de los demás y hace preguntas constructivas.
  - D: Sus mensajes no siempre son transmitidos o comprendidos con claridad. No tiene interés por conocer el punto de vista o las inquietudes de otras personas.
- **Trabajo en equipo:** Es la capacidad de participar activamente en la prosecución de una meta común subordinando los intereses personales a los objetivos del equipo.
  - A: La empresa es un solo equipo. Coopera incluso en forma anónima para el logro de los objetivos organizacionales, considerando como más relevante el objetivo de todo que las circunstancias del propio equipo de trabajo.
  - B: Promueve el trabajo en equipo con otras áreas de la organización. Crea un buen clima de trabajo, comprende la dinámica del funcionamiento grupal e interviene destrabando situaciones de conflicto interpersonal centrándose en el logro de los fines compartidos. Trata las necesidades de otras áreas con la misma celeridad y dedicación con que trata las de su área.
  - C: Se compromete en la búsqueda de logros compartidos. Privilegia el interés del grupo por encima del interés personal.
  - D: Prioriza los objetivos personales por encima de los del equipo y tiene dificultades para involucrarse en la tarea grupal. Participa sólo cuando le interesa o preocupa el tema en cuestión.
- **Autocontrol:** Es la capacidad para controlar las emociones personales y evitar las reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se trabaja en condiciones de estrés. Asimismo, implica la resistencia a condiciones constantes de estrés.

- A: Maneja efectivamente sus emociones. Evita las manifestaciones de las emociones fuertes o el estrés sostenido; sigue funcionando bien o responde constructivamente a pesar del estrés. Puede utilizar técnicas o planificar actividades para controlar el estrés y las emociones.

- B: Actúa con calma. Siente emociones fuertes tales como el enfado y frustración extrema, pero continúa hablando, actuando o trabajando con calma. Ignora las acciones que le producen desagrado y continúa su actividad o conversación. Puede abandonar temporalmente la reunión para controlar sus emociones y luego regresar.

- C: Controla sus emociones. Siente el impulso de hacer algo inapropiado pero resiste la tentación. No cae en la situación de actuar irreflexivamente. O bien siente emociones fuertes y consigue controlarlas. Puede abandonar el lugar o apartarse del desencadenante de las emociones para controlarlas.

- D: No se involucra. Siente la presión de la situación y se mantiene al margen de la discusión.

### **2.4.2 Ansiedad**

De acuerdo con Farré (2009), la ansiedad es considerada un estado emocional displacentero de miedo o aprensión, la cual puede estar suscitada por la presencia de una amenaza. La ansiedad viene acompañada de una serie de síntomas somáticos tales como el temblor, inquietud, hiperventilación, sudoración, entre otros, al mismo tiempo pueden presentarse síntomas cognitivos como la aprensión e inquietud psíquica, hipervigilancia, insomnio, entre otros. Agregan Baeza, Balager, Belchi, Coronas y Guillamón (2008), como definición de ansiedad a un “sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o que perder” (p. 1).

Por otro lado Rojas (1992), describe la ansiedad como un temor que experimenta un individuo y este es presentado de manera muy difusa de contornos mal definidos, ya que el sujeto que padece de los síntomas le resulta difícil relatar de manera muy precisa lo que

realmente siente, lo que se puede exponer a la ansiedad como un temor sin objeto. Este mismo autor señala que la ansiedad es una emoción provocada por una activación neurofisiológica en la cual se genera la activación de cinco (5) respuestas, las cuales están estrechamente relacionadas con lo descrito por el autor:

La primera en el plano psicológico, en la cual se presentan síntomas como la inquietud, agobio interior, inseguridad interior, disminución de la atención, aflicción entre otros síntomas

En el segundo plano las respuestas físicas en el cual se pueden observar de manera muy llamativa taquicardia, temblores, sudoración, hiperventilación, náuseas, mareos, caminatas sin rumbos, etc.

La tercera respuesta está asociada a lo conductual, en el cual se desarrolla en el individuo un comportamiento de alerta, de asecho, al mismo tiempo se pueden presentar un bloqueo cognitivo al tratar de desarrollar tareas que no requieren de mayor esfuerzo; en lo que respecta trastornos del lenguaje no verbal se pueden presenciar estupor, expresiones de un rostro displacentero, entre otros, al mismo tiempo se pueden presenciar cambios en el tono de voz y posturas cambiantes.

Entre la cuarta respuesta se encuentran los síntomas intelectuales en el cual se encuentra involucrada la memoria, la percepción, juicios, raciocinios, entre otros, en el cual se pueden presenciar en el individuo las expectativas negativas generalizadas, pensamientos preocupantes los cuales están cargados de temor, dificultades para la concentración, entre otros.

Finalmente la última una respuesta que afecta las habilidades sociales, hace hincapié en la asertividad, es decir el individuo puede estar ante la presencia de no saber qué hacer ni qué decir ni mucho menos cómo iniciar una conversación, al mismo tiempo puede presentar dificultades para llevar a cabo una conversación de temas muy generales, bloqueo al hablar ante la presencia un público, entre otras respuestas sociales que impiden el desenvolvimiento de un individuo ante la sociedad.

Aunado a esto, la ansiedad será tomada en la clasificación de Spielberger (1972) cp. Polaino, Cabanyes y Armentia (2003) como ansiedad estado, desde la cual se supone que se

manifiesta la conducta de la persona ante una situación específica, como consecuencia de la ansiedad experimentada. Al mismo tiempo Farré (2009), distingue la ansiedad estado debido a la consecuencia de una situación actual que tiene un tiempo de permanencia temporal, mientras que por su parte la ansiedad rasgo se debe a una condición propia de la personalidad del sujeto. Se resalta el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) ó, en inglés, State Trait Anxiety Inventory (STAI) creada por el mismo autor que propone la clasificación teórica de ansiedad estado y ansiedad rasgo, el cual pretende medir la ansiedad como rasgo (como la persona se siente generalmente) y como estado, especificado anteriormente, en dos partes proporcionales. Para efectos de ésta investigación, se utilizará la parte de medición de ansiedad estado del IDARE ó STAI.

Es importante resaltar que en la medida en que todas estas condiciones vayan presentándose en la sociedad actual, deben proponerse técnicas, procedimientos y programas que tengan como finalidad disminuir o reducir la ansiedad que se produce especialmente en los pacientes psiquiátricos.

Por otro lado y enfocando la atención en estudios referentes a la ansiedad en pacientes psiquiátricos, se encuentra la llevada a cabo por Kaneda, Nagamine y Fuji (2003), titulada “*Ansiedad-estado en la esquizofrenia*” la cual consistió en la evaluación de la ansiedad estado, mediante la aplicación del instrumento autoinformado IDARE, con la modalidad de preprueba y postprueba, en 101 pacientes diagnosticados con esquizofrenia estableciendo así el grupo experimental y 54 personas sanas conformando el grupo control.

Entre los resultados que se obtuvieron de esta investigación, los autores resaltan que en la mayoría de los pacientes correspondientes al sexo masculino, la ansiedad fue significativamente mayor entre los pacientes con esquizofrenia que entre los sujetos del sexo masculino correspondientes al grupo control. Como conclusión de los datos obtenidos, mencionan que la ansiedad es más una manifestación que una causa de esquizofrenia. Por otro lado las diferencias entre los hombres y las mujeres con esquizofrenia se observaron en cuanto a las relaciones entre ansiedad y esquizofrenia, indicando que la media total de la puntuación de la ansiedad-rasgo fue significativamente mayor entre los pacientes esquizofrénicos que

entre los sujetos normales, aunque solamente se hallaron estas diferencias en el caso de los hombres.

## **2.5 EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS LABORALES Y ENTREVISTA POR INCIDENTES CRÍTICOS**

Como variables fundamentales de este estudio, se considera pertinente mencionar aspectos relevantes de los métodos de evaluación hoy día por las organizaciones, a fin de la evaluación de candidatos aptos para desempeñar un puesto de trabajo.

### **2.5.1 Evaluación por competencias**

Gil (2007), destaca la evaluación por competencias, la cual puede entenderse como un proceso a través del cual se recoge información valiosa acerca de las competencias presentes en una persona, permitiendo ser comparadas con lo esperado para desempeñar determinado puesto de trabajo. Afirma que la presencia de este tipo de evaluación a lo largo de la actividad laboral de una persona responde a las finalidades que se atribuyen a la misma, y en este sentido, cita a Grados, Beutelspacher y Castro (2006), quienes hacen una distinción sobre las finalidades y objetivos básicos en la evaluación de competencias: psicosocial y administrativo. A efectos de esta investigación, se tomó como marco la finalidad psicosocial de esta tipología de evaluación, la cual contribuye al desarrollo individual y a la adaptación de las personas al ambiente laboral. Asimismo, se determinó conocer el rendimiento de un trabajador en todas sus aristas. Desde el punto de vista administrativo, la evaluación está orientada hacia la selección de personal, hacia la ejecución de acciones formativas, entre otros.

Con lo mencionado anteriormente, hoy en día, debido a los cambios tecnológicos y las diversas adaptaciones del entorno, las empresas tienen que hacer frente a la rápida evolución de su entorno competitivo, adaptarse a las nuevas demandas del mercado laboral, refiriéndose no sólo en términos de conocimientos y tecnologías, sino además en términos de las competencias de sus empleados que les permitan desempeñarse de manera adecuada en su

puesto de trabajo y por lo tanto cumplir con los objetivos tanto en el departamento al cual está adscrito y a la visión y misión de la organización (Sandoval, Miguel y Montaña, s.f).

### **2.5.2 Entrevista por incidentes críticos**

De acuerdo con Alles (2005), hoy en día entre los diferentes procesos de selección existentes que llevan a cabo las organizaciones para reclutar personal, existe un método en auge y que al mismo tiempo, el incremento de su éxito está extendiendo su aplicación. La denominada Entrevista por Incidentes Críticos, tiene como fin identificar la diversas habilidades, conocimientos y características que posee el candidato, identificando cuáles son las competencias que mejor definen su perfil y determinar si se adecua al puesto que se está buscando dentro de la organización para desempeñar el cargo afín.

La entrevista es realizada por un miembro de la organización, especialista en procesos de reclutamiento y selección. En un primer momento, es necesario, como en toda entrevista, generar un ambiente agradable y cómodo para el entrevistado, dar a conocer los objetivos de la entrevista, informar cual será el proceso que se va a llevar a cabo y finalmente solicitar el permiso para tomar notas o grabar al mismo tiempo que se garantice la confidencialidad (Montes y González, 2006).

Procedimentalmente, en la entrevista por incidentes críticos el entrevistador le genera al candidato una serie de preguntas abiertas (que siguen un guión) sobre su formación académica, experiencia laboral y además de ello indaga sobre lo que él hizo, pensó y sintió en una determinada situación vivida anteriormente en un ambiente laboral o cotidiana, planteando situaciones hipotéticas de conflictos con el fin de determinar su reacción y su capacidad de respuesta. Como el objetivo de la entrevista es determinar las competencias del candidato en función de un perfil buscado, es necesario basarse en situaciones muy concretas que estén estrechamente relacionadas con las competencias que se estén evaluando, permitiendo ahorrar tiempo y ser mucho más precisos con lo que se busca (Montes y González, 2006).

## **2.6 REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y MODELO DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES**

Como elementos a considerar en el desarrollo de esta investigación, se tomaron en cuenta dos procesos de trabajo importantes, la primera de ellas la rehabilitación psicosocial como técnica hoy día utilizada para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental y como segundo lugar el modelo de entrenamiento en habilidades usado para llevar a cabo el diagnóstico y el curso del entrenamiento de habilidades de los pacientes.

### **2.6.1 Rehabilitación Psicosocial**

Baca, Bobes y Camacho (1998), definen la rehabilitación psicosocial como un conjunto de métodos que tienen como objetivo conseguir el máximo funcionamiento social de los individuos y así minimizar las incapacidades resultantes de la enfermedad mental, por lo tanto, la esencia de la rehabilitación psiquiátrica en la esquizofrenia es la readaptación o el desarrollo de nuevas habilidades para compensar las ya incapacidades.

Florit (2006), plantea que la práctica de la rehabilitación psicosocial permite ayudar a la personas con enfermedades psiquiátricas a reintegrarse a la comunidad y por lo tanto mejorar su funcionamiento psicosocial, de forma tal que pueda mantenerse en su entorno natural y social en condiciones de vida lo más óptimos e independientes posibles, en la búsqueda de tener un estilo de vida similar al resto de los miembros de la comunidad. En definitiva cuando se decide implementar un plan de rehabilitación psicosocial, debe tener como fin último mejorar la calidad de vida del sujeto en su medio natural.

Las intervenciones psicosociales pretenden reducir el impacto que tienen en la vida del sujeto, tanto los síntomas negativos de la esquizofrenia como los positivos, al mismo tiempo permite aumentar el conocimiento sobre el trastorno que padece, favorecer la adhesión al tratamiento, mejorar las habilidades sociales y proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares (Florit, 2006).

La rehabilitación psicosocial debe estar orientada a potenciar las fortalezas de los sujetos, apoyándose en un eje principal tal como lo son las habilidades conservadas que de modo natural ofrece su medio en el cual se desenvuelve. Un modelo muy adecuado para la rehabilitación es el modelo de Competencia, el cual promulga la existencia de recursos en todas las personas, la necesidad del profesional de activar dicho recursos y potenciar los existentes en la comunidad (Florit, 2006).

Florit (2006), establece que un plan de rehabilitación psicosocial, tiene como objetivos fundamentales los siguientes:

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación de un conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el desempeño en la comunidad a la cual el sujeto está inserto.
- Potenciar la integración social dentro de la comunidad.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalización e institucionalización.
- Asesorar y apoyar a las familias de las personas con enfermedad mentales crónica, de modo que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas.

La rehabilitación está conformada por varias fases, las cuales se tomaron en cuenta para el desarrollo de este estudio y que Florit (2006), define a continuación:

Ψ *Fase de Acogida:* esta primera fase corresponde al momento en el que el paciente acepta insertarse a una rehabilitación, en este momento se generan en él, una serie de incertidumbres, angustias y preguntas. El objetivo de esta fase consiste en darle al sujeto y a su familia, toda la información posible a fin de que entiendan qué se pretende llevar a cabo.

Ψ *Fase de evaluación:* para esa segunda fase, en la cual se ha obtenido el compromiso por parte del sujeto y en la que existe un cierto grado de expectativa de forma positiva sobre lo que se busca hacer, la evaluación se lleva a cabo mediante la realización de un

entrevista semiestructurada y la observación, complementando la obtención de información mediante el uso de tests, pruebas, etc. Entre las dimensiones a ser evaluadas en la entrevista está explorar las expectativas tanto del paciente como de sus familiares con respecto al programa de rehabilitación, exploración de datos biográficos y clínicos, aspectos relacionados con la enfermedad, manejo de los estados emocionales, funcionamiento cognitivo, actividades de la vida diaria y de autocuidado, actividades de ocio y tiempo libre, así como también se evalúa el área social.

Ψ *Fase de establecimiento del plan individualizado de Rehabilitación*, para esta fase lo que se pretende es tener identificados los déficit que habrá que disminuir o aquellas fortalezas en las cuales se puede basar la intervención futura, de modo que se busca fijar cómo y con qué herramientas se debe hacer la intervención.

Ψ *Fase de intervención*: para este momento de la rehabilitación, el paciente debe ser acompañado por un profesional, a fin de mantenerlo informado e interesado en su proceso terapéutico, buscando como fin último mejorar su calidad de vida. Los programas de intervención que se vayan a implementar deben tener una modalidad cognitivo conductual, es decir una modalidad teórica y práctica, ya que al poner en práctica los conocimientos se fomenta un reforzamiento o desarrollo de habilidades, destrezas, etc.

Cabe destacar que para esta fase de intervención, se cuenta con una amplia variedad las cuales pueden ir orientadas a diferentes dimensiones, entre la que se puede mencionar y la cual es el pilar fundamental del presente estudio, está el entrenamiento en habilidades sociales. Las personas que padecen de esquizofrenia suelen tener como principales síntomas el aislamiento social así como una escasa asertividad. Benton y Schroeder (1990) cp. Florit (2006), llevaron a cabo una serie de estudios en el que demostraron que este modelo de intervención, evidenció mejorías efectivas en el comportamiento de los pacientes, así como una disminución de la ansiedad social percibida

Ψ *Fase de seguimiento*: esta última fase, consiste en la finalización de la intervención dando el paso hacia el desenganche entre el profesional y el paciente, el cual debe hacerse de forma muy cuidadosa y progresiva a fin de evitar que el paciente se sienta desatendido de forma brusca.

Con todo lo mencionado anteriormente, lo cual son punto importantes para el curso de esta investigación, existen diversidad de estudios realizados con muestras conformadas por pacientes psiquiátricos, en particular con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide, así como también investigaciones en torno a las competencias laborales, en este sentido se mencionan a continuación diversos estudios relacionados con el tema a investigar, tal es el caso como el realizado por Lastra, Arbildua, Polo, Ruiz y Verdugo (2009), la cual titularon “*Reducción de la hospitalización psiquiátrica en personas participantes en programas de inserción laboral*”. Con una muestra de 275 personas diagnosticadas con trastornos psiquiátricos, buscaron medir el efecto de un programa de inserción socio-laboral, llamado INICIA, en la reducción de las hospitalizaciones de los pacientes psiquiátricos. Éstos resumen sus resultados de la siguiente manera:

“La rehabilitación psicosocial ha demostrado su eficacia a través de la acción de los programas que están enfocados a promover la reducción de ingresos psiquiátricos. La rehabilitación laboral podría promover un efecto similar”. En nuestro estudio, el programa INICIA, aunque no esté diseñado específicamente para este fin, parece contribuir a la reducción de días de estancia hospitalaria, sin que podamos concretar si este efecto se produce a través de un efecto específico del programa o a través de la modificación de otras variables intermedias señaladas (Lastra, Arbildua, Polo, Ruiz y Verdugo, 2009).

Señalan entonces los autores la reducción de las hospitalizaciones en los pacientes, sin evidencia específica de que sea directamente por el programa INICIA, y mencionan que es posible que el efecto sea indirecto a través de otras variables que se encuentran en constante modificación durante el programa. Finalmente, hacen hincapié en la validez del programa INICIA, así como el impulso necesario para que programas de entrenamiento como este, tengan continuidad y expansión en las comunidades psiquiátricas, y cierran recomendando

que resulta necesario investigar si los efectos del programa de inserción laboral son específicos o dependientes de otras variables (intermedias).

### **2.6.2 Modelo de entrenamiento en habilidades**

De acuerdo a lo indicado por Otero (1995) en su Tesis Doctoral “*Escala de Desempeño Psicosocial: Un Instrumento para evaluar Programas de Rehabilitación en enfermos mentales crónicos*”, el principal objetivo de este modelo es “dotar al sujeto de una serie de habilidades que le permitan manejarse en su entorno con la mínima ayuda profesional posible” (p. 58).

En este sentido, la autora describe que en el proceso de rehabilitación psicosocial de los pacientes psiquiátricos, se mantienen dos pasos fundamentales. Éstos se definen de la siguiente manera:

Ψ Diagnóstico Médico - Psiquiátrico y Evaluación Funcional: Esta evaluación permite hacer una priorización de los problemas, una formulación de objetivos específicos y un diseño de planes de tratamiento y rehabilitación.

Ψ Adiestramiento en Habilidades: Este paso puede empezar después de la estabilización de un episodio agudo en la enfermedad o de una exacerbación de la sintomatología del paciente. Las habilidades refieren a ámbitos como: el autocuidado, las relaciones familiares, las relaciones sociales, la ocupación y el empleo, entre otras. Se hace énfasis en la metodología conductual para el adiestramiento de estas habilidades.

El entrenamiento en competencias laborales forma parte del proceso de rehabilitación psicosocial del paciente psiquiátrico, aún más las competencias orientadas a las interacciones sociales y al propio manejo de sí mismo en el entorno, aspectos debilitados significativamente en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide. Asimismo, la autora añade que el fin último de la rehabilitación psicosocial es asegurar que el paciente con trastorno mental crónico diagnosticado pueda desarrollar e implementar habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales, que naturalmente resultan necesarias para vivir, aprender

y trabajar en la convivencia en su comunidad, todo esto con la menor cantidad de apoyo profesional en salud mental. Las técnicas más idóneas por medio de las cuales se alcanza el fin último implican la enseñanza de las habilidades específicas necesarias para ejercer un rol funcional de forma eficaz (programas de entrenamiento), así como desarrollar los recursos ambientales y comunitarios que resulten necesarios para apoyar o reforzar su funcionamiento actual. Se añade el acompañamiento terapéutico y psicofarmacológico para garantizar la rehabilitación (Anthony, 1977 cp. Otero, 1995).

En consonancia con los pasos mencionados anteriormente, la autora define tres (3) fases cruciales en el proceso de rehabilitación psicosocial:

- Ψ Fase de Diagnóstico: Esta fase consiste en recolectar información conductual y descriptiva de las habilidades actuales del paciente, así como el nivel de habilidades que demanda su comunidad. Esto permite identificar y potenciar las habilidades del mismo, y desarrollar un ambiente de apoyo.
- Ψ Fase de Planificación: Posterior al diagnóstico, resulta necesario establecer prioridades de acuerdo a ciertos criterios, como: la urgencia, la motivación y la probabilidad de éxito. La planificación define de qué manera aprenderá el paciente las nuevas habilidades, al igual que la forma en las que utilizará las que mantiene. Se diseña el plan describiendo cómo se pueden hacer las modificaciones pertinentes.
- Ψ Fase de Intervención: Esta última fase implica la enseñanza directa de las habilidades específicas que necesita el paciente para ser funcional en su comunidad. La enseñanza directa incluye el desarrollo de un perfil que contenga los pasos necesarios para desempeñar determinadas habilidades, estos son: definición, propósito, pasos, aplicaciones y evaluación, así como el uso de métodos de enseñanza, tales como: explicación, demostración, prácticas para adquirir y aplicar la habilidad. Todo esto se realiza a través de programas de entrenamiento de habilidades; en este caso, en competencias laborales.

Sobre la base de estas fases, para el presente estudio: la Fase de Diagnóstico, fue determinada por los médicos tratantes, los cuales refirieron a los pacientes al programa de entrenamiento; la Fase de Planificación fue la dispuesta como Programa de Entrenamiento, el cual fue realizado partiendo de las revisiones teóricas, técnicas y científicas relativas a la esquizofrenia tipo paranoide; y, la Fase de Intervención, que comprende la ejecución de dicho programa en los pacientes psiquiátricos que componen la muestra en la investigación.

Finalmente, resulta de gran relevancia mencionar que los trastornos mentales con cronicidad severa (entre ellos la esquizofrenia) son característicamente los que más necesitan entrenamiento en habilidades. Así, mientras que los psicofármacos adecuados reducen significativamente los síntomas de la mayoría de estos pacientes, en algunos casos se observan refractarios a la medicación, y otros experimentan déficits en los ámbitos vocacional y social, incluso con mejoría sintomática. Se introduce una frase de la autora que refleja la realidad mencionada: “Ni los fármacos enseñan a vivir ni enseñan habilidades de afrontamiento excepto indirectamente por medio de remover o reducir los síntomas”.

La mayoría de los pacientes esquizofrénicos necesitan aprender o reaprender habilidades sociales personales para sobrevivir en la comunidad (Otero, 1995 p. 64). En este sentido, y desde el punto de vista del paciente psiquiátrico como miembro de una comunidad en la que, naturalmente, puede ocupar un rol funcionalmente activo con respecto al trabajo, las competencias laborales (inherentes al concepto de habilidades sociales y laborales) como aspecto fundamental en la integración efectiva sociolaboralmente, y su fortalecimiento, deberán ser puntos focales en la creación de programas de rehabilitación, o bien, de programas de intervención y entrenamiento como el planteado en la presente investigación.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las personas que son diagnosticadas con enfermedad mental experimentan una desmejora significativa en su calidad de vida, en especial, en el establecimiento de relaciones sociales y en el ejercicio de un rol funcional dentro de su comunidad a través del trabajo. Estas experiencias se generan producto de la dificultad que esta tipología de pacientes presenta al encontrarse en un ambiente social determinado, lo cual, entre otras cosas, les genera niveles

significativos de ansiedad. Entonces, se planteó la creación de un programa de entrenamiento, para fortalecer las competencias laborales y reducir los niveles de ansiedad estado, aspecto que despierta el interés y motiva a probar la medición de estas variables.

Adicionalmente, vale destacar la importancia que tiene la implantación de programas de intervención para pacientes psiquiátricos en la sociedad venezolana, siendo estas personas comúnmente marginados, encontrándose usualmente en condición de desempleo. Como se ha mencionado anteriormente, la no implantación de proyectos de esta naturaleza retrasa e impide una rehabilitación de los pacientes, además de excluir una fuerza laboral importante en la construcción de un ideal y mejor país.

Por todo lo mencionado anteriormente, se ha decidido dirigir esta investigación en función de la siguiente pregunta: ¿Qué efecto tendrá la aplicación de un programa de entrenamiento sobre las competencias laborales y la ansiedad estado de pacientes diagnosticados con esquizofrenia tipo paranoide?

## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General**

Medir el efecto que tiene la aplicación de un programa de entrenamiento sobre las competencias laborales y los niveles de ansiedad estado en pacientes diagnosticados con Esquizofrenia tipo Paranoide.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Conocer los niveles de las competencias laborales en pacientes con esquizofrenia tipo paranoide.
- Conocer los niveles de ansiedad estado en pacientes con esquizofrenia tipo paranoide.
- Determinar el efecto que tiene la aplicación de un programa de entrenamiento sobre las competencias laborales en pacientes con esquizofrenia tipo paranoide.

- Determinar el efecto que tiene la aplicación de un programa de entrenamiento sobre los niveles de ansiedad estado en pacientes con esquizofrenia tipo paranoide.

## V. MÉTODO

### 5.1 Análisis de las Variables

#### 5.1.1 Variable Independiente

Programa de entrenamiento en competencias laborales.

**Definición Teórica:** Mondragón (2006), define un programa como un “trabajo de planificación y programación para alcanzar el óptimo grado de estructuración de los componentes de intervención, definiendo la población destinataria, los objetivos, la creación de servicios, los recursos, etc.” (p. 209). En este sentido, el programa de entrenamiento en competencias laborales se entiende como aquel que se forma de acuerdo con información teórica, proyecciones audiovisuales y actividades dinámicas en relación con las competencias: Modalidades de Contacto, Trabajo en Equipo y Autocontrol.

**Definición Operacional:** Este programa consiste en 3 talleres teórico-prácticos para entrenar las competencias laborales de: Modalidades de Contacto, Trabajo en Equipo y Autocontrol. Cada taller se lleva a cabo en dos sesiones de 120 minutos cada una, totalizando 6 sesiones a razón de 3 semanas (2 sesiones por semana); en la primera sesión se imparte una primera porción del contenido teórico y se proyecta el material audiovisual para su discusión, y en la segunda sesión el restante del contenido teórico y la actividad dinámica; esto, para cada una de las competencias laborales a entrenar.

#### 5.1.2 Variable Dependiente <sub>1</sub>

Competencias Laborales

**Definición Teórica:** Alles (2005), indica que: “competencia es una característica subyacente en un individuo que está causalmente relacionada a un estándar de efectividad y/o a un desempeño superior en un trabajo o situación”. Las competencias laborales específicas para este estudio se definen de la siguiente manera por la misma autora:

- **Modalidades de Contacto:** “Es la capacidad de demostrar una sólida habilidad de comunicación y asegurar una comunicación clara. Alienta a otros a compartir información. Habla por todos y valora las contribuciones de los demás. En un concepto más amplio, comunicarse implica saber escuchar y hacer posible que los demás accedan fácilmente a la información que se posea”.

**Definición Operacional:**

**Niveles:**

- **Nivel 1:** Hace preguntas perspicaces que van al centro del problema, comprende y comunica temas complejos. Se comunica con claridad y precisión. Es abierto y honesto y aporta en las discusiones. Demuestra interés por las personas, los acontecimientos y las ideas.
- **Nivel 2:** Demuestra seguridad para expresar sus opiniones con claridad y precisión. Alienta el intercambio de información e ideas y es abierto y sensible a los consejos y puntos de vista de las demás personas.
- **Nivel 3:** Escucha y se interesa por los puntos de vista de los demás y hace preguntas constructivas.
- **Nivel 4:** Sus mensajes no siempre son transmitidos o comprendidos con claridad. No tiene interés por conocer el punto de vista o las inquietudes de otras personas.

- **Trabajo en Equipo:** “Es la capacidad de participar activamente en la prosecución de una meta común subordinando los intereses personales a los objetivos del equipo”.

### **Definición operacional**

- **Nivel 1:** La empresa es un solo equipo. Cooperar incluso en forma anónima para el logro de los objetivos organizacionales, considerando como más relevante el objetivo de todo que las circunstancias del propio equipo de trabajo.
  - **Nivel 2:** Promueve el trabajo en equipo con otras áreas de la organización. Crea un buen clima de trabajo, comprende la dinámica del funcionamiento grupal e interviene destrabando situaciones de conflicto interpersonal centrándose en el logro de los fines compartidos. Trata las necesidades de otras áreas con la misma celeridad y dedicación con que trata las de su área.
  - **Nivel 3:** Se compromete en la búsqueda de logros compartidos. Privilegia el interés del grupo por encima del interés personal.
  - **Nivel 4:** Prioriza los objetivos personales por encima de los del equipo y tiene dificultades para involucrarse en la tarea grupal. Participa sólo cuando le interesa o preocupa el tema en cuestión.
- **Autocontrol:** “Es la capacidad para controlar las emociones personales y evitar las reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se trabaja en condiciones de estrés. Asimismo, implica la resistencia a condiciones constantes de estrés”.

### **Definición Operacional**

- **Nivel 1:** Maneja efectivamente sus emociones. Evita las manifestaciones de las emociones fuertes o el estrés sostenido;

sigue funcionando bien o responde constructivamente a pesar del estrés. Puede utilizar técnicas o planificar actividades para controlar el estrés y las emociones.

- **Nivel 2:** Actúa con calma. Siente emociones fuertes tales como el enfado y frustración extrema, pero continúa hablando, actuando o trabajando con calma. Ignora las acciones que le producen desagrado y continúa su actividad o conversación. Puede abandonar temporalmente la reunión para controlar sus emociones y luego regresar.
- **Nivel 3:** Controla sus emociones. Siente el impulso de hacer algo inapropiado pero resiste la tentación. No cae en la situación de actuar irreflexivamente. O bien siente emociones fuertes y consigue controlarlas. Puede abandonar el lugar o apartarse del desencadenante de las emociones para controlarlas.
- **Nivel 4:** No se involucra. Siente la presión de la situación y se mantiene al margen de la discusión.

La evaluación de las competencias laborales se realiza a través de una Entrevista por Incidentes Críticos al inicio y al final del Programa de Entrenamiento; según las respuestas verbales de los participantes, se puntúa en el nivel que corresponda dentro de la competencia medida, las cuales tienen niveles que oscilan entre 1 y 4 por competencia, a saber que 4 puntos equivalen a un excelente desempeño en la competencia y una puntuación de 16, corresponde a un deficiente desempeño.

**Nivel de Medida:** Ordinal-Intervalo. Hernández, Fernández y Baptista (2010), indican que aunque la escala tipo Likert es una medición ordinal, es usualmente empleada como medición intervalo.

**Recorrido:** Entre 12 y 48, ya que cada una de las competencias laborales posee un puntaje mínimo de 4 puntos y uno máximo de 12 puntos.

Tabla 1.  
Baremo para la variable competencias laborales

4 - 6	Alto
7 - 9	Bueno
10 - 12	Mínimo necesario
13 - 16	Insatisfactorio

### 5.1.3 Variable Dependiente 2:

#### Ansiedad Estado

- **Definición Teórica:** Spielberger y Díaz-Guerrero (1975) la definen como “una condición o estado emocional del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo” (p. 1).
- **Definición Operacional:** Los niveles de ansiedad estado fueron medidos por medio del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), específicamente la porción de ansiedad estado de este instrumento, la cual se constituye por 20 reactivos que miden la presencia (10 reactivos) o ausencia (10 reactivos restantes) de ansiedad, calificando en una escala tipo Likert de 4 puntos, siendo 1 No, 2 Un Poco, 3 Bastante y 4 Mucho.
- **Nivel de Medida:** Ordinal-Intervalo. Hernández y cols. (2010) indican que aunque la escala tipo Likert es una medición ordinal, es usualmente empleada como medición intervalo.
- **Recorrido:** el instrumento posee diez (10) ítems directos los cuales son 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18 puntuando en función de mayores niveles de ansiedad y diez (10) ítems inversos 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20 los cuales puntúan a un menor nivel de ansiedad.

Tabla 2.  
Baremo para la variable ansiedad-estado

20 - 32	Muy Baja Ansiedad-Estado
33 - 45	Baja Ansiedad-Estado
46 - 58	Media Ansiedad-Estado
59 - 71	Alta Ansiedad-Estado
72 - 80	Muy Alta Ansiedad-Estado

#### 5.1.4 Variables Extrañas

##### 5.1.4.1 Variables Controladas

- **Edad:** los pacientes hospitalizados participantes cumplieron con la mayoría de edad, establecida en 18 años. Esta variable fue controlada igualmente mediante la selección de los participantes.
- **Hospitalización:** para formar parte de la investigación, el paciente debía encontrarse hospitalizado en la Casa de Reposo Carelco.
- **Horario:** la aplicación, tanto de los instrumentos de medición como del programa de entrenamiento, se realizó procurando un tiempo prudencial posterior al momento del desayuno y del almuerzo, de forma que los participantes se encontraran en su mejor desempeño, contando con constancia de condiciones en los días de aplicación.
- **Administración del programa:** el programa de entrenamiento se aplicó de la misma forma para todos los participantes. Esta variable fue controlada igualmente mediante la constancia de las condiciones.
- **Ambiente de aplicación:** tanto las técnicas de medición como el programa de entrenamiento fueron aplicados en áreas específicas de la Casa de Reposo; para las evaluaciones se contó con consultorios, y para el programa de entrenamiento se contó con la Sala de Terapia Ocupacional, ambientes en los cuales no se presentaron ruidos, mantenían buena iluminación y resultaron reservados para las

actividades dispuestas únicamente. Esta variable fue controlada mediante la constancia de las condiciones; la aplicación se llevó a cabo en lugares con características específicas.

### 5.1.5 Variables No Controladas

- **Sexo:** no se seleccionaron sólo hombres o sólo mujeres para el estudio.
- **Número de hospitalizaciones previas:** al tratarse de pacientes institucionalizados, los cuales la mayoría de ellos eran referidos por otros centros de salud mental, no se tenía un control que reflejara la cantidad de hospitalizaciones que previamente había tenido cada paciente.
- **Motivación:** la motivación de los pacientes en la participación de la investigación puede haber tenido un impacto sobre los resultados, aun cuando se les preguntó al inicio si la aprobaban.
- **Sinceridad:** esta variable pudo repercutir en los resultados al momento de responder los instrumentos de medición.
- **Fatiga:** el cansancio físico que pudieran presentar los pacientes pudo afectar del mismo modo el llenado de los instrumentos de medición.
- **Somnolencia:** el tratamiento psicofarmacológico que recibían los participantes, genera cierto grado de somnolencia, el cual pudo afectar la concentración durante el programa.

## 5.2 Tipo y Diseño de Investigación

**5.2.1 Tipo de Investigación:** Según Hernández y cols. (2010), el tipo de investigación del presente estudio es descriptivo, dado que se busca especificar las características o propiedades de algunos procesos, personas, objetos, entre otros, los cuales sean sometidos a un análisis. Para este caso particular, se intenta medir los efectos que tiene un programa de entrenamiento sobre las competencias laborales y la ansiedad estado en pacientes con Esquizofrenia Paranoide.

**5.2.2 Diseño de Investigación:** Diseño cuasiexperimental con pre y posprueba de un solo grupo. Hernández y cols. (2010), definen como la conformación de un solo grupo, el cual será evaluado previamente a la aplicación de un tratamiento experimental, posteriormente se realiza la intervención y finalmente se aplica una medición posterior al tratamiento.

### 5.3 Participantes

**5.3.1 Población:** Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide mayores a los 18 años de edad que se encuentran hospitalizados en la Casa de Reposo Carelco.

**5.3.2 Muestra:** Se trabajó con una muestra de siete (07) pacientes conformada por cuatro (4) mujeres y tres (3) hombres, con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide, con edades entre los 28 y los 60 años de edad, hospitalizados en la Casa de Reposo Carelco, ubicada en el Área Metropolitana de Caracas.

### 5.4 Materiales

**5.4.1 Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE):** Para el caso de esta investigación, se utilizó únicamente la porción de ansiedad estado, la cual se constituye por 20 reactivos que miden la presencia (10 reactivos) o ausencia (10 reactivos restantes) de la variable, calificando en una escala tipo Likert de 4 puntos (1 No, 2 Un Poco, 3 Bastante y 4 Mucho).

**5.4.2 Guión de Entrevista por Incidentes Críticos:** Se realizó un guión para llevar a cabo la entrevista por incidentes críticos, la cual consta de cuatro (04) casos hipotéticos por competencia, totalizando doce (12) casos para evaluar las competencias laborales.

**5.4.3 Formato de Evaluación de Entrevista por Incidentes Críticos:** Se elaboró un formato para ubicar en el nivel correspondiente al participante según la respuesta verbal que emitiera sobre el caso

hipotético; en este formato, se coloca el *verbatim* que justifique la ubicación de la respuesta en determinado nivel dentro de cada competencia.

**5.4.4 Programa de Entrenamiento en Competencias Laborales:** El programa de entrenamiento consiste en 3 talleres teórico-prácticos para entrenar las competencias laborales previstas para este estudio. Cada taller se lleva a cabo en dos sesiones de 120 minutos cada una, totalizando 6 sesiones a razón de 3 semanas (2 sesiones por semana). Para la proyección del contenido teórico y el material audiovisual, se contó con una pantalla LCD que formaba parte de los recursos de la Sala de Terapia Ocupacional. Para las actividades:

- **Primer taller:** Hojas blancas, marcadores de colores, lápices, escritorio y sillas.
- **Segundo taller:** Rompecabezas de los “Huevos Desordenados”.
- **Tercer taller:** Diapositivas en Microsoft Power Point con preguntas sobre el Autocontrol para su discusión.

## **5.5 Procedimiento**

El procedimiento fue elaborado en 5 Fases

### **Fase 1. Planificación y elaboración del programa de entrenamiento.**

Para la elaboración del programa, se llevó a cabo la planificación del contenido teórico-práctico de cada competencia, realizando una revisión bibliográfica de cada una, tomando elementos como la definición de cada una, ¿por qué es importante dentro del ámbito laboral?, elementos característicos de cada una, ejemplos de la vida cotidiana y búsqueda de videos que representaran significativamente a cada competencia dentro de la vida cotidiana y laboral de cada individuo. Al mismo tiempo para la fase práctica del programa se diseñaron dinámicas orientadas al reforzamiento de cada una de las competencias evaluadas, llevando a

cabo una exploración bibliográfica, haciendo ajustes de nombres, nivel de dificultad y materiales, en función de la naturaleza del funcionamiento cognitivo de los pacientes.

Adicionalmente se llevó a cabo la elaboración de la Entrevista por Incidentes Críticos, con la cual se utilizó el Diccionario de Competencias de la autora Martha Alles (2008), así con la definición de cada competencia, junto con los niveles designados para cada una, se pudo formular cuatro (4) preguntas por cada competencia, orientadas a situaciones de la vida cotidiana que permitieran poner al paciente en una situación crítica, a fin de obtener una respuesta de qué haría y cómo se sentiría ante esa determinada situación; con este sentido se obtendría una respuesta que pueda ser categorizada en uno de los cuatro niveles de la competencia.

Posterior al diseño de la entrevista anteriormente mencionada, se llevó a cabo la elaboración del formato de corrección, permitiendo colocar datos del paciente, como la inicial del primer nombre y del primer apellido, la fecha de aplicación, y posteriormente, el espacio para colocar el verbatim de la respuesta a cada pregunta formulada con la categorización de cada nivel, para colocar la puntuación pertinente de acuerdo al nivel de respuesta obtenido.

## **Fase 2. Validación por Expertos**

El programa de entrenamiento, la Entrevista por Incidentes Críticos y el formato de Evaluación, fueron sometidos a la validación por parte de tres (3) Lic. En Psicología, con formación Organizacional, quienes realizaron sus juicios, indicando la pertinencia de cada contenido teórico, audiovisual y práctico de las competencias del programa, al mismo tiempo aconsejando modificaciones pertinentes, como temas de redacción, denominaciones de nombres de las actividades, entre otros elementos.

Para la entrevista de igual manera se obtuvieron las correcciones, en términos de lenguaje utilizado, extensión del contenido de la pregunta y otros elementos de complejidad.

Las observaciones de cada experto fueron consideradas y evaluadas por las investigadoras, llevándose a cabo los ajustes mencionados, obteniendo un formato final del programa, la entrevista y del formato de evaluación.

### **Fase 3. Evaluación Inicial.**

La Dra. Alice Lamb, quien se encontraba de guarda en el servicio de Psiquiatría del Ambulatorio de la UCV, refiriéndonos a la Casa de Reposo Carelco ubicada en la Urb. Bello Monte.

Se estableció contacto con esta institución y se obtuvo la aprobación del personal directivo para llevar a cabo la investigación, se evaluaron los pacientes. Informándoles en que iba a consistir la actividad para obtener su aprobación. Posteriormente se llevó a cabo la entrevista por incidentes críticos y finalmente la evaluación con el instrumento IDARE para medir Ansiedad Estado.

### **Fase 4. Aplicación del programa**

Para la aplicación del programa de entrenamiento se contó con el espacio de Terapia Ocupacional, el cual es un espacio amplio, cómodo, con buena iluminación y ventilación, contando además con un televisor para proyectar la presentación de las diapositivas que contenían la información teórica y audiovisual de cada competencia.

Se ubicaron las sillas frente al televisor. Para iniciar, se realizó una actividad rompe hielo, la cual consistió en la presentación de cada uno a manera de conocerse, integrando a las facilitadoras.

Posteriormente se dio inicio al primer taller en el cual se trabajó Modalidades de Contacto, el segundo: Trabajo en Equipo y el tercero:

Autocontrol, cada taller se ejecutó durante dos (2) días. Al final de cada sesión se sirvió un refrigerio. Para finalizar el programa se llevó a cabo una actividad de cierre en la cual se le solicitó a cada participante que comentará que aprendió y cómo se sintieron durante las sesiones, posteriormente se llevo a cabo la entrega de certificados, los cuales fueron elaborados por las investigadoras y finalmente se realizó un compartir en donde se llevó comida variada y jugos.

### **Fase 5. Evaluación final.**

En esta última etapa, se realizó la entrevista por incidentes críticos y la aplicación del Instrumento IDARE en modo de post-test.

## **VI. RESULTADOS**

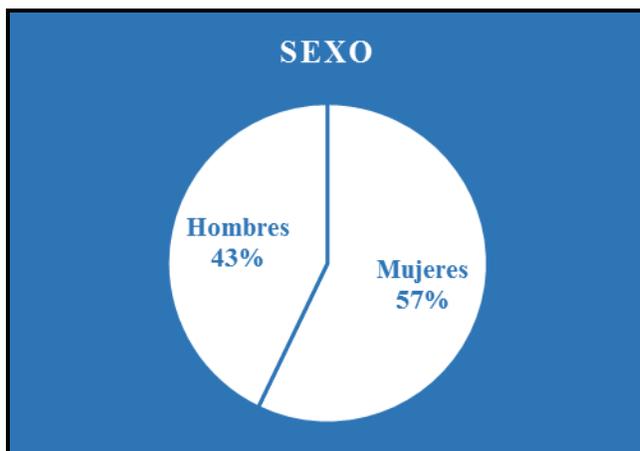
Para dar inicio a este capítulo, se presentan individualmente las características de los siete (7) participantes del estudio.

Tabla 3.

*Características individuales de la muestra*

<b>PACIENTE</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>	<b>TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN</b>
V.V	Mujer	28	1 año y 3 meses
Z.R	Mujer	60	1 año y 4 meses
O.O	Mujer	50	9 meses
O.M	Hombre	60	2 años
I.M	Mujer	47	2 meses
N.P	Hombre	54	12 años y 10 meses
A.S	Hombre	49	10 años

En base a la información presentada en la Tabla 3, puede evidenciarse que la muestra se encuentra equilibrada en relación al sexo; es decir, la cantidad de pacientes mujeres y hombres es equitativa, observándose (por poco) mayor presencia de mujeres en el estudio (Figura 1).



*Figura 1.* Porcentajes de la variable sexo

Asimismo, es evidente la diversidad de la muestra con respecto a la edad y al tiempo de hospitalización en la Casa de Reposo Carelco. Con respecto a la edad, característica delimitada en mayores de 18 años para la muestra de la presente investigación, se observan edades comprendidas entre los 28 y los 60 años, encontrándose únicamente dos (2) participantes con la misma edad (60 años). Es importante destacar la presencia de una paciente significativamente más joven que el resto, la cual se encuentra en una edad más productiva. Este aspecto habla sobre una diferencia en términos de experiencias vividas y de desarrollo con respecto al trastorno que le separan de los otros participantes.

Con respecto a la variable tiempo de hospitalización en la mencionada Institución, se observa que la mayoría de los pacientes tiene menos de 2 años hospitalizados, mientras que sólo dos (02) casos llaman la atención: N.P con 12 años y 10 meses, y A.S con 10 años, lo que habla sobre una mayor desconexión del entorno sobre el resto de los participantes.

## 6.1 Resultados de la variable competencias laborales

Los hallazgos en la evaluación final sobre la variable competencias laborales posicionan al Trabajo en Equipo como la competencia con mayor cantidad de cambios positivos y negativos, siguiéndole Autocontrol y Modalidades de Contacto.

Tabla 4.

*Cantidad de cambios en postprueba para la competencia Trabajo en Equipo.*

TRABAJO EN EQUIPO												
SUJETO	EDAD	TIEMPO HOSP.	PREPRUEBA				POSTPRUEBA				TOTALES	
			1	2	3	4	1	2	3	4	PRE PRUEBA	POST PRUEBA
V.V	28	1A 3M	3	2	3	2	3	2	3	2	10	10
Z.R	60	1A 4M	3	2	3	3	3	3	3	3	11	12
O.O	50	9M	4	4	3	3	4	3	2	2	14	11
O.M	60	2A	3	3	3	3	3	4	3	3	12	13
I.M	47	2M	4	3	3	4	3	4	3	3	14	13
N.P	54	12A 10M	4	3	3	3	3	3	4	3	13	13
A.S	49	10A	3	4	4	4	4	4	3	4	15	15
<b>TOTALES</b>			<b>24</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>20</b>		

Se observa en la tabla 4 la competencia Trabajo en Equipo, la cual totaliza 12 cambios: 7 positivos (color amarillo) y 5 negativos (color verde). Los sujetos que mostraron más cambios en la postprueba fueron O.O., I.M., N.P. y A.S., los dos primeros con 3 cambios y los dos últimos con 2 cambios. Es importante destacar que el sujeto que mejoró más significativamente en esta competencia fue O.O., disminuyendo de 14 a 11 puntos el nivel de desempeño, específicamente en los casos hipotéticos 2, 3 y 4. Los sujetos que desmejoraron el nivel de desempeño en la competencia fueron Z.R., O.M., I.M., N.P. y A.S. Por otro lado, V.V. no fue afectada de ninguna manera en esta competencia, demostrando los mismos niveles de desempeño en todos los casos planteados.

En relación al poder discriminante de cada caso hipotético planteado, se observa que en los casos 1, 3 y 4 se obtuvo mayor cantidad de mejoras en la evaluación final. Por el contrario, el caso 2 resultó el que más desmejoras registró.

Le sigue a esta competencia Autocontrol, totalizando 10 cambios para la evaluación final: 5 positivos (color amarillo) y 5 negativos (color verde), tal y como se observa en la tabla 5.

Tabla 5.

*Cantidad de cambios en postprueba para la competencia Autocontrol.*

AUTOCONTROL												
SUJETO	EDAD	TIEMPO HOSP.	PREPRUEBA				POSTPRUEBA				TOTALES	
			1	2	3	4	1	2	3	4	PRE PRUEBA	POST PRUEBA
V.V	28	1A 3M	2	2	3	3	2	2	3	4	10	11
Z.R	60	1A 4M	3	3	3	3	3	3	3	3	12	12
O.O	50	9M	2	3	3	3	1	3	3	3	11	10
O.M	60	2A	3	3	3	3	3	3	3	3	12	12
I.M	47	2M	2	4	3	3	3	2	4	3	12	12
N.P	54	12A 10M	3	3	2	4	3	3	3	3	12	12
A.S	49	10A	4	2	4	3	3	3	3	3	13	12
<b>TOTALES</b>			<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>22</b>		

Con respecto al desempeño de los sujetos en esta competencia, quienes mostraron más cambios fueron I.M., A.S. y N.P., los dos primeros con 3 cambios y el último con 2 cambios. El sujeto que obtuvo mayor cantidad de cambios positivos en la evaluación final fue A.S., en los casos 1 y 3; por el contrario, I.M. fue quien desmejoró más significativamente en los mismos casos en los que mejoró A.S. Para esta competencia, Z.R. es quien no muestra cambios en la postprueba, mientras que V.V. desmejora en un nivel sobre el caso hipotético 4.

Al medir Autocontrol finalmente, se observó que la mayor cantidad de cambios positivos, es decir, de mejoras, se dieron en relación al caso hipotético 1; el caso hipotético 3 fue el que detectó la mayor cantidad de desmejoras.

Tabla 6  
*Cantidad de cambios en postprueba para la competencia Modalidades de Contacto.*

MODALIDADES DE CONTACTO												
SUJETO	EDAD	TIEMPO HOSP.	PREPRUEBA				POSTPRUEBA				TOTALES	
			1	2	3	4	1	2	3	4	PRE PRUEBA	POST PRUEBA
V.V	28	1A 3M	3	3	3	3	3	3	3	3	12	12
Z.R	60	1A 4M	3	3	3	3	3	3	3	2	12	11
O.O	50	9M	4	2	2	3	4	2	3	2	11	11
O.M	60	2A	3	3	3	4	3	3	3	4	13	13
I.M	47	2M	4	4	4	3	3	3	3	4	15	13
N.P	54	12A 10M	4	3	3	3	4	3	3	3	13	13
A.S	49	10A	4	3	3	3	4	3	3	3	13	13
<b>TOTALES</b>			<b>25</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>21</b>		

Finalmente, se totalizan 7 cambios para la competencia Modalidades de Contacto, según puede observarse en la tabla 6. Así, 5 de ellos son positivos (color amarillo) y solo 2 de ellos negativos (color verde). Los sujetos con mayor cantidad de cambios en esta competencia fueron I.M., O.O. y Z.R. Quien mayor cantidad de mejoras o cambios positivos obtuvo fue I.M., específicamente en los casos 1, 2 y 3, aun cuando presentó una desmejora sobre el caso hipotético 4. Por el contrario, O.O. y Z.R. mejoraron con respecto a ese caso; sin embargo se contabilizó otra desmejora en O.O. sobre el caso 3.

De forma curiosa, V.V., O.M., N.P. y A.S. no presentaron cambio alguno sobre esta competencia en la evaluación final.

## 6.2 Resultados de la variable ansiedad estado

Los resultados obtenidos en la postprueba sobre la variable ansiedad estado indican que tanto en el grupo de ítems inversos como en el grupo de ítems directos se encontraron 13 mejoras (color amarillo). Sin embargo, en los ítems inversos se observó mayor cantidad de desmejoras (20) (color verde), mientras que en los directos la cantidad de desmejoras fue menor (12).

Tabla 7.

Cambios sobre los ítems inversos de la variable ansiedad estado

RESULTADOS DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO (ÍTEMS INVERSOS)																					
SUJETO	EDAD	PREPRUEBA										POSTPRUEBA									
		1	2	5	9	10	11	15	16	19	20	1	2	5	9	10	11	15	16	19	20
V.V	28	4	3	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	
Z.R	60	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	3	2	3	2	2	3
O.O	50	3	4	4	1	2	4	2	4	3	3	2	3	3	1	3	3	2	3	3	3
O.M	60	2	1	2	3	1	2	2	2	1	1	2	1	3	2	2	2	1	2	2	3
I.M	47	2	2	4	2	2	4	1	1	4	4	2	2	3	4	2	4	3	3	4	4
N.P	54	2	2	2	1	2	3	3	2	2	2	2	3	1	3	2	4	2	3	2	3
A.S	49	4	3	2	2	3	2	3	3	4	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3

En la tabla 7 se evidencia que los ítems inversos que registraron la mayor cantidad de efectos sobre la muestra fueron el 5, 9 y 15. Asimismo, los reactivos que mayor poder discriminante tuvieron con respecto al resto sobre la disminución de los niveles de ansiedad estado en la postprueba fueron el 1, 5, 9 y 15. Por otro lado, los ítems 2, 5 y 10 fueron los que mayor cantidad de desmejoras registraron.

Tabla 8.

Cambios sobre los ítems directos de la variable ansiedad estado

RESULTADOS DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO (ÍTEMS DIRECTOS)																					
SUJETO	EDAD	PREPRUEBA										POSTPRUEBA									
		3	4	6	7	8	12	13	14	17	18	3	4	6	7	8	12	13	14	17	18
V.V	28	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1
Z.R	60	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	3	1	1	2	3	1	1	2	1	1
O.O	50	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
O.M	60	3	3	1	1	1	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2
I.M	47	3	4	2	1	1	4	3	1	4	2	1	3	1	3	1	2	2	2	3	1
N.P	54	2	1	1	2	3	1	1	1	3	1	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1
A.S	49	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	2	2	1	3	1	2	1	2	1

En la tabla 8 se evidencia que los ítems directos 3, 7, 12 y 17 discriminaron la mayor cantidad de cambios en la evaluación final. Los reactivos que mostraron el logro de una disminución en los niveles de ansiedad estado en la postprueba fueron el 3, 12 y 17.

Finalmente, los ítems 6, 7 y 17 fueron los que evidenciaron la mayor cantidad de cambios negativos, es decir, aumento en la variable.

Tabla 9.

*Totales en preprueba y postprueba por sujeto en la variable ansiedad estado*

SUJETO	EDAD	PREPRUEBA	POSTPRUEBA
V.V	28	28	21
Z.R	60	60	41
O.O	50	50	31
O.M	60	60	58
I.M	47	47	33
N.P	54	54	41
A.S	49	49	51

Se observan en la tabla 9 los totales obtenidos por cada paciente en pre y postprueba, evidenciándose mayores niveles de ansiedad en Z.R., O.M. y N.P. inicialmente, observándose únicamente en el caso de A.S. un aumento en la postprueba.

Es importante resaltar la cantidad de cambios positivos con respecto a los sujetos participantes, dando evidencia de quienes reportaron mejoras en la evaluación final.

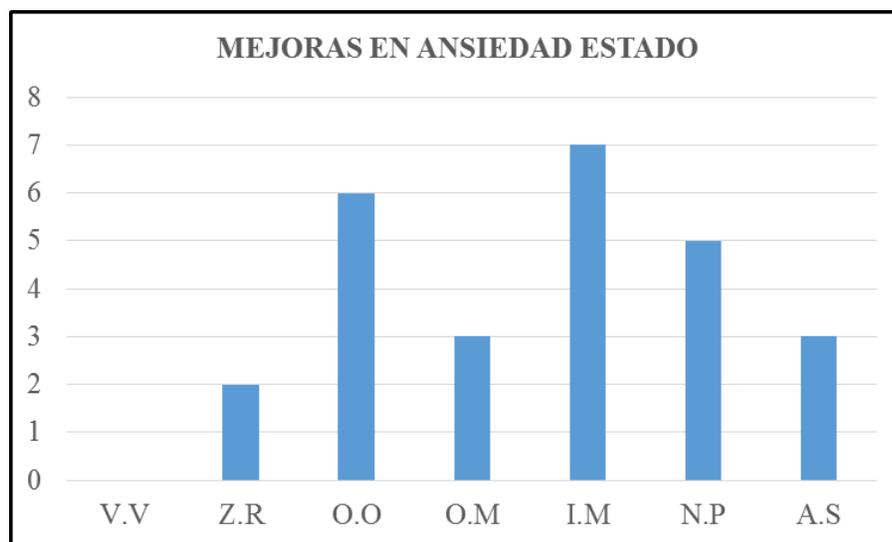


Figura 2. Mejoras por sujeto en la variable ansiedad estado

Así, I.M. es el sujeto que mayor cantidad de cambios positivos registra; es decir, es en el que disminuyeron más significativamente los niveles de ansiedad estado posterior al tratamiento (7 mejoras). Le sigue O.O., con 6 cambios, y posteriormente N.P. con 5 cambios. El resto de los participantes registra menos de 3 cambios positivos en la evaluación final.

Nuevamente, se presenta el caso de V.V., en el que no se registran cambios positivos en la variable.

Por otro lado, se hace énfasis igualmente en la cantidad de cambios negativos que presentaron los sujetos, observándose quienes aumentaron los niveles de ansiedad estado en la postprueba.

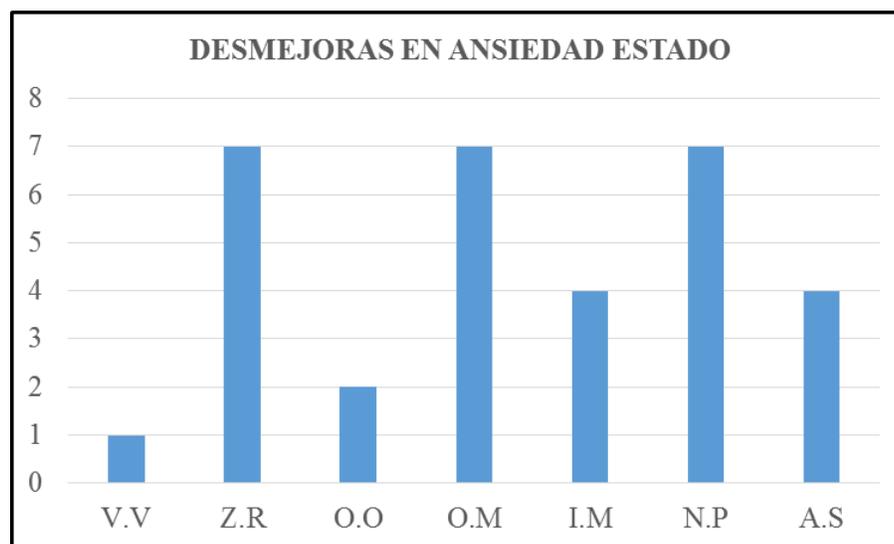


Figura 3. Desmejoras por sujeto en la variable ansiedad estado

Los sujetos en los que se registró un aumento en los niveles de ansiedad estado en la postprueba fueron Z.R., O.M. y N.P., todos con 7 desmejoras cada uno. Les siguen I.M. y A.S. con 4 cambios negativos, y O.O. con 2. De manera interesante, se registra un solo cambio negativo en V.V.

## VII. DISCUSIÓN

En este capítulo se dará desarrollo a la interpretación de los resultados presentados en el apartado anterior, de manera que puedan contrastarse los hallazgos con la teoría que sustenta este estudio.

Se comenzará por describir algunas características relevantes de la muestra, en la cual 4 participantes son del sexo femenino y 3 del sexo masculino, lo que determina en cierta medida un equilibrio de la variable sexo como influyente sobre los resultados. Asimismo, con edades comprendidas entre los 28 y los 60 años, puede decirse que los mismos pudieran encontrarse activos laboralmente dado un criterio general de jubilación de 55 años para las mujeres, y de 60 para los hombres en Venezuela. Es importante en este punto hacer énfasis en la concepción de actividad laboral que se atribuye a personas de esa edad, aún más con diagnóstico de trastorno mental de larga data. Los sujetos participantes en este estudio manifestaron energía y entusiasmo a sentirse útiles y a recuperar actividades que son, en esencia, trabajo, para ejercer roles sociales activos, como por ejemplo la venta de alimentos de repostería en sus comunidades, el lavado de automóviles en sus residencias, entre otros. Son actividades que, si bien no guardan una relación patrono/trabajador, les mantienen activos y les genera remuneración; esto es: trabajo, además de contribuir significativamente en el proceso de rehabilitación de cada paciente.

Particularizando con respecto a estos participantes, es relevante hacer énfasis en que se encuentran hospitalizados en la Casa de Reposo Carelco, la mayoría de ellos desde hace más de 6 meses con previas hospitalizaciones, por lo cual se encuentran a cargo de la institución. Los pacientes más antiguos son N.P. y A.S., con 12 años y 10 meses y 10 años respectivamente. Esto, por supuesto, hace referencia a un aspecto de gran importancia, y que muy probablemente tuvo un impacto significativo sobre los resultados; un tiempo de hospitalización más prolongado habla sobre varios elementos condicionantes: 1) tratamiento psicofarmacológico prolongado; 2) mayor aislamiento ante situaciones sociales cotidianas, entre ellas, el hecho social del trabajo; 3) debilitamiento de las relaciones interpersonales, incluyendo relaciones con la familia y la pareja; 4) limitaciones en el desarrollo formativo y/o creativo.

En cuanto a los objetivos específicos planteados en esta investigación, se comenzará determinando los niveles de desempeño sobre las competencias laborales en el momento inicial de la medición de la variable. En ese sentido, y según lo indicado por el baremo de competencias laborales (Tabla 1), en Trabajo en Equipo 3 pacientes alcanzan el mínimo necesario y 4 puntúan en la categoría insatisfactorio; en Autocontrol, 6 pacientes tienen lo

mínimo necesario, y solo 1 tiene un nivel insatisfactorio (A.S.); y en Modalidades de Contacto, al igual que en Trabajo en Equipo, 3 pacientes alcanzan el mínimo necesario, y 4 puntúan insatisfactorio. Puede decirse entonces que las competencias donde se observan mayores dificultades son Trabajo en Equipo y Modalidades de Contacto, destacando que no se observaron niveles buenos o altos en ninguno de los casos. Sin embargo, la mayoría muestra un desempeño relativamente suficiente en la competencia Autocontrol. Así, se confirma que los pacientes con esquizofrenia tipo paranoide evaluados en este estudio efectivamente tenían inicialmente niveles bajos en competencias laborales.

En detalle, puede decirse que la mayoría de los participantes conserva un nivel relativamente suficiente para el autocontrol de las emociones, para así evitar reaccionar negativamente ante situaciones diversas o que generen estrés. Por el contrario, se observan mayores dificultades en lo relacionado a la capacidad de comunicarse de forma efectiva y a participar activamente en conjunto con otras personas para alcanzar intereses comunes. Estas últimas dificultades pueden explicarse dada la tipología del diagnóstico, el cual es limitante en su mayor medida en el ámbito psicosocial, especialmente en las relaciones interpersonales por el tipo paranoide.

Sobre el segundo objetivo específico, pudieron conocerse los niveles de ansiedad estado de los sujetos evaluados. En ese sentido, efectivamente la mayoría manifiesta niveles medios de ansiedad estado, exceptuando los casos de Z.R. y O.M. quienes presentan niveles altos. La existencia de niveles medios y altos de ansiedad estado en este tipo de muestra puede atribuirse a diversos aspectos, entre ellos el tiempo de hospitalización en Carelco, lo cual les ha desconectado de asuntos personales y/o cotidianos perdiendo así control sobre situaciones ante las que anteriormente actuaban de forma independiente. Por ejemplo, O.M. manifestó sentirse preocupado sobre la venta de un inmueble perteneciente a una sucesión de hermanos que lo incluía a él, asunto sobre el cual se encuentra poco informado; este asunto naturalmente le genera ansiedad. Asimismo, Z.R. manifestó sentirse preocupada en otro sentido; tras el delirio de ser perseguida y acosada por personas evangélicas, y residiendo anteriormente en la ciudad de Valencia, Z.R. reportó sentirse angustiada por la posibilidad de que los evangélicos hayan dado con su paradero en Carelco, Caracas, para seguir haciéndole daño. La ansiedad estado manifestada entonces se haya presente o bien en asuntos o situaciones reales que

suponen estrés en los participantes, o bien en situaciones irreales producto del delirio, propio en los trastornos psicóticos.

Ahora bien, se realizará una interpretación más detallada al responder los hallazgos sobre el objetivo específico que hace referencia a determinar el efecto del programa de entrenamiento sobre las competencias laborales. Al respecto, es importante resaltar que sí se observaron efectos, los cuales pudieron detallarse a través del trabajo minucioso de la data, evitando hacer generalizaciones o condensaciones de la información cuantitativa a través de estadísticos de contraste (por ser una muestra de poco tamaño y gran diversidad). Sobre ello, vale destacar que Trabajo en Equipo fue la competencia que mayores efectos tuvo posterior al tratamiento, seguida de Autocontrol y finalmente Modalidades de Contacto, como fue indicado anteriormente. Esto puede deberse a la movilización de aspectos psicosociales deteriorados en el paciente, como son las relaciones interpersonales y la actividad laboral, y el recuerdo de estas ausencias durante los talleres puede explicar en cierta medida los hallazgos.

En el caso de Trabajo en Equipo, O.O. fue el sujeto que mayor cantidad de mejoras registró, disminuyendo un nivel en cada caso hipotético sobre las respuestas de la evaluación final, alcanzando así una mejora en el desempeño de dicha competencia. Esta participante mostró inicialmente un comportamiento agradable y cariñoso con las evaluadoras y con sus compañeros, el cual fue progresivamente deteriorándose debido a una crisis psicótica por la cual se vio afectada. De manera interesante, el delirio estaba situado sobre el personal de enfermería y camareros del recinto, sobre los cuales afirmaba que querían agredir sexualmente a su familia (que actualmente reside en Guárico), incluso con demostraciones de alucinaciones auditivas en las sesiones del programa. Asimismo, recriminaba sobre algunos de sus compañeros supuestos rumores sobre su falta de aseo personal.

Aun cuando lo indicado sucedía, esta paciente fue la que mejoró más significativamente en la competencia asociada a las relaciones interpersonales, pasando de un nivel global insatisfactorio, a tener lo mínimo necesario. Es importante destacar que O.O. resaltaba en todo momento la importancia de los talleres realizados, así como reconocía y daba valor a los conocimientos impartidos sobre las competencias, participando y demostrando retención de la información mostrada. Puede decirse que esta paciente, si bien se encontraba delirante, se mantenía constante y fiel a sus principios morales, respondiendo más

efectivamente a los casos hipotéticos planteados posterior al programa; de gran importancia es resaltar que esta paciente presentaba conciencia de enfermedad, es decir, reconocía sobre sí misma el diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide y todos los síntomas asociados, para dar forma en un sentido al entendimiento sobre su mejora en la variable.

Tabla 10.

*Casos hipotéticos de Trabajo en Equipo.*

<b>CASOS HIPOTÉTICOS</b>	
<b>1</b>	¿Qué harías si tuvieras que participar en una actividad con una persona que no es de tu agrado? ¿Cómo te sentirías?
<b>2</b>	¿Qué harías si formarás parte de un grupo en el que todos alcanzan un acuerdo sobre algo, y tú no estás de acuerdo? ¿Cómo te sentirías?
<b>3</b>	¿Qué harías si tuvieras que realizar una tarea con personas desconocidas? ¿Cómo te sentirías?
<b>4</b>	¿Qué harías si siempre realizaras una actividad con tu propio estilo, y luego tuvieras que hacerla con personas que tienen estilos diferentes? ¿Cómo te sentirías?

Para dar demostración sobre la mejora de O.O., se citarán sus respuestas ante el caso hipotético 2 en Trabajo en Equipo (Tabla 10), en el que se pregunta: ¿Qué harías si formarás parte de un grupo en el que todos alcanzan un acuerdo sobre algo, y tú no estás de acuerdo? ¿Cómo te sentirías? Su respuesta en la preprueba fue: *Trataría de manifestarme lo mejor posible sobre mi persona. Trataría de sentirme mejor, de dar lo mejor de mí.* Obsérvese como esta respuesta está orientada principalmente hacia su persona, anteponiendo sus intereses sobre los que pudieran tener los demás participantes sobre un asunto común. En la evaluación final responde ante el mismo caso: *Yo escucharía primero la exposición de ellos y después, le diría yo pensaba hacer esto, le diría a la facilitadora, pero usted me pone en grupo y yo tengo que acatar las normas del grupo, porque ustedes son las que ponen las normas. Me sentiría ni bien ni mal porque acataría las normas.* Es evidente que su primera actuación no está orientada en esta oportunidad hacia su persona, sino hacia el resto de los participantes, flexibilizando en cierta medida su comportamiento ante un posible encuentro de opiniones diversas. Asimismo, se observa que se manifiesta apegada a una norma, a lo que “le mandan a hacer”, aun cuando inicialmente no consideraba ese actuar como su primera opción; supone

que esa manera de responder se encuentra más en sintonía con el “deber ser”, con lo “correcto”, posterior al programa de entrenamiento.

Sobre las desmejoras en Trabajo en Equipo, y paradójicamente sobre la idea planteada anteriormente, el caso hipotético en el que se observó la mayor cantidad fue en el 2. Z.R., O.M. e I.M. fueron los que registraron menor desempeño en la postprueba. Conociendo los casos de Z.R. y O.M., es importante destacar sobre I.M. que era una de las pacientes más reservadas e introvertidas, sin intervenir en las sesiones y limitándose a participar cuando se le era requerido, y a responder de forma parca y concreta cuando se le hacían preguntas. Ante este caso, I.M. respondió en la preprueba: *A veces lo digo. Bueno con miedo.* Demuestra con esta respuesta un leve temor a mostrarse contraria a una opinión común, cuestionando según el contexto o su propio pensar la decisión sobre hacerse escuchar o no. En la postprueba responde: *Haría lo que Dios piense que es correcto. Bien.* En esta respuesta no toma en cuenta de ninguna manera su propia opinión, ni mucho menos considera la opción de determinar independientemente la decisión de mostrarse contraria ante una opinión común, asignando esa responsabilidad a un ser místico – religioso probablemente desprendiéndose de un temor más grande, que se fundamenta en la idea de hablar en público y contradecir un discurso ajeno. Es evidente la ansiedad que se genera en I.M. al imaginarse en una situación así, muy probablemente recreándola en sus pensamientos durante las sesiones, sintiéndose aún más incómoda ante esa idea, por lo cual ese caso particular devino en una desmejora finalmente.

En el caso de Autocontrol, A.S. fue el sujeto que mayor cantidad de mejoras obtuvo, disminuyendo en niveles en dos casos hipotéticos en la postprueba y alcanzando así una mejora en el control de sus emociones. Este participante se mostró en todo momento participativo, sonriente y atento a la información impartida en los talleres, así como demostraba interés en las actividades realizadas.

Las mejoras de A.S. resultaron específicamente en los casos hipotéticos 1 y 3. A modo de ejemplificar, el caso 3 (Tabla 11) pregunta: *¿Qué harías si tropiezas a una persona y ésta responde de forma agresiva? ¿Cómo te sentirías?* Este paciente responde en la preprueba: *Si estoy en la calle me pondría a pegar gritos a ver si veo a un Policía por ahí. Bien.* La respuesta da evidencia de una asociación inmediata de la situación como un hecho lo suficientemente violento como para solicitar la ayuda de una autoridad policial, lo que puede

hacer referencia a una predisposición ante el entorno; la reacción ante una situación así resulta poco controlada, y podría hablarse de niveles altos de angustia, al punto de gritar desesperadamente. Posterior al programa de entrenamiento, A.S. responde: *Trataría de calmar a esa persona o de buscar ayuda por si esa persona me entra a golpes. Me sentiría mal.* Llama la atención que en esta oportunidad el paciente manifiesta la intención inicial de buscar calmar a la otra persona antes de actuar desesperadamente, lo que habla de un control de sus emociones, aun cuando probablemente siente el impulso de reaccionar de forma distinta.

Tabla 11.  
Casos hipotéticos de Autocontrol.

<b>CASOS HIPOTÉTICOS</b>	
<b>1</b>	¿Qué harías si trataras de contactar durante el día a una persona para algo importante para ti, y ésta nunca te devolviera la llamada? ¿Cómo te sentirías?
<b>2</b>	¿Qué harías si alguna actividad a la que te dedicaste no resultó bien? ¿Cómo te sentirías?
<b>3</b>	¿Qué harías si tropiezas a una persona y ésta responde de forma agresiva? ¿Cómo te sentirías?
<b>4</b>	¿Qué harías si pides a alguien que realice una tarea y no la hace como tú se lo indicaste? ¿Cómo te sentirías?

De forma curiosa, el caso hipotético 3 fue el que mayor cantidad de cambios registró. Sin embargo, si bien en A.S. resultó en una mejora, para I.M. y N.P. no fue así; ambos registraron una desmejora sobre el control de las emociones posterior al tratamiento. Como demostración, se citarán las respuestas de N.P. para este caso hipotético; en la preprueba, contesta: *Bueno me quedaría tranquilo, no me gustan los problemas. Me sentiría más o menos.* Obsérvese que de forma inicial hace referencia a una actuación controlada, capaz de ignorar las acciones que le producen desagrado y continuando con la mayor calma posible para evitar el conflicto. En la postprueba responde: *Me defiendo. Bien.* De forma contraria, en esta oportunidad afirma que reaccionaría defensivamente sin ofrecer detalle, sin embargo puede presumirse por la respuesta previa que efectivamente, en esta oportunidad, no hay

control del impulso, aun cuando el tono de su defensa no sea agresivo. En los talleres de Autocontrol, se hizo referencia al afrontamiento de situaciones diversas a través del diálogo, manejando la verbalización de las emociones de forma controlada cuando fuera el caso; probablemente por esta razón, N.P. decide defenderse en un sentido no agresivo ante una situación así, procurando evitar ser agredido verbalmente, apaciguando la situación y exigiendo respeto.

Tabla 12.

*Casos hipotéticos de Modalidades de Contacto.*

<b>CASOS HIPOTÉTICOS</b>	
<b>1</b>	¿Qué harías si te encontraras con alguien a quien no quieres saludar? ¿Cómo te sentirías?
<b>2</b>	¿Qué harías si observas que alguien se ve forzado a hacer algo que no le corresponde hacer? ¿Cómo te sentirías?
<b>3</b>	¿Qué harías si, cuando estás viendo un programa en el televisor, alguna de las personas con las que vives te cambia el canal sin consultar? ¿Cómo te sentirías?
<b>4</b>	¿Qué harías si tuvieras que hacer una pregunta en voz alta ante un grupo de personas? ¿Cómo te sentirías?

Con respecto a la competencia Modalidades de Contacto, I.M. fue la que mayor cantidad de cambios reportó en la evaluación final, con 3 cambios positivos y uno negativo. Esta paciente mejoró en su capacidad de demostrarse hábil al comunicarse, asegurando transmitir una idea de forma clara y escuchando las ideas de otros. Por ejemplo, en el caso hipotético 1, que indica: ¿Qué harías si te encontraras con alguien a quien no quieres saludar? ¿Cómo te sentirías? (Tabla 12), la paciente responde en la preprueba: *No lo saludo. Igual,* evitando el mayor contacto posible con esa presunta persona. Posterior al programa de entrenamiento, I.M. contesta: *Me acerco y lo saludo, lo más seguro es que lo salude. Un poco molesta pero lo saludo,* afirmando que, a pesar de sentir molestia hacia esa persona, voluntariamente se acercaría y le daría un saludo. Es evidente como el proceder de esta paciente se ve modificado en actuación ante una situación así posterior a los talleres de comunicación efectiva, reflejando mayores herramientas para abordar a una persona ante la

cual no se siente cómoda, manteniendo una actitud un poco más abierta ante el hecho de comunicarse a pesar de lo sentido.

En esta competencia, el caso hipotético 4 fue el que mayor cantidad de modificaciones registró, con 2 mejoras y 1 desmejora. La desmejora fue coincidentemente en I.M, en el caso hipotético 4, el cual pregunta (Tabla 12): ¿Qué harías si tuvieras que hacer una pregunta en voz alta ante un grupo de personas? ¿Cómo te sentirías? Ella responde en la evaluación inicial: *Hablaría. Bien.* De forma parca, afirma que simplemente hablaría y diría lo necesario en esa situación. En la postprueba, responde: *Bueno yo siempre he tenido miedo escénico, no haría la pregunta.* Se observa un retroceso sobre el actuar de I.M. posterior al tratamiento, afirmando que no haría la pregunta por presentar miedo escénico. Esto probablemente sucedió al verse inmersa durante las sesiones en actividades en las que quizás tuviera que hablar públicamente, imaginando la incomodidad o la angustia que sentiría en ese caso, aspecto resaltado en esta paciente anteriormente.

Habiendo conocido los efectos del programa de entrenamiento sobre las competencias laborales, se revisarán los hallazgos relativos a los efectos de ese tratamiento sobre la ansiedad estado, cuarto objetivo específico de esta investigación. Es importante resaltar que sí se observaron efectos (Tabla 13); sin embargo, resultó mayor la cantidad de casos en los que aumenta la ansiedad estado, que los casos en los que disminuye (28 y 34 respectivamente).

Tabla 13.

Mejoras y desmejoras por ítem de la variable ansiedad estado

ÍTEMS DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO		MEJORAS	DESMEJORAS
1	Me siento calmado	2	0
2	Me siento seguro	1	3
3	Estoy tenso	3	1
4	Estoy contrariado	1	1
5	Me siento a gusto	3	3
6	Me siento alterado	1	2
7	Estoy alterado por algún contratiempo	0	4
8	Me siento descansado	1	1
9	Me siento ansioso	2	2
10	Me siento cómodo	0	3
11	Me siento con confianza en mí mismo	1	1
12	Me siento nervioso	4	1
13	Estoy agitado	1	1
14	Me siento “a punto de explotar”	1	1
15	Me siento relajado	2	2
16	Me siento satisfecho	1	2
17	Estoy preocupado	2	2
18	Me siento muy excitado y aturdido	1	0
19	Me siento alegre	1	1
20	Me siento bien	0	3
<b>TOTALES</b>		<b>28</b>	<b>34</b>

Se evidencia en la tabla 13 que el reactivo 12 fue el que mayor cantidad de mejoras registró, con un total de 4 casos en los que disminuyó la ansiedad. El mismo explora si los pacientes se sienten nerviosos en ese momento; en los talleres del programa de entrenamiento se procuraba realizar actividades dinámicas *rompehielo*, así como otras asociadas al fortalecimiento de las competencias entrenadas. La confianza generada entre las evaluadoras y

los participantes permitió que la mayoría se sintiera en comodidad, incluso de comentar experiencias personales como paréntesis a los contenidos impartidos; de ese modo, se fomentaba la confianza y disminuía el nerviosismo que quizás sentían a la expectativa de ser sometidos a evaluaciones o a situaciones distintas a las vividas en la rutina dentro de Carelco.

Un par de ítems más mostraron un impacto positivo sobre los participantes. Es el caso de los ítems 3 y 5, que hacen referencia a sentirse tenso y a gusto, respectivamente. Sobre el primero, puede contrastarse con lo indicado para el caso del ítem 12; la tensión que pudieron haber presentado ante la expectativa de someterse a situaciones que no conocían en detalle ni formaban parte de su cotidianidad, además de la presión de saberse evaluados por personas ajenas a la institución. Esta tensión disminuyó al demostrarse que el programa de entrenamiento pretende mejorar la calidad de vida, impartiendo conocimientos que fortalezcan las competencias asociadas a la comunicación efectiva, al trabajo en equipo y al control de las emociones, incluyendo actividades en las que pudieron desarrollar el componente creativo, teniendo la oportunidad de compartir experiencias en las que no se comunicaron, se relacionaron o reaccionaron de forma adecuada, llegando a ser incluso catártico.

Por otro lado, y en el caso de las desmejoras, el reactivo que mayor cantidad registró fue el 7; éste refiere a sentirse preocupado por algún contratiempo. Si bien es cierto que por no poseer profundidad sobre la situación actual de los pacientes no puede interpretarse en mayor medida dicha preocupación, muchos de ellos manifestaban al final de las sesiones una gran necesidad de ser escuchados, por lo que puede suponerse que algunos de ellos se encuentran atravesando por situaciones que les generan ansiedad; esto ha sido señalado anteriormente, quedando la posibilidad de que estas situaciones sean reales o bien la ansiedad sea producto de situaciones irreales propias del trastorno psicótico. Es probable que el hecho de hacer alusión a ciertas experiencias relativas a la comunicación efectiva, a las relaciones interpersonales y al control de las emociones, o a la forma adecuada de dirigir situaciones en ese sentido, haya aumentado la preocupación sobre el manejo de asuntos particulares en la cotidianidad; sin embargo, al conocer la situación actual de cada paciente, podría determinarse con mayor certeza este hallazgo.

Asimismo, los ítems 2, 5, 10 y 20 registraron igualmente mayor cantidad de desmejoras sobre el resto (3 cada uno). Estos reactivos inversos exploran si el paciente se

siente seguro, a gusto, cómodo y/o bien con respecto a una situación. Para el momento de la evaluación final, algunos pacientes reportaron sentirse más ansiosos en ese sentido; es importante recordar en este punto que se encuentran hospitalizados en una casa de reposo, institución de salud mental de larga estancia, y la preocupación principal de la mayoría de ellos es volver a sus hogares y vivir normalmente en su comunidad. Aunado a esto, el progresivo abandono familiar los desconecta aún más de la vida que solían llevar antes de encontrarse hospitalizados, razón por la cual, por supuesto, existe una gran incertidumbre en ellos que los limita a sentirse a gusto en el recinto, aun cuando tengan la infraestructura y todo lo necesario para vivir cómodamente. Adicionalmente, y en lo relacionado a la seguridad (ítem 2), es posible que esté asociada la desmejora a un delirio persecutorio propio del tipo paranoide; ejemplo de ello que una de las desmejoras haya sido registrada en Z.R., recordando su verbalización acerca del posible acoso de evangélicos y la persecución de éstos desde Valencia hasta Caracas.

Finalmente, es importante destacar el desempeño en pruebas de V.V., la participante más joven del estudio. No se observaron cambios significativos en competencias laborales o en ansiedad estado; ante esta última variable, reporta una desmejora justamente ante el ítem 2, asociado a sentirse segura. En este sentido se resalta que el motivo de ingreso de V.V. se justifica en un hecho de violencia física en el que incurrió ante su padre, su hermano y su pareja, al sentir que debía defenderse de ellos porque presuntamente ellos querían agredirla en principio. Esta paciente puede llegar a desconfiar plenamente de sus propios familiares basada en una idea delirante propia de la paranoia, reconociendo en ciertas oportunidades que “no se mide cuando se siente atacada”. Además, se hace énfasis en un curso de enfermedad más corto que el resto, siendo esta su segunda hospitalización.

El programa de entrenamiento, como versa su definición operacional, estuvo basado en el fortalecimiento de las competencias laborales a través de talleres teórico-prácticos que tuvieran un efecto reductivo, entre otras cosas, sobre los niveles de ansiedad estado. Si la data recogida se trabajara con estadísticos de contraste y pruebas estadísticas en esta oportunidad, se perdería el verdadero hallazgo de esta investigación; la interpretación de los datos que aquí se ha realizado busca mostrar que el programa de entrenamiento surtió un efecto en los

pacientes, aun cuando se identifican debilidades sobre el muestreo y otras características del mismo.

## VIII. CONCLUSIONES

Partiendo de la presentación de los resultados y su discusión sobre la base de la información disponible sobre competencias laborales y ansiedad estado, se identifican las siguientes conclusiones:

- ✓ Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide ciertamente poseen un nivel mínimo necesario e insatisfactorio para las competencias de modalidades de contacto, trabajo en equipo y autocontrol. Esto se atribuye a la historia psiquiátrica de larga data que cada paciente presenta, a la carencia en las instituciones de salud mental de programas de intervención dirigidos a fortalecer las competencias laborales para mejorar su calidad de vida, y a la escasa oportunidad de ejercer roles sociales activos en el hecho social del trabajo y, por ende, el deterioro en las mencionadas competencias; esto, en el contexto venezolano, que característicamente estigmatiza a la enfermedad mental. Vale destacar que los deseos de ser activos laboralmente, varían según la edad y la concepción de productividad que cada paciente tiene en esta etapa de sus vidas, pero no se hayan exentos de ello.
- ✓ Estos pacientes también presentan niveles medios y altos de ansiedad estado, producto probablemente de situaciones reales que pudieran estar viviendo con sus familiares o dentro de la institución de salud mental, o bien por situaciones irreales propias del trastorno psicótico, especialmente del tipo paranoide.
- ✓ El programa de entrenamiento tuvo un efecto mayormente positivo sobre las competencias laborales medidas, especialmente en el trabajo en equipo, siguiéndole autocontrol y finalmente modalidades de contacto.
- ✓ Dicho programa tuvo igualmente un efecto sobre la ansiedad estado mayormente negativo, aumentando en mayor medida para la evaluación final, probablemente por la situación de hospitalización en la que los pacientes se encuentran, las

características del diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide, la duración breve del mismo y la falta de información sobre la situación actual de los pacientes. En este hallazgo se observaron disminuciones y aumentos que pueden deberse a: las primeras, a sentirse atendidos, escuchados, útiles al realizar las actividades durante los talleres, identificados con situaciones de la vida cotidiana relatadas que pueden mejorarse a través de la comunicación, el trabajo en equipo y el autocontrol; y las segundas, por probables recuerdos y movilizaciones al tratar temas asociados con las relaciones interpersonales y la actividad laboral, aspectos en los cuales se ven limitados dada la situación de hospitalización psiquiátrica en la cual se encuentran.

## **IX. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

1. La principal limitación de este estudio es la diversidad en características de la muestra; al tener aspectos como las diferencias de edad y curso de enfermedad se obtuvieron resultados disímiles.
2. El tiempo que tienen hospitalizados los pacientes en la Casa de Reposo Carelco, aunado a las múltiples hospitalizaciones previas al momento del ingreso. Es importante hacer énfasis en que las largas estancias en recintos psiquiátricos disminuyen las posibilidades de ocupar roles funcionales activos socialmente, y por ende, las competencias laborales siguen un continuo deterioro.
3. La duración breve del programa de entrenamiento, el cual debió ser más extenso por las características de la muestra, especialmente, por la situación de hospitalización en la que se encontraban para el momento de la evaluación. Asimismo, el énfasis por competencia debe ser más prolongado, dado el deterioro que cada una tiene por la condición de pacientes institucionalizados.
4. El desarrollo de una mayor cantidad de actividades a ejecutar durante los talleres de cada competencia, de manera que puedan entrenar con mayor

constancia lo aprendido teóricamente y puedan consolidarse en mayor medida las herramientas impartidas.

5. El tamaño de la muestra pudo resultar igualmente limitante, no pudiendo contar con la cantidad de mediciones suficientes como para establecer generalidades a partir del grupo. Las interpretaciones y análisis realizados en esta investigación, cumplen para la muestra integrada únicamente.
6. En adición a las anteriores, la falta de recopilación de información sobre la situación actual de los participantes pudo haber resultado restrictivo en el estudio. En referencia a este aspecto, puede decirse que los hallazgos se limitan en su interpretación por no tener datos relativos a la presencia o ausencia de ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas, así como procesos cognitivos conservados o deteriorados y/o la vivencia actual de situaciones estresantes que les produzcan ansiedad.

Entre las recomendaciones que se pueden mencionar del presente estudio llevado a cabo, se mencionan las siguientes:

1. Procurar un muestreo más controlado, considerando el equilibrio en las características de la muestra (edad y curso de enfermedad). Asimismo, se recomienda llevar a cabo la aplicación en pacientes con un rango de edad menor, de modo que se ubiquen en la edad más productiva laboralmente, así como probar su efecto en participantes sin diagnóstico de enfermedad mental.
2. Llevar a cabo la ejecución del programa de entrenamiento de forma sostenida, con una duración más prolongada de al menos 2 meses.
3. Aplicar el mismo estudio en pacientes diagnosticados con otra patología (trastorno bipolar, pacientes con consumo de sustancias, entre otros) o en pacientes con esquizofrenia tipo paranoide en primeras hospitalizaciones, así

como la inclusión de grupo de trabajo en fases de seguimiento por consulta externa.

4. Llevar a cabo el estudio mediante la evaluación de otras competencias laborales e incluso la medición de otras variables de estudio (calidad de vida y sus dimensiones).
5. Desarrollar la medición de la variable ansiedad bajo la escala de ansiedad rasgo, a fin de determinar si la ansiedad en los pacientes con esquizofrenia tipo paranoide es más situacional que un rasgo de la personalidad.
6. Finalmente crear, desarrollar e implementar programas de intervención que procuren mejorar las competencias laborales y los niveles de ansiedad estado de duración más prolongada para pacientes con estas características, o bien la prueba del programa de entrenamiento implementado en este estudio en pacientes con menor cronicidad.

## **X. REFERENCIAS**

- Alles, M. (2005). *Diccionario de Comportamientos. Gestión por competencias*. Buenos Aires, Argentina: Granica.
- Alles, M. (2008). *Competitividad y Gestión por Competencias*. Recuperado el 27 de junio de 2014, de [http://www.xcompetencias.com/canal.php?id=competitividad#\\_ftn1](http://www.xcompetencias.com/canal.php?id=competitividad#_ftn1)
- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* (4ª ed.). Barcelona, España: Masson.
- Ateaga, F. (1998). *Carácter social y enfermedad: la metáfora médica y las ciencias sociales*. Ciudad Real, España: Universidad Castilla-la mancha. Tesis Doctoral.
- Baca, E., Bobes, J. y Camacho, M. (1998). *Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia*. Sociedad Española de Psiquiatría.

- Baeza, C., Balaguer, G., Belchi, N., Coronas, N. y Guillamón, N. (2008). *Higiene y Prevención de la ansiedad*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Blanco, A. (2007). *Trabajadores competentes: introducción y reflexiones sobre la gestión de recursos humanos por competencias*. Madrid, España: ESIC
- Farré, J. (2009). *Psicología para todos. Guía completa del crecimiento personal*.
- Fernández, F. (2008). *¿Por qué Trabajamos? El trabajo entre el estrés y la felicidad*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Revista Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 223-244
- Gallach, E. (2010). *Abordaje psicosocial de personas con enfermedad mental severa. De la cronicidad a la recuperación*. Mallorca, España: Intersalud.
- Gil, J. (2007). La evaluación de competencias laborales. *Facultad de Educación UNED*, 21(10), pp. 83-106.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Guillen, C. y Guil, R. (2001). El trabajo: Fenómeno psicosocial. En P. Luque, T. Gómez y S. Cruces (Eds.). *Psicología del trabajo para las relaciones laborales* (pp. 174-162). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ª ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Jarne, A. (2011). *Psicopatología*. Barcelona, España: UOC.
- Kaneda, Y., Nagamine, I. y Fujii, A. (2003). Ansiedad-Estado en la Esquizofrenia. *Revista Eur. J. Psychiat*, 17(2), 101- 107.

- Lastra, I., Arbildua, C., Polo, M., Ruiz, A. y Verdugo, S. (2009). Reducción de la hospitalización psiquiátrica en personas participantes en programas de inserción laboral. *Revistas Hospitalarias*, 197(3).
- Lladó, D., Sánchez, L. y Navarro, M. (2013). *Competencias profesionales y empleabilidad en el contexto de la flexibilidad laboral*. Indiana, USA: Palibrio.
- Martínez, J. (2008). *El Arte de aprender y de enseñar: Manual para docentes*. Santa cruz de la Sierra, Bolivia: La Hoguera.
- Mingote, J., del Pino, P., Huidobro, A. y cols (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 58(208), 1-23
- Mondragón, J. (2006). *Psicólogo de la Xunta de Galicia*. Alcalá, España: MAD.
- Montero, C. (2012). *Estrategias para facilitar la inserción laboral a personas con discapacidad*. San José, Costa Rica: EUNED.
- Montero, D. y Fernández, P. (2011). *Calidad de Vida, inclusión social y procesos de intervención*. Bilbao: Universidad de Deusto
- Moreno, E. (2008). *Esquizofrenia*. Recuperado el 29 de diciembre del 2012, de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>
- Montes, M y González, P. (2006). *Selección de personal: La búsqueda del candidato adecuado*. Vigo, España: Ideaspropias.
- Otero, V. (1995). Escala de desempeño psicosocial: Un instrumento para evaluar programas de rehabilitación en enfermos mentales crónicos. Tesis de doctorado inédita, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Rojas, E. (1992, 3 de Marzo). *¿Qué es la Ansiedad?*. *Tribuna Abierta ABC*, p. 38.
- Sánchez, O. (2012). *Desarrollo profesional e inserción laboral en personas con enfermedad mental: procesos para la recuperación y promoción de la autonomía personal*. Madrid, España: Grupo 5.

Sandoval, F., Miguel, V. y Montaña, N. (s.f.) Evolución de Concepto de Competencia Laboral. Trabajo especial de grado inédito, Universidad central de Venezuela, Caracas.

Serna, H. (1997) *Gerencia Estratégica*. (5<sup>a</sup> ed.). Santafé, Bogotá: 3R Editores.

Spielberger, C. y Díaz-Guerrero R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo Estado*. D.F., México: Manual Moderno

Toro, R. y Yepes, L. (2004). *Fundamentos de medicina. Psiquiatría*. (4ta ed.). Bogotá, Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas

# ANEXOS

Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Humanidades y Educación  
Escuela de Psicología

---

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO**

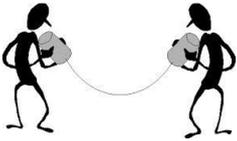
---

**Autoras:**

**Br. Ivanna Pérez**

**Br. Estefany Sánchez**

Caracas, Junio 2014



## **TALLER N° 1: MODALIDADES DE CONTACTO**

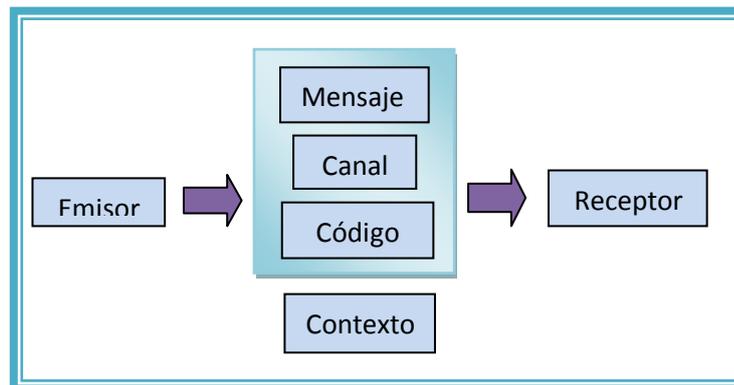
### **TALLER SOBRE LA COMUNICACIÓN**

#### **PRESENTACIÓN VISUAL** **(DIAPOSITIVAS DE INFORMACIÓN)**

##### **Definición**

La comunicación es el acto por el cual un individuo tiene la capacidad de establecer con otro un contacto que le permite transmitir una información. En la comunicación intervienen diversos elementos que pueden facilitar o dificultar el proceso (Marcuello, 2001).

Es la capacidad de demostrar una sólida habilidad de comunicación y asegurar una comunicación clara. En un concepto más amplio, comunicarse implica saber escuchar y hacer posible que los demás accedan fácilmente a la información que se posee (Alles, 2008).



**Emisor:** La persona (o personas) que emite un mensaje.

**Receptor:** La persona (o personas) que recibe el mensaje.

**Mensaje:** Contenido de la información que se envía.

**Canal:** Medio por el que se envía el mensaje.

**Código:** Signos y reglas empleadas para enviar el mensaje.

**Contexto:** Situación en la que se produce la comunicación.

## Tipos de Comunicación

De acuerdo con Marcuello (2001), se pueden agrupar en dos grandes categorías:

Ψ **La comunicación verbal** se refiere a las palabras que utilizamos y a las inflexiones de nuestra voz (tono de voz).

- Palabras
- Tono de nuestra voz

Ψ **La comunicación no verbal** hace referencia a un gran número de canales, entre los que se podrían citar como los más importantes el contacto visual, los gestos faciales,

- Contacto visual
- Gestos faciales (expresión de la cara)
- Movimientos de brazos y manos
- Postura y distancia corporal

Al establecer una comunicación verbal con otra persona, entre un 65 % y un 80 % del total de la conversación la realizamos a través de canales no verbales. Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí.

## Elementos para la comunicación eficaz

Algunas de las estrategias que podemos emplear son:

Ψ **La escucha activa**

Según lo planteado por el autor Marcuello (2001), uno de los elementos más importantes y difíciles, de todo el proceso comunicativo es el **saber escuchar**.

La falta de comunicación que se sufre hoy día se debe en gran parte a que no se sabe escuchar a los demás. Existe la creencia errónea de que se escucha de forma automática, pero no es así, se requiere de un esfuerzo superior al que se hace al hablar y también del que se ejerce al escuchar sin interpretar lo que se oye. Pero, ¿qué es realmente la escucha activa?

*La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla.*

- **Elementos que facilitan la escucha activa:**

Disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar.  
Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos.

Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (ya veo, umm, uh, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, etc.).

- **Elementos a evitar en la escucha activa:**

- No distraernos

- No interrumpir al que habla.

- No juzgar.

- No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.

- No rechazar lo que el otro esté sintiendo, por ejemplo: "no te preocupes, eso no es nada".

- No contar "tu historia" cuando el otro necesita hablarte.

- No contra argumentar. Por ejemplo: el otro dice "me siento mal" y tú respondes "y yo también".

## **Ψ Claridad**

Consiste en enviar mensajes directos, evitando cualquier otra información que pueda adulterar el contenido. Transmitir de forma clara la información, enviando comunicaciones amenas y bien articuladas; es decir, la persona que emite el mensaje debe expresarse con buen ritmo y pausas; y con adecuada entonación, según el contenido; etc.

## **¿Por qué es importante la comunicación en un ambiente laboral?**

La comunicación en el trabajo es de vital importancia ya que esta permite tener un ambiente de trabajo cómodo en el que miembros del mismo equipo puedan transmitir una información, ideas e inconvenientes de manera eficaz, permitiendo el aumento de la satisfacción del empleado con su entorno y su puesto de trabajo. Al mismo tiempo

la comunicación propicia una fuerte cultura corporativa el cual permite que los empleados sientan que tienen la capacidad y el permiso para dar aportes.

Al mismo tiempo es importante destacar que una persona la cual sabe comunicarse es capaz de influir de forma positiva en el ambiente de la empresa

## **Actividad “DILE DONDE VA”**

### **Descripción de la Actividad**

Esta actividad permite vivenciar la comunicación interpersonal como un proceso complejo que requiere esfuerzo y dedicación de quienes intervienen en ella, si se quiere lograr un determinado resultado.

Para vivir esta experiencia, los participantes tendrán el objetivo de indicar al “dibujante” (que será una de las facilitadoras) las instrucciones necesarias para, primero de forma verbal y luego de forma escrita, replicar un conjunto de figuras geométricas que ellos mismos han elaborado inicialmente. Esta actividad será arbitrada por un observador (que será otra de las facilitadoras), quien tomará nota del desarrollo de la actividad haciendo énfasis en la comunicación verbal y escrita de los participantes, para discutirlos en grupo al final.

Con esta actividad, se pondrá en juego la capacidad de estructurar instrucciones y la calidad de la transmisión de dichas instrucciones, con vistas a un resultado predefinido.

### **Materiales**

- ✓ Lápices de colores
- ✓ Hojas blancas
- ✓ Cronómetro
- ✓ Mesa
- ✓ Sillas

### **Desarrollo de la Actividad**

1. Explicar a los participantes en qué consistirá la actividad.

2. Colocar a los participantes en círculo, entregarles solo UNA hoja blanca y lápices de colores, y solicitarles que cada uno dibuje una figura geométrica en ella en la posición que prefiera, integrando finalmente un gran conjunto de figuras geométricas que harán “el dibujo”, del cual solo ellos y la observadora (que será una de las facilitadoras) tendrán acceso. Para ello, los participantes tendrán 10 minutos.
3. Una vez realizado “el dibujo”, la dibujante (que será otra de las facilitadoras) se posicionará de espaldas a los participantes, y tendrá una hoja blanca con lápices de colores. La observadora se posicionará a una distancia prudencial, de manera que pueda realizar las anotaciones sobre el desarrollo de la actividad.
4. Comenzará la réplica del dibujo, la cual logrará la dibujante a través de las instrucciones que los participantes vayan indicándole. Sobre las instrucciones, en esta fase serán verbales, y cada uno deberá dar la instrucción sobre ubicación, color, tamaño y forma de la figura geométrica que realizó. Para esto tendrán 10 minutos.
5. Al lograr la réplica lo más parecida posible, se posicionarán en un gran círculo la dibujante, la observadora y los participantes. Se hará una comparación entre el dibujo original y la réplica, y se comenzará a discutir el desarrollo de la actividad, preguntándoles qué les pareció, cómo se sintieron, y se hablará sobre las anotaciones de la observadora, las cuales estarán enmarcadas en la transmisión verbal de la información. Se hará énfasis en la calidad de la transmisión de la información para hacer entender de la manera más precisa posible un determinado mensaje. Para la discusión, se dispondrá de 10 minutos.
6. Posterior a esto, se realizará la segunda fase de la actividad, la cual reforzará la comunicación escrita. Se repetirán los pasos 2 y 3, diferenciándose de la fase anterior con la entrega de trozos de hoja individuales, en los cuales cada participante escribirá la instrucción sobre ubicación, color, tamaño y forma de la figura geométrica que realizó, identificando cada trozo de hoja con su nombre. Uno a uno irán entregando las instrucciones escritas a la dibujante, a

medida que ésta va avanzando con el dibujo, hasta llegar a la réplica más parecida posible.

7. Por último, se repetirá el paso 5, discutiendo la transmisión escrita de la información.

### **Conclusión de la Actividad**

A partir de los comentarios surgidos, finalice la actividad señalando que la mayoría de las dificultades en la comunicación se pueden solucionar poniendo atención cuando se nos habla, centrándose primero en entender lo que se nos dice y poniéndose en el lugar del otro antes de emitir mensajes, y privilegiando la información relevante por sobre la accesoria.



## **TALLER 2: TRABAJO EN EQUIPO** **TALLER SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO**

### **PRESENTACIÓN VISUAL** **(DIAPOSITIVAS DE INFORMACIÓN)**

#### **Definición**

De acuerdo con Alles (2008), trabajo en equipo es la capacidad de colaborar y cooperar con los demás, implica formar parte de un grupo trabajando juntos y así formar un equipo.

Por otra parte, equipo significa la unión de un grupo de personas que trabajan en procesos, tareas y objetivos compartidos (Alles, 2008). Así mismo para lograr el triunfo de un equipo se deben tener intensidad, sacrificio, compromiso, liderazgo, preparación disciplina y el deseo como características esenciales (Vértice, 2007). Por ejemplo un equipo correspondería a un grupo deportivo de futbol, cada uno de los miembros desde el entrenador, el capitán, los jugadores tiene un propósito final el cual corresponde al triunfo de ganar el juego.

El trabajo en equipo representa la capacidad humana de asumir responsablemente el desarrollo de las tareas necesarias para cumplir un objetivo común entre los miembros del equipo.

Por otra parte Borrel (2004), define el trabajo en equipo como una actividad u un objetivo cuya consecución deben participar activamente diferentes individuos cuyos pilares fundamentales del funcionamiento eficaz del trabajo en equipo son la interdependencia y la confianza entre sus miembros

### Diferencias entre Grupo y Equipo

De acuerdo con el manual planteado por Vértice (2007), equipo y grupo son dos términos diferentes, los cuales se presentan a continuación.

- **Equipo:** grupo de personas organizadas para la realización de un servicio, deporte, etc. En cual debe existir coordinación, cohesión.

Ejemplo: dentro de una empresa un equipo corresponde, a la unidad de Recursos Humanos, compuesta por un conjunto de personas organizadas de tal forma que trabajan para la consecución de una determinada tarea, como por ejemplo el ingreso de 5 personas a la empresa para cubrir determinadas vacantes.

- **Grupo:** diversidad de seres o cosas que forman un conjunto.

Ejemplo: dentro de una organización se corresponde a un conjunto de personas que trabajan una labor similar, comparten información, ideas, pero sin llegar a al compromiso de un trabajo colectivo en el cual se vean involucrados cada uno de sus miembros, es decir cada quien tiene una manera particular de funcionar.

Otro ejemplo que se puede citar como grupo, son los anestesiólogos que laboran dentro de un hospital, todos tienen un mismo jefe, realizan la misma actividad, sin embargo cada uno labora y responde por su cuenta.

### Tipos de equipo

De acuerdo con lo planteado por Winter (2000), dentro de una organización existen dos tipos de quipos:

Ψ **Equipos funcionales:** compuesto por miembros de un mismo departamento, los cuales ya se conocen y posiblemente hayan trabajado anteriormente juntos, lo cual no requiere de dedicar un tiempo extra a conocerse entre ellos.

Estos equipos seleccionan un tema de interés y dedican tiempo a mejorar el proceso.

Ψ **Equipos transfuncionales:** estos equipos están conformados por la fusión de miembros de diferentes departamentos que usualmente no se conocen y deben dedicar parte del tiempo a conocerse entre sí para así lograr un ambiente agradable.

### Formación de un trabajo en equipo

Los autores Ander y Aguilar (2001), y González (1998), proponen una serie de condiciones a tomar en cuenta al momento de formar un trabajo en equipo. Entre las primeras se encuentran:

Ψ Condiciones para que un equipo de trabajo sea posible

- Existencia de una cultura organizativa y funcional.
- Asumir que la construcción de un equipo de trabajo es un proceso el cual requiere de tiempo.

Ψ Condiciones básicas para construir un equipo

- Establecimiento de un objetivo común y aceptación por parte de todos.
- Responsabilidad por parte de los miembros para la realización del trabajo.
- Compartir normas comunes.
- Participación en conjunto.
- Definirse entre sí como integrantes de un todo común.
- Establecimiento de un sistema de comunicación, consenso, solución de conflictos y el establecimiento de roles, quién sería el líder y quién el moderador.

## **Importancia del trabajo en equipo**

Trabajar en equipo es una actividad que se realiza día a día, en el cual se emprenden tareas de diferentes magnitudes, no solo en el lugar de trabajo sino también el hogar, en la escuela en reuniones de amigos etc; todo con el propósito de alcanzar un objetivo y el cual dependiendo de la envergadura de la tarea se requerirá o no la ayuda de otras personas.

Aunado a esto el trabajo en equipo fomenta la negociación, la interrelación con otras personas, la capacidad para tomar decisiones, resolver conflictos, permite al aumento de la calidad de trabajo, la innovación entre otros (Vértice, 2007).

## **Actividad “LOS HUEVOS DESORDENADOS”**

### **Descripción de la Actividad**

La realización de esta actividad está orientada a que los miembros del grupo logren una cohesión entre sí. Al mismo tiempo, se busca identificar a quienes tienen la mayor habilidad para trabajar con un grupo en una situación bajo presión moderada, exigiéndoles la ubicación de cada lámina de forma correcta en un tiempo determinado, permitiendo evidenciar quien es el líder del grupo, si se desarrolló confianza entre los integrantes y quienes se mantuvieron menos colaboradores.

### **Materiales**

- ✓ Láminas de huevos
- ✓ Tela fieltro (150 cm x 150 cm)
- ✓ Cronómetro
- ✓ Mesa
- ✓ Sillas

### **Desarrollo de la Actividad**

1. Explicar a los participantes en qué consistirá la actividad.
2. Colocar a los participantes en círculo, y constituir un gran grupo que los incluya a todos.

3. Designar a un participante a través de votación o por postulación voluntaria, quien será el único del equipo que podrá mover las piezas; el resto de los participantes podrá únicamente dar instrucciones.
4. Entregar a los participantes las láminas de forma desordenada, haciendo énfasis en que solo podrá manipularlas el designado.
5. Dar inicio al ordenamiento de las láminas, las cuales deberán ubicar en su lugar correcto a través de instrucciones verbales y finalmente formar un cuadrado. Para ello, los participantes tendrán 15 minutos. Este ordenamiento lo realizará el designado, de pie, en una gran tela adherida a la pared.
6. Durante el desarrollo de la actividad, las facilitadoras deberán tomar el tiempo y registrar las observaciones que consideren relevantes.
7. Al culminar el tiempo establecido, los participantes deberán contar su experiencia al realizar la actividad, cómo se sintieron, qué creen que pudieron haber mejorado, qué observaron, qué aprendieron, entre otras cosas.

### **Conclusión de la Actividad**

A partir de los comentarios surgidos, finalice la actividad resaltando que en el hecho social del trabajo, la prosecución de objetivos se alcanza a través de una gran cantidad de personas que trabajan en conjunto. En ese sentido, es fundamental comprender que, a pesar de la diversidad humana, los acuerdos y el equilibrio son alcanzables si se orientan los esfuerzos hacia el alcance del objetivo en común.

### **TALLER 3: AUTOCONTROL** **TALLER SOBRE EL AUTOCONTROL**

#### **PRESENTACIÓN VISUAL** **(DIAPOSITIVAS DE INFORMACIÓN)**

##### **Definición**

Es la capacidad para controlar las emociones personales y evitar las reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se trabaja

en condiciones de estrés. Asimismo, implica la resistencia a condiciones constantes de estrés (Alles, 2008).

Por otro lado la autora Casado (2009), establece que el autocontrol es la capacidad del ser humano para controlar y dominar las emociones, acciones y decisiones, mientras que al mismo tiempo permite manifestarlas e inhibirlas de forma adecuada.

Autocontrol también hace referencia a la capacidad de cada individuo de manifestar las emociones negativas de una forma adecuada sin llegar a herir u ofender a otras personas.

### **Autocontrol en el Trabajo**

Como se mencionó anteriormente el autocontrol se fundamenta en manifestar de una forma adecuada las emociones tanto positivas como negativas que cada individuo manifiesta. Es importante destacar que el autocontrol se encuentra estrechamente relacionado con la comunicación asertiva ya que el ser asertivo, tal y como se menciona en el taller #1, es la capacidad de cada quien de comunicarse a través de una manera correcta pensamientos, ideas, sentimientos, etc (Casado, 2009).

Cuando se habla de tener autocontrol dentro del lugar de trabajo, se refiere particularmente a la capacidad de cada individuo de manifestar por ejemplo indignación o frustración por alguna situación en particular, de una forma correcta sin perjudicar su puesto de trabajo, sin ofender al resto del equipo y más aun sin perjudicar su relación con el jefe. Al mismo tiempo se relaciona con el control de las acciones y decisiones a llevar a cabo dentro del área laboral con el propósito de no perjudicar la relación de trabajo (Casado, 2009).

De la misma manera el no saber controlar las emociones de forma adecuada, tales como la ira, la frustración, entre otras, puede perjudicar el rendimiento laboral de cada persona impidiendo así la consecución de la metas planteadas por el equipo de trabajo.

El autocontrol es una actitud considerada como el compromiso que debe tener cada persona para mejorar el trabajo y por lo tanto promover mejores resultados en sus tareas (Casado, 2009).

## Características personales para el autocontrol

Conciencia

Responsabilidad

Competencias

Compromiso

## Beneficios del autocontrol

- Es hacer las cosas bien para no tener que repetirlas.
- Es el sello personal que usted le coloca a su trabajo.
- Nos hace ser dueños y responder por nuestros actos.
- Es el resultado de la aplicación de los principios y valores.
- Es una filosofía de vida enmarcada en una actitud positiva y permanente para hacer las cosas bien.
- Es el mejoramiento continuo en la forma de realizar nuestra labor diaria.
- Implica planeación, organización y toma de decisiones para alcanzarlos objetivos propuestos.

## Actividad

### “EMOCIONES: SABER EXPRESARLAS Y CONTROLARLAS”

## Descripción de la Actividad

El propósito de este ejercicio es ayudar a los participantes a identificar algunas de las emociones que afectan la cultura del entorno en el hecho social del trabajo. El primer paso para controlar este poder consiste, en el reconocer la existencia de los sentimientos.

## Materiales

- ✓ Ejercicio impreso
- ✓ Cronómetro
- ✓ Mesa
- ✓ Sillas

## Desarrollo de la Actividad

1. Entregue a los participantes el Ejercicio

2. Pida a los participantes que recuerden las diferentes emociones enumeradas en la hoja de trabajo.
  - a. ¿Qué impacto tuvo esa emoción en su comportamiento?
  - b. ¿Qué impacto tuvo la emoción en el estado de ánimo de las demás personas de su unidad de trabajo?
3. Pídales que se centren en dos aspectos importantes de cada emoción:

NOTA: Ofrezca ejemplos de su propia experiencia personal que puedan ayudar a los participantes, por ejemplo: En el trabajo, cuando estoy enojado, suelo estar muy callado. Normalmente, me gusta hablar y contar chistes, pero cuando estoy enfadado, tiendo a cerrarme.

4. Pídale a los participantes que discutan las incidencias y sus reacciones a las emociones enumeradas en la hoja de trabajo. Pídales que discutan también la forma en que los demás reaccionan a sus emociones.

Plantee las preguntas siguientes:

- ¿Cuáles son algunas de las reacciones más comunes frente al enojo del líder?
- ¿Cuáles son algunas de las reacciones más comunes frente al optimismo y orgullo del líder?
- ¿Cuándo es mejor mantener bajo control las emociones y no expresarlas a nuestros empleados?
- ¿Cuándo puede resultar útil el expresar nuestras emociones a nuestros empleados?
- ¿Cuáles son las directrices que usted sugeriría para demostrar las emociones negativas?
- ¿Cuáles son las directrices que usted sugeriría para demostrar las emociones positivas?

### **Descripción de la Actividad**

A partir de los comentarios surgidos, finalice la actividad resaltando el reconocimiento de las emociones para su consecuente control en todos los contextos de la vida.

## REFERENCIAS

- Alles, M. (2008). *Diccionario d comportamientos. Gestión por competencias*. Buenos Aires, Argentina: Granica.
- Ander, E. y Aguilar, M. (2001). *El trabajo en equipo*. México D.F, México: Progreso.
- Borrel, F. (2004). *Cómo Trabajar en Equipo y crear relaciones de calidad con jefes y compañeros*. Barcelona, España: Gestión 2000.
- Casado, C. (2009). *Entrenamiento emocional en el trabajo*. Madrid, España: ESIC.
- Construyet (2008). *Taller “Jóvenes productivos” Manual para el Instructor*. Artículo recuperado el 27 de marzo del 2014, de <http://www.productividad.org>.
- González, M. (1998). *Cómo mejorar las relaciones humanas. Con enfoque al crecimiento personal empresarial*. México D.F, México: Ediciones Fiscales.
- Lynn, A. (2000). *50 Actividades para desarrollar la Inteligencia Emocional*. Madrid, España: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Marcuello, A. (2001). *Habilidades de comunicación: Técnicas para la Comunicación Eficaz*. Artículo recuperado el 27 de marzo del 2014, de <http://www.psicologia-online.com>
- Winter, R. (2000). *Manual de trabajo en equipo*. Madrid, España: Díaz de Santos.



## FORMATO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

### PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO

**Identificación del experto:**

Fecha: / /2014

Nombre: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez de contenido de los talleres del “Programa de Entrenamiento”, a ser aplicados en el estudio titulado "Efectos de un Programa de Entrenamiento sobre las Competencias Laborales y los niveles de Ansiedad Estado en pacientes diagnosticados con Esquizofrenia tipo Paranoide".

El programa de entrenamiento consta de tres (3) talleres; el primero Modalidades de Contacto, segundo Trabajo en Equipo y tercero Autocontrol, los talleres están conformado en 2 sesiones de 2 horas académicas cada uno, haciendo un total de 4 horas semanales; la duración total está conformada en tres (3) semanas.

A continuación se le presenta por cada taller una serie de preguntas con el fin de validar si el contenido del mismo es apropiado o no con la competencia a ser trabajada, deberá responder con una (X) o con (√); en el caso de que su respuesta sea en el nivel más bajo de la categoría, por favor colocar el por qué del mismo.

Al final de cada juicio posee de un espacio para colocar observaciones y/o sugerencias que considere sean necesarias.

Atentamente,

Br. Ivanna Pérez

Br. Estefany Sánchez

## MODALIDADES DE CONTACTO

### Taller 1

1. Posee un lenguaje claro y preciso para su comprensión.

Suficiente\_\_\_ Medianamente Suficiente\_\_\_ Insuficiente\_\_\_

¿Por qué?:

2. Cree que la información contenida está acorde a la competencia Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Por qué?:

3. Considera que la información puede tener una influencia en el participante

Positiva\_\_\_ Moderada\_\_\_ Negativa\_\_\_

¿Por qué?:

4. Considera que el contenido del video es pertinente con la competencia

Suficiente\_\_\_ Medianamente Suficiente\_\_\_ Insuficiente\_\_\_

¿Por qué?:

5. El contenido del video puede producir un impacto positivo en los participantes a fin de reforzar la competencia en ellos mismos

Positiva\_\_\_ Moderada\_\_\_ Negativa\_\_\_

¿Por qué?:

- Pertinencia de la actividad con la competencia Modalidades de Contacto

Actividad	Suficiente	Medianamente Suficiente	Insuficiente
<b>DILE DÓNDE VA</b>			

Observaciones:

- La actividad puede Reforzar o Incrementar el nivel de competencia del participante

Actividad	Alto	Moderado	Bajo
<b>DILE DÓNDE VA</b>			

Observaciones:

6. Considera que la actividad es adecuada para que un paciente psiquiátrico, en modalidad de hospitalización pero estabilizado, pueda participar Si\_\_ No\_\_

¿Por qué?:

7. Está de acuerdo con la realización de la actividad para el taller de Modalidades de Contacto Si\_\_ No\_\_

¿Por qué?:

## TRABAJO EN EQUIPO

### Taller 2

1. lenguaje claro y preciso para su comprensión.

Suficiente\_\_\_\_ Medianamente Suficiente\_\_\_\_ Insuficiente\_\_\_\_

¿Por qué?:

2. Cree que la información contenida está acorde a la competencia Si\_\_ No\_\_

¿Por qué?:

3. Considera que la información puede tener una influencia en el participante

Positiva\_\_\_\_ Moderada\_\_\_\_ Negativa\_\_\_\_

¿Por qué?:

4. Considera que el contenido del video es pertinente con la competencia

Suficiente\_\_\_\_ Medianamente Suficiente\_\_\_\_ Insuficiente\_\_\_\_

¿Por qué?:

5. El contenido del video puede producir un impacto positivo en los participantes a fin de reforzar la competencia en ellos mismos

Positiva\_\_\_ Moderada\_\_\_ Negativa\_\_\_

¿Por qué?:

Observaciones:

- Pertinencia de la actividad con la competencia Trabajo en Equipo

Actividad	Suficiente	Medianamente Suficiente	Insuficiente
LOS HUEVOS DESORDENADOS			

Observaciones:

- La actividad puede Reforzar o Incrementar el nivel de competencia del participante

Actividad	Alto	Moderado	Bajo
LOS HUEVOS DESORDENADOS			

Observaciones:

6. Considera que la actividad es adecuadas para que un paciente psiquiátrico, en modalidad de hospitalización pero estabilizado, pueda participar Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Por qué?:

7. Está de acuerdo con la realización de la actividad para el taller de Modalidades de Contacto Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Por qué?:

Observaciones:

## AUTOCONTROL

### Taller 3

1. lenguaje claro y preciso para su comprensión.

Suficiente\_\_\_ Medianamente Suficiente\_\_\_ Insuficiente\_\_\_

¿Por qué?:

2. Cree que la información contenida está acorde a la competencia Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Por qué?:

3. Considera que la información puede tener una influencia en el participante

Positiva\_\_\_ Moderada\_\_\_ Negativa\_\_\_

¿Por qué?:

4. Considera que el contenido del video es pertinente con la competencia

Suficiente\_\_\_ Medianamente Suficiente\_\_\_ Insuficiente\_\_\_

¿Por qué?:

5. El contenido del video puede producir un impacto positivo en los participantes a fin de reforzar la competencia en ellos mismos

Positiva\_\_\_ Moderada\_\_\_ Negativa\_\_\_

¿Por qué?:

- Pertinencia de la actividad con la competencia Autocontrol

Actividad	Alto	Moderado	Bajo
<b>EMOCIONES: SABER EXPRESARLAS Y CONTROLARLAS</b>			

Observaciones:

- La actividad puede Reforzar o Incrementar el nivel de competencia del participante

Actividad	Alto	Moderado	Bajo
EMOCIONES: SABER EXPRESARLAS Y CONTROLARLAS			

Observaciones:

6. Considera que la actividad es adecuada para que un paciente psiquiátrico, en modalidad de hospitalización pero estabilizado, pueda participar Si\_\_ No\_\_

¿Por qué?:

7. Está de acuerdo con la realización de la actividad para el taller de Modalidades de Contacto Si\_\_ No\_\_

¿Por qué?:

**OBSERVACIONES GENERALES:**

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**FORMATO PARA LA VALIDEZ DE LA ENTREVISTA POR INCIDENTES CRITICOS**

GUÍA PARA ENTREVISTA DE INCIDENTES CRÍTICOS							
BASADO EN EL DICCIONARIO DE COMPETENCIAS LABORALES DE MARTHA ALLES							
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO							
Nombre y Apellido:		Correo electrónico					
A continuación se presentan tres (03) competencias laborales extraídas del Diccionario de Competencias Laborales de Martha Alles (2008), que conforman la Entrevista de Incidentes Críticos a realizarse a los pacientes psiquiátricos que conformarán la muestra de la investigación . Al realizar su experticia, deberá colocar "SI" cuando considere que el caso hipotético planteado es pertinente para la medición de la competencia, partiendo de la definición general de la misma. Es importante destacar que, por la naturaleza de la muestra, la formulación de estos casos procura ser directa y poco							
COMPETENCIAS	DEFINICIÓN	CASOS HIPOTÉTICOS			PERTINEN TE	NO PERTINEN TE	OBSERVACIONES
<b>Modalidades de contacto</b>	Es la capacidad de demostrar una sólida habilidad de comunicación y asegurar una comunicación clara. Alienta a otros a compartir información. Habla por todos y valora las contribuciones de los demás. En un concepto más amplio, comunicarse implica saber escuchar y hacer posible que los demás accedan fácilmente a la información que se posea.	¿Qué harías si...?	Te encontraras con alguien a quien no quieres saludar.	¿Cómo te sentirías?			
			Observas que alguien se ve forzado a hacer algo que no le corresponde hacer.				
			Cuando estás viendo un programa en el televisor, alguna de las personas con las que vives te cambia el canal sin consultar.				
			Tuvieras que hacer una pregunta en voz alta ante un grupo de personas.				
<b>Trabajo en equipo</b>	Es la capacidad de participar activamente en la prosecución de una meta común subordinando los intereses personales a los objetivos del equipo.	¿Qué harías si...?	Tuvieras que participar en una actividad con una persona que no es de tu agrado.	¿Cómo te sentirías?			
			Formaras parte de un grupo en el que todos alcanzan un acuerdo sobre algo, y tu no estas de acuerdo.				
			Tuvieras que realizar una tarea con personas desconocidas.				
			Siempre realizaras una actividad con tu propio estilo, y luego tuvieras que hacerla con personas que tienen estilos diferentes.				
<b>Autocontrol</b>	Es la capacidad para controlar las emociones personales y evitar las reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad de los demás o cuando se trabaja en condiciones de estrés. Asimismo, implica la resistencia a condiciones constantes de estrés.	¿Qué harías si...?	Trataras de contactar durante el día a una persona para algo importante para ti, y ésta nunca te devolviera la llamada.	¿Cómo te sentirías?			
			Alguna actividad a la que te dedicaste no resultó bien.				
			Tropiezas a una persona y ésta responde de forma agresiva.				
			Pides a alguien que realice una tarea y no la hace como tu se lo indicaste.				

### ENTREVISTA DE INCIDENTES CRÍTICOS

<b>Modalidades de contacto</b>	¿Qué harías si...?	Te encontraras con alguien a quien no quieres saludar.	¿Cómo te sentirías?
		Observas que alguien se ve forzado a hacer algo que no le corresponde hacer.	
		Cuando estás viendo un programa en el televisor, alguna de las personas con las que vives te cambia el canal sin consultar.	
		Tuvieras que hacer una pregunta en voz alta ante un grupo de personas.	
<b>Trabajo en equipo</b>	¿Qué harías si...?	Tuvieras que participar en una actividad con una persona que no es de tu agrado.	¿Cómo te sentirías?
		Formaras parte de un grupo en el que todos alcanzan un acuerdo sobre algo, y tu no estas de acuerdo.	
		Tuvieras que realizar una tarea con personas desconocidas.	
		Siempre realizaras una actividad con tu propio estilo, y luego tuvieras que hacerla con personas que tienen estilos diferentes.	
<b>Autocontrol</b>	¿Qué harías si...?	Trataras de contactar durante el día a una persona para algo importante para ti, y ésta nunca te devolviera la llamada.	¿Cómo te sentirías?
		Alguna actividad a la que te dedicaste no resultó bien.	
		Tropiezas a una persona y ésta responde de forma agresiva.	
		Pides a alguien que realice una tarea y no la hace como tu se lo indicaste.	

**INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN IDARE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Algunas expresiones que las personas usan para describirse le serán presentadas a continuación. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente usted ahora mismo*, es decir, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, sin embargo trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora. La información que coloque en este inventario será manejada de forma estrictamente confidencial.

	<b>NO</b>	<b>UN POCO</b>	<b>BASTANTE</b>	<b>MUCHO</b>
Me siento calmado	1	2	3	4
Me siento seguro	1	2	3	4
Estoy tenso	1	2	3	4
Estoy contrariado	1	2	3	4
Me siento a gusto	1	2	3	4
Me siento alterado	1	2	3	4
Estoy alterado por algún contratiempo	1	2	3	4
Me siento descansado	1	2	3	4
Me siento ansioso	1	2	3	4
Me siento cómodo	1	2	3	4
Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
Me siento nervioso	1	2	3	4
Estoy agitado	1	2	3	4
Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
Me siento relajado	1	2	3	4
Me siento satisfecho	1	2	3	4
Estoy preocupado	1	2	3	4
Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
Me siento alegre	1	2	3	4
Me siento bien	1	2	3	4

**SOLO PARA USO DEL EVALUADOR**

PUNTAJE TOTAL ÍTEMS DIRECTOS: \_\_\_\_\_

PUNTAJE TOTAL ÍTEMS INVERSOS: \_\_\_\_\_

PUNTAJE TOTAL DEL INVENTARIOS: \_\_\_\_\_