

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO 21

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



UNIVERSIDAD
EMPRESARIAL
SIGLO 21

Trabajo final de Licenciatura

**“PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES
SOCIALES COMUNICACIONALES CON PACIENTES
INSTITUCIONALIZADOS EN NEUROPSIQUIÁTRICOS Y
SUS FAMILIAS”**

Autor

RICCIO MARIELA VERÓNICA

2011

RESUMEN

El presente trabajo consiste en un Proyecto de Aplicación Profesional (PAP), que tiene como objetivo implementar un programa de entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales a pacientes institucionalizados en un neuropsiquiátrico y a sus familias. Para llevar adelante dicho taller se deberá conformar un grupo integrado por 10 participantes máximo del Sanatorio León Morra y sus respectivas familias. El mismo consiste en ocho encuentros con una duración de dos horas cada uno que se realizan con los pacientes y en forma paralela con sus familiares, desarrollándose en cada uno actividades y se les proporcionan diversas técnicas de Entrenamiento en Habilidades Sociales para mejorar las interacciones entre los pacientes y sus familias.

Con respecto a la evaluación del impacto del Programa de Entrenamiento se administrará el Inventario De Habilidades Sociales de Del-Prette (IHS).

Como resultado del entrenamiento en habilidades sociales, se procura que los familiares lleguen a ser menos críticos, castigadores e intrusivos sobre la conducta del sujeto y aprendan a proponer objetivos más realistas para ellos y su pariente enfermo. De este modo aprenden juntos cómo comunicarse eficazmente entre ellos y con el exterior. El poder comunicarse, afrontar y resolver eficazmente los problemas en forma conjunta, reducen el deterioro y las incapacidades de los trastornos mentales graves, así como también la carga familiar y al mismo tiempo, aumentan al máximo la adaptación social e instrumental.

Palabras claves: Teoría cognitiva social - Habilidades Sociales - Habilidades Comunicacionales - Inventario de Habilidades Sociales - Pacientes psiquiátricos institucionalizados - Trastorno mental - Teoría sistémica - Familia.

ABSTRACT

The present work consists in a project of professional application (PAP), which aims to implement a programme of training in communication skills to patients institutionalized in a neuropsychiatric and their families. To carry out this workshop must form a group composed of 10 participants maximum of sanatorium León Morra and their respective family. It consists in eight matches with a duration of two hours each are made with patients and in parallel with their families, to develop in each activity and are provided with various techniques of social skills training to improve the interactions between patients and their families.

With regard to the assessment of the impact of the training programme will administer the Inventory Of Del-Prette's Social Skills (IHS).

As a result of social skills training, the family seeks to become less critical, castigators and intrusive on the behavior of the subject and learn to propose more realistic goals for them and their sick relative. In this way, patients and their families learn together how to communicate effectively with each other and the outside. The to communicate, deal with and effectively solve problems jointly, reduce impairment and disabilities of serious mental disorders, as well as the family burden and at the same time, increase to maximum social and instrumental adaptation.

Keywords: Social cognitive theory - social skills - skills communication - Inventory of Social Skills - psychiatric patients institutionalized - disorder mental - systemic theory - family.

ÍNDICE

Introducción	7
Justificación y antecedentes	11
Objetivos	14
Marco teórico	15
CAPITULO I:	
LA SALUD MENTAL, LA ENFERMEDAD Y LOS TRASTORNOS MENTALES	
MENTALES	16
La salud mental	16
La enfermedad mental y los trastornos mentales	18
El tratamiento de la enfermedad mental	20
La salud y la enfermedad mental en la Argentina	24
CAPITULO II:	
EL ENFERMO PSIQUIÁTRICO	32
Estigma y derechos del enfermo psiquiátrico	32
El enfermo psiquiátrico institucionalizado	38
El hospital de día psiquiátrico como dispositivo terapéutico	41
CAPITULO III:	
EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO Y LA FAMILIA	44
El pensamiento sistémico	44
La familia desde la perspectiva sistémica	46
La familia del enfermo psiquiátrico	52
El paciente psiquiátrico en el hogar y la sociedad	55
CAPITULO IV:	
HABILIDADES SOCIALES COMUNICACIONALES CON PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS	57
La teoría cognitiva social	57
Las habilidades sociales	60
Los elementos que componen las habilidades sociales	64
La habilidad social comunicacional y sus componentes	67
El entrenamiento en habilidades sociales y sus técnicas	74

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

El entrenamiento en habilidades sociales en formato grupal	80
El entrenamiento en habilidades sociales y la rehabilitación psiquiátrica	82
Entrenamiento de habilidades sociales en la familia del paciente psiquiátrico	86
Relevamiento institucional general	90
Oferta de servicio	90
Organigrama de la organización	92
Estructura organizativa	93
Diagnostico situacional institucional	94
Participantes	94
Instrumentos	94
Consideraciones éticas	95
Resultados diagnósticos (FODA)	96
Proyecto de aplicación profesional	100
Modalidad de intervención	101
Cronograma	103
Planificación	103
Lugar	104
Recursos humanos	104
Recursos materiales	104
Actividades	107
Programa de talleres de entrenamiento en habilidades sociales con pacientes	107
- Objetivos	107
- Encuentros	108
Programa de talleres de entrenamiento en habilidades sociales con familiares	131
- Palabras preliminares	131
- Encuentros	132
Evaluación del impacto del proyecto de aplicación Profesional	141

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes
institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Reflexiones finales	144
Referencias bibliográficas	146
Anexos	158

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consiste en un Proyecto de Aplicación Profesional (PAP), que implica sistematizar acciones con el objetivo de modificar una situación a partir de una determinada demanda o necesidad institucional; detectada inicialmente a través de un diagnóstico organizacional. El PAP consiste en la realización de un taller para mejorar la habilidad comunicacional mediante el entrenamiento en habilidades sociales en pacientes psiquiátricos que concurren al Hospital de Día del Sanatorio Morra y para sus familias. La finalidad consiste en entrenar las habilidades de comunicación para mejorar las interacciones entre los pacientes y sus familias.

El Hospital de Día psiquiátrico es una alternativa a la institucionalización del enfermo, acorde a las estrategias propuestas para la reinserción social y mantenimiento de tratamientos.

Para el intercambio social, las personas deben actuar disponiendo de capacidades conductuales, cognitivas y emocionales.

Las habilidades sociales son un conjunto de capacidades de actuación o conductas aprendidas que permiten la interacción social mediante la expresión adecuada de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, respetando esas conductas en los demás; resolviendo los problemas inmediatos de la situación y minimizando la probabilidad de futuros problemas. Por ser aprendidas, son habilidades susceptibles de ser modificadas.

Las habilidades sociales tienen una dimensión situacional; una dimensión cultural y una dimensión personal en la que existen destrezas cognitivas y conductuales.

Entre las destrezas conductuales se encuentran las conductas verbales y no verbales, utilizadas para la puesta en práctica de la decisión que proviene de procesos cognitivos y necesarias para el desarrollo de la conducta interpersonal.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

En este sentido, las habilidades sociales implicadas en una interacción social, se componen de diferentes elementos como la mirada, la expresión facial, los gestos, la postura corporal, la orientación, la distancia o el contacto físico y la conducta espacial. Entre esos elementos, la comunicación en general, con su contenido verbal, la fluidez y duración de una conversación y la conducta no verbal, incluyendo aquí la calidad de la voz y los gestos, que junto a la mirada, constituyen componentes básicos de la habilidad social, porque son utilizadas para la puesta en práctica de la decisión proveniente de procesos cognitivos.

Así, la habilidad social comunicacional es un componente básico de las interacciones sociales y se constituye por la articulación compleja entre señales verbales y no verbales.

En el ámbito de la familia, el déficit de habilidades sociales comunicacionales conduce a una relación disfuncional, que dificulta la comunicación, la negociación y la resolución de conflictos.

La familia es un sistema relacional caracterizado por la comunicación directa entre sus miembros, con interacciones relativamente exclusivas, conciencia de pertenencia al grupo, objetivos comunes y compartidos, además de organización y reglas específicas de funcionamiento (Grosman, 1995).

En el caso de un enfermo mental, la familia incide en la evolución de la enfermedad. La actitud que los miembros del sistema familiar asuman ante el enfermo, el nivel de estrés que se viva en su seno, el rechazo afectivo como la sobreprotección, pueden aumentar el número de recaídas del paciente psiquiátrico. Para evitar posteriores institucionalizaciones psiquiátricas, los familiares tienen que comprender qué le pasa al enfermo, necesitan psicoeducación, información y consejo, lo que sumado al cumplimiento del tratamiento y con medidas de rehabilitación adecuadas, mejorarán el pronóstico.

Estas familias de pacientes con trastornos mentales crónicos son quienes asumen las responsabilidades primarias de atención tras producirse la desinstitucionalización. Para la mayoría de los enfermos psiquiátricos, la familia

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

constituye la fuente primordial de compañerismo, de participación en actividades y de ayuda para afrontar los problemas cotidianos (Cuevas, 2000).

Durante el proceso de rehabilitación psiquiátrica de los enfermos, será fundamental mejorar el desenvolvimiento social e instrumental del sujeto por medio de procesos de entrenamiento y reeducación, pero pese a ello, dadas las condiciones de enfermedad mental, pueden persistir ciertos déficits o limitaciones que pueden desalentar al paciente mismo, a su familia y al equipo de rehabilitación (Cuevas, 2000).

Los familiares pueden verse sobre-implicados, de manera que un exceso de estrés; las habilidades deficientes en la resolución de problemas y un afrontamiento deficitario, pueden conducir a la reaparición o incremento de los síntomas, como resultado de un equilibrio precario entre el estrés ambiental y las habilidades de resolución de problemas individuo y su familia (Cuevas, 2000).

En este sentido, los esfuerzos para mejorar el repertorio de habilidades del paciente constituyen un factor clave. No obstante, en función del importante rol que cumple la familia en la instancia de rehabilitación, será conveniente y tal vez, necesario, modificar el entorno familiar del paciente (Cuevas, 2000).

Strachan (1986, citado en Cuevas, 2000) menciona que intervenciones recientes dirigidas a perseguir la modificación del entorno familiar, han reducido la cantidad de recaídas y reingresos de pacientes con esquizofrenia.

La eficacia de intervenciones familiares se presenta en la adherencia al tratamiento, la comunicación familiar y el funcionamiento familiar en general, con disminución de la recurrencia de nuevos episodios que requieren la hospitalización (Miklowitz, 2008; Miklowitz, George & Richards, 2003; Simoneau, Miklowitz, Richards, Saleem & George, 1999; Rea, 2003; Reinares, 2002; citados en Restrepo Rivera & Acevedo Velasco, 2009).

Como resultado del entrenamiento en habilidades sociales, los familiares llegan a ser menos críticos, castigadores e intrusivos sobre la conducta del sujeto y aprenden a proponer objetivos más realistas para ellos y su pariente enfermo. De este modo, pacientes y familiares aprenden juntos cómo comunicarse eficazmente entre ellos y con el exterior. El poder comunicarse,

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

afrontar y resolver eficazmente los problemas en forma conjunta, reducen el deterioro y las incapacidades de los trastornos mentales graves, así como también la carga familiar y al mismo tiempo, aumentan al máximo la adaptación social e instrumental (Cuevas, 2000).

Las habilidades de comunicación y de resolución de problemas se imparten sistemáticamente a través de una explicación de cada habilidad, instrucciones graduales para el empleo de la habilidad, demostraciones y práctica por medio de ensayo conductual y tareas para hacer en casa destinadas a lograr la generalización (Cuevas, 2000).

Teniendo en cuenta que las habilidades comunicacionales son un componente básico de las interacciones sociales que permite una relación familiar más funcional, facilitando la efectividad de la comunicación, así como la negociación y la resolución de conflictos, este estudio se plantea el mejoramiento de las interacciones entre enfermos psiquiátricos que concurren al Hospital de Día del Sanatorio Morra y sus familiares mediante el entrenamiento en habilidades sociales de comunicación.

JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

Los orígenes del movimiento de habilidades sociales se remontan a los comienzos del siglo XX, con los primeros programas de entrenamiento dirigidos a niños con déficit en su conducta social, aunque el término comienza a cobrar fuerza en todo el mundo en la segunda mitad de los años setenta. Inicialmente, el foco de interés de este campo de estudio fue el desarrollo de habilidades sociales en el contexto clínico, aunque en la década de 1980 se ha extendido en los ámbitos del desempeño profesional y laboral, hasta la tendencia actual de promover la generalización y el mantenimiento de ese repertorio de conductas interpersonales en las prácticas sociales cotidianas.

En lo que hace al entrenamiento de habilidades sociales en el ámbito de la salud mental, los trabajos de Liberman, Mauser y Wallace (1986), Bellack (1993), Donahoe y Driesenga (1998), Halford y Hayes (1991) avalan la eficacia y la utilidad del Entrenamiento en Habilidades Sociales para la esquizofrenia y demás trastornos graves. Los aportes surgidos de los datos de estas investigaciones resultaron lo suficientemente sólidos como para ser incluidos como recomendación en la Guía Práctica de la Esquizofrenia de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1999).

En el estudio llevado adelante por Bellack (1984) quedó claro que los pacientes que recibían entrenamiento en habilidades sociales presentaban un mejor control de los síntomas e índices menores de recaídas (citado en Caballo, 2000).

Los trastornos psiquiátricos presentan síntomas e incapacidades relacionados con el afrontamiento y la competencia de un individuo vulnerable, por lo que el entrenamiento en habilidades sociales en el paciente puede mejorar su dominio del estrés, reducir la probabilidad de recaídas y elevar su adaptación social (Cuevas, 2000).

Los medios para el entrenamiento en habilidades sociales han mejorado y ha aumentado su validación empírica durante los últimos diez años en el caso de pacientes psiquiátricos crónicos (Cuevas, 2000).

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Los estudios demuestran que los pacientes que han seguido un entrenamiento en habilidades sociales son percibidos por las personas de la comunidad como más adaptados socialmente, contando con un mejor y duradero funcionamiento social, una mayor calidad de vida y remisiones clínicas (Cuevas, 2000).

De este modo, los procedimientos de entrenamientos en habilidades sociales han tenido un relativo éxito al enseñar a los pacientes conductas situacionales específicas en los marcos clínicos y académicos, aunque, si bien muchos servicios de salud mental y clínicas ofrecen grupos de socialización para los pacientes mentales crónicos, muy pocos ofrecen entrenamiento sistemático y estructurado en habilidades sociales (Cuevas, 2000).

La persona con incapacidad psiquiátrica debe comprometerse lo más posible con los objetivos de la rehabilitación. Ello implica que deberá desarrollar una relación de mutua confianza, respeto y empatía con los profesionales; mejorar su desenvolvimiento social e instrumental, readaptarse a convivir nuevamente en el seno de su familia y ampliar su red social, entre otros aspectos. Sin embargo, esto no siempre es posible de lograr.

Montero (1998), destaca que un estudio efectuado por Garita en 1996, da cuenta que de 389 pacientes estudiados, el 79,9% (n = 311), no tenían contención al egreso de su institucionalización.

Cabe destacar que cuando un individuo asume el rol de paciente interno en la institución psiquiátrica, necesita adaptarse a un nuevo status enfrentando el desarraigo de su familia, sus afectos, sus pertenencias personales, sus actividades laborales y de otro tipo desarrolladas cotidianamente, lo que requerirá el atravesamiento de situaciones de crisis.

Ante la desinstitucionalización en pos de su rehabilitación, el enfermo psiquiátrico deberá reinsertarse nuevamente en su ámbito social y familiar, sin ser excluido o discriminado.

Sin embargo, la principal red de contención del enfermo mental será su familia, la que cumplirá un rol fundamental en el proceso de rehabilitación.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Los modelos de rehabilitación más usados actualmente en los enfermos mentales consisten en aumentar la comprensión familiar y disminuir la emoción expresada, los modelos basados en el afrontamiento de habilidades sociales apuntan al aprendizaje para promover la adquisición, generalización y permanencia de habilidades como aseo, cocina, autoadministración de medicamentos, transporte, tiempo libre; los modelos de potenciación e incentivación de modelos socialmente competentes actúan sobre la des-socialización procurando el aumento de la estimulación social con el ambiente, contemplando las áreas de vivienda, trabajo, familia y amigos, autocuidado e independencia, actividades sociales y recreativas y los modelos basados en las expectativas y la hipo-hiperestimulación, trabajando con el trabajo y la casa (Calzadilla Fierro, 2000).

Como puede observarse, todos ellos colocan la atención en la familia del enfermo psiquiátrico.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Implementar un entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales a pacientes institucionalizados en un neuropsiquiátrico y a sus familias.

Objetivos específicos

- Promover habilidades comunicacionales en los pacientes institucionalizados y sus familias.
- Lograr que los pacientes y los familiares identifiquen sus disfunciones comunicacionales en los vínculos con los otros.
- Mejorar la comunicación de los pacientes institucionalizados y sus familias proporcionando alternativas de experiencias mediante la puesta en práctica de conductas comunicacionales socialmente habilidosas
- Realizar un acompañamiento terapéutico durante el primer periodo de inclusión con el miembro institucionalizado y la familia.

∞ MARCO TEÓRICO ∞

"Hablo porque conozco mis necesidades,
dudo porque no conozco las tuyas.
Mis palabras vienen de mi experiencia de vida.
Tu entendimiento viene de la tuya.
Por eso, lo que yo digo, y lo que tú oyes,
puede no ser lo mismo.
Por lo que si tu escuchas cuidadosamente,
no sólo con tus oídos, sino también
con tus ojos y tu corazón,
puede ser que logremos comunicarnos."

Herbert. G.Lingren

CAPITULO I

LA SALUD MENTAL, LA ENFERMEDAD Y LOS TRASTORNOS MENTALES

La salud mental

En un informe titulado *Invertir en Salud Mental*, la OMS (2004) menciona que la salud mental y física y el bienestar social son componentes vitales que están interrelacionados, de modo que la salud mental resulta fundamental para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países. No obstante, no sólo no se le atribuye a la salud mental y los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física, sino que ella ha sido objeto de abandono e indiferencia.

Proclamado por la Federación Mundial para la Salud Mental y co-patrocinado por la Organización Mundial de la Salud se celebró por primera vez el 10 de octubre de 1992 el Día Mundial de la Salud Mental, con la finalidad de acrecentar la conciencia del público en torno a los problemas de salud mental. La conmemoración promueve un debate más franco en torno a los trastornos mentales y las inversiones en servicios de prevención y tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como “el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades” (OMS, 2004, p.4).

Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definida como un

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

estado de bienestar por medio del cual los sujetos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades (OMS, 2004, p.7).

La Ley N° 9848/10 de "Protección de la Salud Mental", de la Provincia de Córdoba, la define como la organización integral e integrada, dentro del sistema general de salud, de los servicios de salud mental públicos o privados y demás recursos compatibles con los objetivos sanitarios en el marco de un proceso continuo de construcción intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria.

Así, la salud mental suele ser definida como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural. Este estado de salud garantiza al individuo su participación laboral, intelectual y social para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Aunque el concepto de salud mental nace por analogía a la salud física, trata de fenómenos más complejos. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, así como con el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Por eso, la OMS ha asegurado que no existe una definición oficial acerca de la salud mental, ya que ésta siempre aparece influenciada por las diferencias culturales y la subjetividad.

La salud mental no es más que la mera ausencia de trastornos mentales (OMS, 2004), aunque en el campo de la salud mental, en la actualidad se considera más adecuado utilizar el término trastorno mental en lugar de enfermedad mental, ya que este último puede asociarse a estigmatización social. Pese a que la concepción contemporánea y científica vigente de la enfermedad mental llega de la mano de la psiquiatría, sin embargo, la locura como enfermedad, también es una invención histórica y relativa (Capellino, 2010).

La enfermedad mental y los trastornos mentales

La enfermedad mental es un concepto enmarcado en la psiquiatría y medicina. Algunos autores refieren a ella como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida (OMS, 2004).

Capellino (2010) destaca que la concepción de la locura como una enfermedad es una construcción histórica moderna, cuestionándose su condición misma de enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social en la antipsiquiatría.

Pérez (2006) menciona que antiguamente las enfermedades mentales han sido terreno de la magia y la religión, atribuidas a una suerte de posesión o afectación de parte de espíritus malignos.

En la Edad Media el debate del hombre con la demencia se poblaba de imágenes que trataban de la Caída y de la Redención, de la Bestia, de la Metamorfosis, y de todos los secretos maravillosos del Saber (Capellino, 2010).

A principios del Renacimiento, la locura nace del corazón del hombre, arreglando y desarreglando su conducta y mientras avanzaron los años el discurso del loco anunciaba el reino de Satán y el fin del mundo, el Apocalipsis, la tragedia final, el advenimiento del Anticristo, base sobre la cual se formará la experiencia moral de la locura que desembocó en la identificación entre locura - enfermedad mental. Con Descartes se inaugura el camino para convertir a la locura en objeto del conocimiento racional, para conjurar sus poderes en la certeza de la objetividad científica. Así, el sujeto pensante, racional, tenía la imposibilidad de estar loco, existiendo la certeza de que pensamiento y locura se excluyen (Capellino, 2010).

Para Foucault, a fines de la modernidad y comienzos de la edad Contemporánea se produce la formación de la psiquiatría positiva a partir de dos acontecimientos: la creación del Hospital General en Francia, el “gran

encierro” de los pobres, en 1657, y la liberación de los encadenados del Hospicio de Bicêtre, en 1794. Así, se empieza a aprehender la locura como desorganización de la familia, desorden social y con peligro para el Estado (Capellino, 2010).

Se comienzan a realizar tratamientos que, aún arcaicos, incluían incisiones craneales. Los sanatorios mentales comienzan a proliferar en un inicio claramente marcado por la exploración, experimentación, y estudio. Muchos doctores usaban alucinógenos que les permitieran entender la realidad de estas afecciones. Aún en el siglo XX el tratamiento incluía el uso de electroshock para los casos más avanzados y calmantes fuertes que en realidad no mejoraban la evolución del paciente sino que lo dopaban de manera que la enfermedad no era notoria en sí, sólo el efecto del narcótico (Yovanovic, 2010).

Actualmente en el campo de la salud mental, se utiliza el término trastorno mental.

El trastorno mental es definido en los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Según el DSM-IV-TR, los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Los autores admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción en la conducta, psicológica o biológica. En el manual se destaca que existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales.

En la clasificación internacional propuesta por la OMS (CIE-10), el quinto capítulo refiere a los Trastornos mentales y del comportamiento. El término "trastorno" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

El tratamiento de la enfermedad mental

Pacheco Caballero (1999) menciona que el tratamiento del enfermo mental ha pasado por una serie de etapas: marginalidad, asilar, institucional, social y comunitaria.

La *etapa de marginalidad* se caracteriza por el aislamiento y la agresión. En esta etapa no había atención y/o cuidados a los enfermos (Pacheco Caballero, 1999).

Cuando antiguamente las enfermedades mentales eran atribuidas a la de la magia y la religión, los tratamientos consistían en rituales de limpieza efectuados por el chamán, sacerdote, o cualquier representante de las deidades (Yovanovic, 2010).

Con el desarrollo de las religiones, entre ellas el cristianismo, las alteraciones mentales son vistas como manifestaciones de castigos divinos o posesiones diabólicas. Los enfermos mentales son marginados, separados, incluso sacrificados (Pacheco Caballero, 1999).

En la Edad Media, los tratamientos implicaban una aceptación de una maldición de Dios que aquejaba a la familia y, siendo esto una deshonra, se optaba por el secreto y el encierro, ocultando de la sociedad a quienes

padecían estos trastornos. A principios del siglo XVII, durante la época de la ilustración, la medicina aborda tales afecciones como una realidad médica abandonando lo espiritual (Yovanovic, 2010).

Con el establecimiento del Nuevo Régimen, tras la Ilustración y la Revolución Francesa, se cambia el poder religioso por el poder civil. Los trastornos mentales empiezan a conceptualizarse como una enfermedad más, que ha de ser tratada por profesionales de la salud (Pacheco Caballero, 1999).

El pensamiento humanista de siglo XVII coloca al ser humano en el centro del universo, se asiste al inicio de un nuevo concepto de persona, como el conjunto de los nexos entre lo somático, lo psicológico y lo social. La enfermedad mental se empieza a percibir ya no como algo mágico, demoníaco, sino como un hecho que se estudia desde las diversas ciencias: Psicología, Psiquiatría, Antropología y Sociología. Se percibe como una alteración más dentro del continuo salud-enfermedad (Pacheco Caballero, 1999).

La *etapa asilar* comienza con el Humanismo del siglo XVIII, donde los "locos" debían ser *protegidos*, y por ello se les ingresaba de por vida en instituciones (que eran en esa época las antiguas leproserías) para cubrir sus necesidades básicas. Así la sociedad los ocultaba y los aislaba (Pacheco Caballero, 1999).

La *etapa institucional* se da a partir de 1800, cuando los trastornos mentales se consideran una enfermedad, los médicos, inexistentes en las primitivas instituciones, van asumiendo el liderazgo del área (Pacheco Caballero, 1999). Serán objeto de las prácticas institucionales aquellas personas que se consideraban “disfuncionales”, “peligrosos” que de alguna forma desafían las normas vigentes y el sistema social, es decir aquellos que se aparten de la razón moderna (Michelli; Barbieri; Bincaz; Dicroce; Dilema & Jessen, 2006).

Los hospitales neuropsiquiátricos o manicomios nacen como necesidad de la instauración de un nuevo sistema social, que exigirá de este tipo de

instituciones una respuesta organizada a diversas manifestaciones que remiten a la Cuestión Social. Específicamente surge a partir de la Revolución Francesa (1889), cuando se instaura la razón como valor universal que llevaría al progreso de la sociedad (Michelli; et al., 2006).

Los manicomios surgen como una inmensa institución que guarda a quienes se enfrentan al arbitrio de la norma y la razón; como una modalidad de la sociedad para imponer límites a la transgresión (Montero, 1998).

Galende plantea que el manicomio es la estrategia social para hacer controlable, regulable, la locura o el desecho, el muro que restablece un exterior libre de ellos, limpio, razonable (citado en Michelli; et al., 2006).

A principios del siglo XIX se va configurando el manicomio como la institución específica para la atención del enfermo mental desempeñando diferentes funciones. Por un lado, se encuentra una función médica, de tratamiento y curación y por otro lado una función social, siendo el manicomio un lugar de asilo y refugio protegido para aquellos que no contaban con los medios ni la capacidad para afrontar la vuelta a su comunidad (Montero, 1998).

Finalmente el manicomio acabará estructurándose como institución total, es decir, un “lugar de residencia donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1961. p.13).

Goffman presenta la noción de institución total en su ensayo “Internados” (*Asylums*), resultado de la investigación de campo que realizó entre 1955 y 1956 en el hospital psiquiátrico St. Elizabeth, en Washington.

La característica central de las instituciones totales es la ruptura de un ordenamiento social básico, de la distinción entre los espacios de juego, descanso y trabajo, en los que por lo general se interactúa con distintos co-participantes, bajo autoridades diversas y sin respetar un plan administrativo muy estricto. Así, las instituciones totales se caracterizan por que todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

autoridad; porque todas las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Esas actividades están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo. Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para el logro de los objetivos propios de la institución (Goffman, 1961. p.20).

En el manicomio, el objetivo terapéutico, el tratamiento médico y el cuidado irán perdiendo peso e irá primando cada vez más la función de control social que la de tratamiento. La segregación, exclusión, las condiciones de vida, la falta de medios, la masificación, el escaso personal, las pocas actividades terapéuticas se convirtieron en las características definitorias de las instituciones psiquiátricas y las consecuencias que tuvieron sobre los internos fueron la cronificación institucional, el deterioro, la despersonalización y la marginación (Montero, 1998).

La *etapa social* surge en 1933 los sociólogos de la Escuela de Chicago estudian al enfermo mental en su entorno social, se analiza la microsociedad y la cultura de los hospitales psiquiátricos, el deterioro y cronificación de los enfermos ingresados (Pacheco Caballero, 1999).

Montero (1998) sostiene que la atención en salud mental tiene como eje principal, en el presente, al hospital psiquiátrico, que deriva históricamente de los asilos para locos o manicomios. Un hospital psiquiátrico es un establecimiento de salud, dedicado al diagnóstico y tratamiento de patologías psiquiátricas o locura (enfermedades mentales) que cuenta con internamiento (aloja a las personas en sus instalaciones). Habitualmente funcionan en la actualidad como hospitales monovalentes (Michelli; et al., 2006).

La *etapa comunitaria* se inicia con la asistencia de los enfermos mentales en hospitales generales, en centros de salud mental ubicados en la

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

comunidad, hospitales de día, unidades de rehabilitación, etc. Este cambio es debido a la importancia que se le da a la familia como responsable de cuidados, la rehabilitación y reinserción del enfermo mental en su entorno habitual y la no marginalidad (Pacheco Caballero, 1999).

En el presente, la tendencia va dirigida hacia la "desmanicomialización o desinstitucionalización", producto del avance en los tratamientos y de las organizaciones de derechos humanos, que consideran necesario aplicar un tratamiento menos restrictivo.

La desinstitucionalización permite remover el proceso institucionalizado de los hospitales psiquiátricos con el fin de reducir trastornos adaptativos y mejorar la calidad de vida. Es el proceso por el que se pasa de mantener a las personas que sufren una enfermedad mental, confinadas en hospitales psiquiátricos o los llamados manicomios, a darles una atención digna e integrada en la sociedad, basados en modelos teóricos de calidad de vida.

Así, los hospitales colonia y los hospitales de día psiquiátricos surgen como alternativas a la institucionalización (Michelli; et al., 2006).

La salud y la enfermedad mental en la Argentina

La enfermedad mental fue teniendo diferentes significaciones en la historia de Argentina, ocupando un lugar en la cultura de estigmatizaciones y prejuicios propios de cada época. En cada período histórico, el poder dominante fue determinante para generar una cultura de la locura en la que se desarrollaron las prácticas de tratamiento (Kazi, Carpintero, Barraco & Vainer, 2007).

En 1919 José Ingenieros describe la situación en la época de la Colonia, donde se clasificaban a los enfermos en tres grupos: los furiosos, los deprimidos y los tranquilos.

Furioso: previa visita de un sacerdote si era blanco o un hechicero si era negro, se lo enviaba a la cárcel teniendo como tratamiento los palazos,

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

ayunos y duchas. Luego del "tratamiento" en la cárcel la familia del furioso podía retirarlo y continuar con el tratamiento ya sea con el Padre o el hechicero. Si aun no se tranquilizaba, podían encarcelarlo de por vida hasta que se tranquilizase o muriese.

Deprimido: eran asistidos en sus domicilios por el Padre o el Brujo, según fuera su color. Sus familias intentaban ocultarlos. No tenían pena de cárcel.

Tranquilo: se dividían en “maniáticos”, “zonzos” y “graciosos” muchas veces eran cobijados en las Cortes y familias adineradas. En efecto, las autoridades de las Indias contaban en sus dependencias con locos parlanchines, que alegraban a las familias y a las cortes con sus locuras, siendo los bufones de turno. No tenían pena de cárcel.

Los encargados de dar cuenta de la locura eran las autoridades. Los enfermos pobres eran integrados a la sociedad de diferentes maneras según su clase social, mientras que a los pudientes se los escondía para evitar el estigma.

Las medidas de seguridad curativa de los enfermos mentales surgen con la escuela positivista con la idea de la peligrosidad y la responsabilidad social, ya que se tomaba en cuenta el determinismo o la existencia de causas que, al combinarse, generaban una conducta particular de la cual el sujeto no podía liberarse (Sanabria Rojas, 1993; citado en Montero, 1998).

Con Pinel surge la psiquiatría y la liberación de los enfermos de las cadenas para dar comienzo a una alienación en la que el loco será recluido en asilos por razones médicas y con el fin de corregirlo y reeducarlo a través de la culpa, el castigo y la recompensa. Así, la psiquiatría estaba determinada por la vocación médica de curar, la inclinación social del alienista para ofrecer un medio que proteja al loco y la protección de la sociedad del loco, considerado como peligroso (Kazi, et al., 2007).

Así, en Argentina, la institucionalización psiquiátrica se realiza entre 1880 y 1910, cuando se comienza a construir hospitales y asilos regionales para responder a los problemas sociales que se denunciaban con respecto a

los “enfermos indigentes, alienados e idiotas” (Kazi, et al., 2007). Los cambios a nivel político, económico, cultural y social, en especial producto de la inmigración, sentaron las bases para la asunción de la presidencia a cargo de Julio A. Roca (1880 – 1886), consolidando el modelo económico agroexportador y el modelo político conservador. Lo que se conoce como la Generación del '80 estaba conformada por la clase favorecida, intelectuales, quienes se encargaban de las cuestiones del poder político. Durante estos años, las influencias europeas se daban en todos los ámbitos, y en lo que hace al pensamiento, el positivismo llegó al territorio, poniendo de relieve la relación enajenación - locura, peligrosidad, criminalidad, delito, pena e inimputabilidad. Así surge un saber sujeto a los dispositivos públicos de control del comportamiento individual y de la masa, pero también de los trastornos psíquicos desde la neurosis hasta la locura (García García & Miguel Alonso, 2001).

Recién al finalizar la Segunda Guerra Mundial el capitalismo necesitó formular un nuevo pacto social debido a que el Estado debía brindar seguridad social y económica. El nuevo Estado de Bienestar establecía un nuevo pacto entre el capital y el trabajo y por ello debía disminuir los costos de internación psiquiátrica. Como resultado de ello, se produce un proceso de transformación del orden manicomial en Europa y EE.UU., surgiendo nuevas experiencias institucionales como las Comunidades Terapéuticas, los Hospitales de Día y el trabajo preventivo con la comunidad., utilizando instrumentos que proporcionaban el psicoanálisis, la psicología institucional y la psiquiatría social (Kazi, et al., 2007). En este contexto surge el concepto de *campo de la salud mental* como propuesta para superar el manicomio como forma de asistencia.

En 1957 en Argentina, se producen tres hechos determinantes para reafirmar ese incipiente campo. Se crea el Instituto Nacional de Salud Mental, que incluía medidas comprometidas con las nuevas concepciones dentro de la Salud Pública; fuera de un hospital psiquiátrico, Goldenberg funda el primer Servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús. Por último, si bien en 1953 ya se había iniciado la carrera de Psicología en Rosario, en el '57 se

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

crea en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, consecuencia de la influencia del psicoanálisis y la masividad de la matrícula (Kazi, et al., 2007).

En los años de 1970, autores como Enrique Pichón Rivière, Mimi Langer y José Bleger abordaron los problemas de la Salud Mental en la Argentina y construyeron un ámbito nuevo donde el psiquiatra debía compartir su práctica con otras disciplinas y teorías provenientes de diferentes áreas del saber. Sin embargo, durante la Dictadura Militar que gobernó desde 1976 se destruyeron los servicios de Salud Mental, y la mayoría de los hospitales y Centros de Salud Mental fueron intervenidos. En 1983, con la restauración de la democracia, se intenta generar, desde la perspectiva de Atención Primaria en Salud, una política en Salud Mental para recuperar los espacios destruidos; pero en los años '90 el Estado desaparece en su función social de atender la salud pública, que pasa a manos privadas (Kazi, et al., 2007).

En 1983 se creó la Ley Nacional 22.914 de Salud Pública que trata la internación y egresos establecimiento de salud mental y en su Art. 1º establece que la internación de personas en establecimientos públicos o privados de salud mental o de tratamiento para afectados de enfermedades mentales, alcohólicos crónicos o toxicómanos, sólo se admitirá por orden judicial; a pedido del propio interesado o su representante legal; por disposición de la autoridad policial en los supuestos y con los recaudos establecidos en el Código Civil; y en caso de urgencia, a pedido de las personas enumeradas en los incisos 1 al 4 del Art. 144 del mismo código. La finalidad era proteger la libertad individual en aquellas situaciones en las que ésta fácilmente se puede ver comprometida y aun lesionada. Se precisan los supuestos de internación y los requisitos a cumplirse, previéndose un examen médico inmediato del internado, así como la pronta comunicación de la internación al Ministerio Público, y a los parientes y demás personas que el enfermo indique. La intervención judicial es constante, así como el deber de inspeccionar los lugares de internación, se procura salvaguardar la libertad en la internación y se contemplan las medidas pertinentes para que el egreso opere tan pronto corresponda, sólo limitado por las necesidades terapéuticas y la seguridad del

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

paciente, de modo tal que se mantengan internadas exclusivamente a las personas que realmente lo necesiten.

Pese a ello, en Argentina, históricamente el manicomio ocupó dos roles. Principalmente sirvió como mecanismo de control social; y también aparece, a partir de los años '90, ligado al modelo capitalista neoliberal, como una unidad de producción por ser generador de recursos económicos (Kazi, et al., 2007).

En diciembre del año 2010, se deroga la ley 22.914 de Salud Pública y se promulgó la nueva ley 26657 de salud mental, que busca redefinir el tema de la locura y su tratamiento en Argentina.

En Argentina, el 25 de noviembre de 2010 el Senado de la Nación aprobó por unanimidad la Nueva Ley 26.657 de Salud Mental, que asigna a las personas con padecimientos psíquicos un nuevo estatus dentro de la comunidad en la que generalmente son estigmatizados, al garantizarles el derecho a la protección de su salud y el goce pleno de los derechos humanos.

La ley, en su Capítulo II: Definición, Art. 3º, reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

En el citado artículo se agrega que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; elección o identidad sexual y la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

El Art. 5º establece que “la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado”.

Así, la ley brinda a todo el país el marco legal necesario para fortalecer el modelo de salud mental, centrado en los Derechos Humanos y la reinserción social del paciente. Entre otras puntualizaciones, la ley coloca la atención en la desinstitucionalización y superación del modelo manicomial. Propugna la no discriminación, reconoce la autonomía de las personas con patologías psíquicas y su capacidad para decidir sobre lo que desean; garantizando su participación en la decisión sobre su tratamiento. Contempla el tratamiento de las adicciones, promueve dispositivos de atención alternativos, impulsa la interdisciplina y legitima el rol del psicólogo y de otras profesiones históricamente relegadas. A la vez que recomienda la internación como un recurso terapéutico sólo en situaciones excepcionales; mientras que también desalienta las internaciones indefinidas y prohíbe la creación de nuevas instituciones psiquiátricas con características de asilo (Ley 26.657/10).

Esta Ley contó con apoyos y aportes de diversas entidades y sectores, tales como el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales), la OPS (Organización Panamericana de la Salud), la OMS (Organización Mundial de la Salud), la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el Consejo Federal Legislativo de Salud, la AUAPSI (Asociación de Unidades Académicas de Psicología de Argentina y Uruguay), el Foro de Desmanicomialización, diversos colegios profesionales (entre ellos el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba), referentes académicos y profesionales, asociaciones de usuarios y familiares de personas con padecimiento mental, entre otros actores (Ley Nacional 26.657/10).

El nuevo reglamento establece al paciente psiquiátrico como sujeto de derecho y establece que su función es asegurar "el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental", considerando a la demencia como un problema multifacético, con aspectos históricos,

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos; enfatizando así la importancia del trabajo interdisciplinario para su diagnóstico y tratamiento, incluyendo psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y agentes de terapia ocupacional (Ciampagna, 2011).

La nueva ley presenta como relevante su postura contra las internaciones psiquiátricas. El Art. 9º establece que "el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario". Se prohíbe la creación de nuevos manicomios públicos o privados y se propone que los neuropsiquiátricos existentes se reformen como hospitales generales, con cambios de infraestructura, organización y capacitación (Ciampagna, 2011).

Las internaciones pasan a ser un recurso terapéutico altamente restrictivo y debe considerarse como una técnica de última opción que no debe extenderse más de lo necesario. La legislación incluye importantes regulaciones para controlar la internación de pacientes psiquiátricos, especialmente cuando esta es involuntaria, ya que para ello se necesitará un dictamen firmado por dos autoridades médicas o más no asociadas al paciente, en el que se detallará la situación de riesgo. Este dictamen deberá ser entregado a un juez para que este determine si la medida es válida y quien deberá solicitar informes periódicos del paciente cada 30 días para confirmar si su situación sigue ameritando la internación. Desde el mismo momento de ser internado, el paciente, o su familia, debe contar con los servicios de un abogado, que podrá ser asignado por el Estado. Finalmente, la ley establece que pasados 90 días de internación, el paciente deberá ser evaluado por un nuevo equipo interdisciplinario para considerar si debe revisarse su situación (Ciampagna, 2011).

En Córdoba, en Octubre del 2010 se sancionó la Ley Provincial N°9848 de "Protección de la Salud Mental" con el fin de garantizar el ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; el acceso de la población, sin ningún tipo de

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

exclusión, a la atención en salud mental a través de servicios adecuados, integrados y conducidos por expertos en la problemática de la salud mental y la atención en salud mental como parte integrante e integrada de los servicios generales de salud (Ley Provincial 9848/10).

En la Ley provincial se define a los Servicios de Salud Mental como aquellas prestaciones asistenciales cuyo cometido es abordar (previniendo o conteniendo desde una perspectiva rehabilitadora y articulada) los padecimientos o trastornos de origen emocional u orgánico, con capacidad de producir un deterioro en la aptitud humana de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y relacionarse socialmente.

Se define al Sistema de Salud Mental como la organización integral e integrada, dentro del sistema general de salud, de los servicios de salud mental públicos o privados y demás recursos compatibles con los objetivos sanitarios en el marco de un proceso continuo de construcción intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria (Ley Provincial 9848/10).

La Dirección de Jurisdicción de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia propondrá las bases para un Plan Provincial de Salud Mental que contendrá los fundamentos, objetivos, políticas, lineamientos y acciones en salud mental para el ámbito provincial.

Se tiende a la transformación del sistema provincial de salud mental mediante la planificación de acciones que favorezcan la inclusión social, el abordaje de la salud mental como un proceso dinámico y contextual que incluye la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; la articulación del sistema de salud mental con el sistema general de salud y con las redes comunitarias e institucionales de la comunidad en general, y el redimensionamiento y actualización de las estructuras institucionales asistenciales existentes y de las modalidades de abordaje terapéutico en los servicios ofrecidos, adecuándolas a criterios sanitarios y profesionales en vigencia (Ley Provincial 9848/10).

CAPITULO II

EL ENFERMO PSIQUIÁTRICO

Estigma y derechos del enfermo psiquiátrico

La enfermedad o trastornos mentales pueden ser producidos por numerosas psicopatologías y actualmente el diagnóstico se efectúa en función de los manuales de uso internacional DSM y CIE -10, en su Capítulo V.

La OMS (2004), en su publicación titulada *Invertir en Salud Mental*, menciona que hay cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta.

En el año 2001 la OMS, en su informe sobre la Carga Global de las Enfermedades, destaca que el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos, entre los que el trastorno de depresión unipolar causa 12,15% de años vividos con discapacidad y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades. Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

La Organización Mundial de la Salud estimaba en el año 2004 que el número de individuos con trastornos probablemente aumentará con el envejecimiento de las poblaciones, y como resultado de conflictos sociales. Esta carga creciente implica un costo enorme en términos de sufrimiento, discapacidad y miseria (OMS, 2004).

El enfermo mental es aquella persona que por una causa congénita o adquirida, ha sufrido una alteración en sus facultades mentales o psíquicas. Los pacientes psiquiátricos son quienes sufren un trastorno mental, que reciben

tratamiento médico especializado y que no pueden cubrir por sí mismas, en su totalidad o en parte, las necesidades de una vida individual o social. Tienen afectada el área de su conciencia, de su pensamiento, de su ánimo o de sus conductas. Ellos sufren algo que escapa de su control, que les provoca malestar psíquico a ellos y a sus seres cercanos, y que limita su libertad (Michelli; et al., 2006).

León Castro (2005) menciona que hasta hace algunas décadas, el haber recibido tratamiento psiquiátrico era una prueba de la existencia de un trastorno mental, o por lo menos, el indicador de una debilidad de carácter o de fracaso personal. En este sentido, las enfermedades mentales no solo producen sufrimiento psíquico al paciente y a su familia; también les causan, con bastante frecuencia, vergüenza, humillación y aislamiento. Las consecuencias más inmediatas son el ocultamiento de la enfermedad por parte del paciente, y del paciente por parte de la familia.

Las personas con trastornos mentales con frecuencia sufren un amplio espectro de violaciones de sus derechos humanos y de estigma social (OMS, 2004).

Así, surge la estigmatización unida a la enfermedad mental.

En un ensayo, Goffman (1963) define el estigma como un atributo personal, negativo y denigrante, que hace a una persona diferente a las demás, la hace perteneciente a una clase indeseable o inferior. El autor aplicó el término a cualquier condición, atributo, rasgo o comportamiento del portador, siendo ello algo culturalmente inaceptable e inferior, que implica sentimientos de vergüenza, culpa y humillación (citado en Pedersen, 2005).

El estigma no es algo que simplemente existe, sino que se genera y construye a partir de las relaciones interpersonales con una dinámica propia, dentro de un contexto dado, en una realidad determinada. De esta forma, la estigmatización es un producto social relacionado con la institucionalización, con la regulación y las ideologías que las sustentan; con las decisiones individuales, las sociedades y los estados (Pedersen, 2005).

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

La estigmatización es un producto de varios procesos sociales simultáneos de rotulamiento, estereotipación, distanciamiento social, segregación, degradación y discriminación, los que ocurren en un contexto de poder asimétrico (Link & Phelan, 2001; citado en Pederse, 2005).

La estigmatización se da tanto en lo que hace a la presencia misma del trastorno en sí, como a su tratamiento institucional.

Ante la enfermedad mental, la familia llega a sentir a su paciente como una “pesada carga” y, entre otras reacciones, tiende a experimentar cierto rechazo o sentimientos ambivalentes hacia él (Silva, 1991, citado en León Castro, 2005). Al mismo tiempo, se produce retraimiento de sus relaciones sociales y con frecuencia también tienen que abandonar totalmente actividades que los conectaban con el mundo social. Así, el paciente sufre directamente el peso del estigma. Al ser segregado de sus grupos de pertenencia, sus redes de relaciones sociales son dañadas, quedando aislado. El trauma de experimentar un trastorno mental se suma a la marginación, afectando su autoestima.

A su vez, el desconocimiento del origen de los trastornos mentales, favorece la aparición de mitos y tabúes de toda índole, debido a que en la actualidad, aun hay ciertos sectores sociales que asocian la enfermedad mental con la idea de daño o posesión espiritual maligna, al tiempo que se cree que una vez atravesada la frontera de la normalidad no hay regreso posible (Disertori y Piazza, 1974; Mariátegui, 1988, citados en León Castro, 2005).

Al respecto Pacheco Caballero (1999) destaca que todavía se considera que las personas que sufren enfermedades mentales son incurables y que es poco probable que jamás lleguen a ser miembros productivos de la sociedad; que la enfermedad es culpa de la propia persona, y que la enfermedad en sí refleja debilidades, defectos, o bien que los enfermos están recibiendo lo que se merecen como resultado de sus propias ineptitudes personales (Pacheco Caballero, 1999).

Como resultado de todo esto, el paciente encuentra que los amigos han dejado de frecuentarlo, que al buscar trabajo tiene que esconder activamente

sus antecedentes psiquiátricos, o que si consigue una pareja tiene que mentir sobre los aspectos más importantes y dolorosos de su vida (León Castro, 2005).

El estigma agrega a la enfermedad mental una carga de discapacidad porque afecta la calidad de vida, las posibilidades de trabajo y educación, interfiriendo con las posibilidades de rehabilitación, perturbando la vida en familia, a la vez que empobreciendo y debilitando la red social de soporte (Pedersen, 2005).

La OMS (2004) menciona que en los países con altos y bajos recursos hay una larga historia de estigmatización de las personas con trastornos mentales y de sus familias, lo que conduce a estereotipos negativos, temor, incomodidad, rabia, y rechazo o evitación. Los estereotipos, sumados a los mitos y concepciones erradas afectan la vida de los enfermos generando discriminación y la negación de sus derechos humanos elementales. En todo el mundo, tienen grandes dificultades de acceso al empleo, escasas oportunidades de educación, a la vez que son discriminados por los sistemas de seguros de salud y los programas de vivienda, además de que en algunos países se encuentran imposibilitados de votar o afiliarse en asociaciones profesionales y en otros, el matrimonio puede ser anulado si la mujer ha sido afectada por un trastorno. El estigma y la discriminación afectan la recuperación de la persona enferma y su integración a la sociedad.

En lo que hace a la institucionalización del paciente psiquiátrico, una vez en ellas, los derechos humanos y civiles se ven alterados por la ausencia de normas claras, generándose condiciones proclives a la violación de tales derechos, en especial en lo que hace a su intimidad. Esta situación también afecta el acceso de los pacientes a un tratamiento adecuado a su condición, ya que son mantenidos en guardias junto con pacientes con necesidades diferentes. Así, la institución refuerza el estigma que tradicionalmente ha rodeado a los pacientes con trastornos mentales, a sus familias y al personal médico encargado de su atención. Tal estigmatización perjudica la integración

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

de los pacientes con trastornos mentales a la comunidad y generalmente estos pacientes no reciben asesoramiento previo a su salida de una institución de salud mental y, una vez fuera de la misma, no cuentan con acciones de seguimiento (León Castro, 2005).

En referencia a los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos, en 1990 se celebró en Caracas, Venezuela, la Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). La finalidad fue formular marcos de referencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y promover su transformación en base a los principios establecidos por ambas organizaciones. En ella se postulan los derechos humanos específicos del paciente mental (OMS, 2004).

El enfermo tiene derecho a ser tratado con la solicitud, el respeto y la dignidad, propias de su condición de personas; a no ser calificado como enfermo mental ni ser objeto de diagnóstico o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de salud mental; a recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos, según las más elevadas normas técnicas y éticas; a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso y de prestar y revocar su consentimiento para ejecutarlo; a no ser objeto de pruebas clínicas ni de tratamientos experimentales sin su consentimiento informado; a trabajar y recibir la remuneración correspondiente; a contar con personalidad civil y a que su incapacidad para ejercer sus derechos sea determinada por un tribunal a través de un procedimiento establecido por ley a tal efecto; a que en el caso de ser inculcado por algún delito u otra infracción criminal, su responsabilidad o inimputabilidad se determinen por un tribunal de justicia, según las reglas del debido proceso, en un procedimiento que considere en estado de salud con la intervención de profesionales expertos en calidad de peritos; a un recurso eficaz ante un tribunal y mediante un procedimiento simple y expedito fijado por ley, para reclamar de toda acción u omisión que desconozca o lesione sus derechos y a

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

no ser discriminado ilegalmente en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de salud (OMS, 2004).

Pese a las recomendaciones de la Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (OMS/OPS), muchas instituciones psiquiátricas practican una atención inadecuada, degradante y hasta dañina. Las condiciones de higiene y de vivienda son inadecuadas y hay hospitalizaciones y los tratamientos que no cuentan con el consentimiento del paciente, de manera que los aspectos legales y éticos vinculados son soslayados y son omitidas las evaluaciones independientes respecto a la capacidad del paciente. Todo ello implica que las personas pueden ser encerradas por extensos periodos, a veces de por vida, a pesar de contar con la capacidad de decidir su destino y de poder vivir en la comunidad (OMS, 2004).

Los conceptos de psiquiatría y enfermedad mental han evolucionado. En la actualidad existen nuevos enfoques que tienden a la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales, así como a la rehabilitación del enfermo y su reincorporación al seno de la comunidad.

En Argentina, la nueva ley 26.657 de salud mental, creada en el 2010, menciona en su Art. 7º, que el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental el derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria ; a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso. Al mismo tiempo establece que el asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe,

podrán acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas. En el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones deberán ser supervisadas periódicamente por el órgano de revisión. El enfermo tiene derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; al tiempo que tendrá derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales y podrá tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades. También tiene derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente, a la vez que tiene derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable. El enfermo no podrá ser sometido a trabajos forzados y por realizar una actividad laboral deberá recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

El enfermo psiquiátrico institucionalizado

El hospital psiquiátrico todavía constituye el eje de la asistencia psiquiátrica en todo el mundo, pese a que existen sistemas alternativos como los hospitales de día, los hospitales colonia y otras modalidades de atención psiquiátrica.

En la sociedad, la percepción de la enfermedad mental ha ido cambiando a través del tiempo, en concordancia con la evolución del pensamiento social. En virtud de ello, la atención al enfermo mental ha ido

transformándose según las corrientes de pensamiento y los valores de la sociedad que imperan en cada momento (Pacheco Caballero, 1999).

Goffman (1972, citado en Hernández Loeza & Sarquis Alarcón, 2009) señaló que todas las instituciones que coartan la libertad producen aislamiento psicológico del mundo externo, negación de las diferencias sociales o educacionales previas y un proceso de despojamiento al perderse aquello que constituía la identidad del sujeto antes de su internación, incluyendo vestimenta, dinero, pertenencias personales, etc. Así, cuando en una institución psiquiátrica el individuo asume el rol de paciente interno, se encuentra ante el inicio de diversos procesos mediante los que tratará de adaptarse a la nueva situación que le plantea su status de interno, mientras que esa situación se enmarca en los fundamentos que han legitimado al hospital psiquiátrico.

El tratamiento basado en la internación contribuye con el riesgo de la institucionalización, el desarraigo familiar y social del enfermo (Montero, 1998).

El hospital psiquiátrico hereda mecanismos de regulación social, aunque no se puede hablar de ellos simplemente como una medida de exclusión o de control. En esta institución, el encierro se vislumbra como elemento estructurante del hospital psiquiátrico, porque allí “se guardan verdades, se integran ciencias, se erigen figuras, se trata también de producir un ambiente único en el que confluirán fuerzas, poderes y operará la locura”. En el neuropsiquiátrico, “la cura queda consagrada al ámbito del retiro, y el legado del retiro encubre el aislamiento a través de un fin terapéutico” (Hernández Loeza & Sarquis Alarcón, 2009. p34.)

Foucault (1967) se refiere al retiro como una vuelta del hombre a la esencia de su verdad. La razón se busca en la alienación y la cura implicará el retiro del paciente, es decir, su aislamiento con un fin terapéutico. Entonces, la internación reduce la locura porque su función es reducir la locura a su verdad, reducirla al hombre mismo, a su naturaleza, su verdad, su moral, es decir, la

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

razón misma, que es lo más primitivamente inalienable que posee. Así, el retiro remite a la locura, a la naturaleza de la enfermedad y allí está su poder para curar la enfermedad mental (Hernández Loeza & Sarquis Alarcón, 2009).

El retiro es un aislamiento con fin terapéutico: se trata del encierro en su naturaleza más pura. Aislar y encerrar implican suprimir la voluntad exaltada del enfermo para que se adecue a los comportamientos que prescriben los estándares de normalidad. En este proceso, los mecanismos disciplinarios moldean mediante el castigo. En función de ello, el hospital psiquiátrico tiene como fin asegurar el aislamiento, apartar del mundo exterior para evitar influencias que pudieran perturbar la enfermedad real, además de establecer una organización, disposición y distribución de espacios, tiempos, implantando una jerarquía y un ordenamiento nuevo, porque se regula la vida cotidiana del enfermo, en base a una relación asimétrica donde el médico y todo el equipo tratante se posiciona frente a un insano en espera de ser curado mental. Ello se produce porque, si bien el hospital psiquiátrico reúne los atributos necesarios para que la enfermedad se manifieste libremente, debe hacerlo ante los ojos de un médico que sea capaz de descubrirla (Hernández Loeza & Sarquis Alarcón, 2009).

En un hospital psiquiátrico la vida del paciente se limita a lo que ofrece el encierro institucionalizado. Su enfermedad debe desarrollarse en el hospital psiquiátrico; con lo que se reconoce cierta peligrosidad en la enfermedad, generando una rigurosidad del dispositivo disciplinario. Así, el paciente debe adaptarse y para ello, da comienzo a lo que Goffman (1972) denominó de mortificaciones al Yo, que se caracteriza por una pérdida del mundo y rol civil; pérdida de autonomía; un sistema de privilegios y castigos; una exposición contaminadora; la ruptura de la relación habitual entre el individuo y sus actos (citado en Hernández Loeza & Sarquis Alarcón, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (2004) destaca que actualmente, en algunos países, las instituciones psiquiátricas, hospitales generales e instituciones sociales, continúan usando camas-jaulas que tienen una red o

barras metálicas para restringir el movimiento de personas con trastornos mentales. En algunos casos, los pacientes permanecen en estas camas-jaulas por periodos muy prolongados. Este tipo de instrumentos son usados con frecuencia cuando el personal es escaso o está mal capacitado, o a veces se usan como castigo o como amenaza de castigo. La restricción del movimiento puede generar en los enfermos úlceras de decúbito, conocidas como escaras, a la vez que el impacto psicológico es extremo, vivido como una experiencia como emocionalmente devastadora, aterrorizadora, humillante, degradante.

El hospital de día psiquiátrico como dispositivo terapéutico

En la psiquiatría hubo importantes avances generados por la utilización de nuevos métodos terapéuticos, tanto en lo referente a psicofármacos como a la psicoterapia. Pero de todos ellos, posiblemente lo más significativo sea la creación de vínculos con la comunidad para evitar el aislamiento del enfermo con respecto a su ambiente social. Ello se logra a través de instituciones de estadía transitoria, como los hospitales de día y de noche, residencias intermedias, talleres ocupacionales, espacios donde el enfermo puede sentirse contenido en las diferentes etapas de su enfermedad, a la vez que se tiende a su reinserción social (Espino Granado, Fraile Fraile, Mateo Martín & Moriño Domínguez, 1983)

En función de ello, la tendencia actual es el reemplazo de la institucionalización fundamentada en el modelo clásico de atención psiquiátrica con base en el manicomio, que concebía al trastorno mental como una enfermedad crónica que exigía la separación del paciente de su medio habitual), por residencias intermedias para externar a los pacientes y resolver parte de los problemas sociales de las personas internadas quienes, generalmente no tienen donde vivir (Espino Granado, et al., 1983).

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

En relación con lo mencionado, Ferreyra (2010), menciona que en los centros de salud públicos de la Argentina hay unos 18.750 pacientes psiquiátricos internados. El 80% de ellos está allí hace un año o más y al menos el 60% de esos pacientes psiquiátricos continúan internados por razones sociales pasada la crisis que determinó el motivo original de la internación Eduardo Grande, presidente de la Asociación Argentina de Salud Mental refiere que hay dos tipos de pacientes cuyas altas son difíciles de resolver: los que son derivados de los juzgados, quienes deben esperar entre diez y quince días a que el médico legista de los tribunales les dé el alta; y los que fueron encontrados en la calle, ya que una vez que alcanzan el alta no tienen adónde ir porque carecen de casa y de familia. Como consecuencia, la mayoría de estos pacientes se hacen crónicos porque no poseen redes sociales ni lazos familiares, porque por lo general están desempleados y, además, no reciben del Estado ninguna alternativa o dispositivo de atención comunitaria de salud mental (Ferreyra, 2010).

En 1972, la OMS mencionaba que la prevención y promoción de la salud mental, se convertían en objetivos realizables gracias al desarrollo de los Hospitales de Día y de los Servicios psiquiátricos de los Hospitales Generales.

Los hospitales de día surgieron a principios del siglo XX, y su uso se extiende en la década de 1950, coincidiendo con la aparición del modelo comunitario planteado por la OMS, las comunidades terapéuticas desarrolladas por Maxwell Jones, la psiquiatría de sector en Francia y todo el conjunto de reformas (Guinea, 2002). Estas instituciones brindan una hospitalización parcial.

La hospitalización parcial puede ser usada como una alternativa inmediata al tratamiento hospitalario para pacientes psicóticos agudos o para continuar la estabilización tras un breve ingreso hospitalario. El paciente no debe ser evaluado como en riesgo de causar daño a sí mismo o a otros, debe ser capaz de cooperar mínimamente en el tratamiento, y debe tener un

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

contacto significativo con un cuidador ajeno al hospital de día comprometido con el tratamiento y debería tener acceso a recursos adecuados de tratamiento comunitario (American Psychiatry Association, 2002, citado en Guinea, 2002).

Esta alternativa de hospitalización parcial, evita la interrupción de la vida del paciente; el tratamiento se realiza en un ambiente menos restrictivo y se reduce el estigma asociado a la hospitalización psiquiátrica (American Psychiatry Association, 2002, citado en Guinea, 2002).

La tendencia actual en atención psiquiátrica apunta a la reinserción social de los enfermos mentales, lo que aumenta la presión para que su cuidado recaiga en la familia y la comunidad.

CAPITULO III

EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO Y LA FAMILIA

El pensamiento sistémico

La perspectiva sistémica concibe al mundo en términos de relaciones, de modo que el modo de abordar los objetos y fenómenos no puede ser aislado, sino como parte de un todo. Un sistema es un conjunto de elementos que se encuentran en interacción, de forma integral, que produce nuevas cualidades con características diferentes, cuyo resultado es superior al de los componentes que lo forman y provocan un salto de calidad (Watzlawick, 1967, citado por De la Cruz, 2004).

Un sistema es un conjunto de elementos interdependientes, cuya relación ordenada contribuye a un fin. Sus características principales son la interrelación y la dependencia recíproca que cada elemento tiene con todos los otros componentes que lo conforman, destacándose los principios de organización. Todo sistema se compone de múltiples subsistemas. (Watzlawick, 1967, citado por De la Cruz, 2004).

Las cuatro propiedades fundamentales que caracterizan a un sistema son los componentes o elementos que constituyen el sistema; la estructura, que comprende las relaciones que se establecen entre los elementos en un ordenamiento lógico de los elementos; las funciones o acciones que puede desempeñar el sistema y la integración, que son los mecanismos que aseguran la estabilidad del sistema y que permiten la retroalimentación (Watzlawick, 1967, citado por De la Cruz, 2004).

La teoría sistémica nace a fines de los años '50 en California, Estados Unidos, como una alternativa teórica para el tratamiento de la psicosis. Sus bases teóricas responden a los nuevos paradigmas de la ciencia y a diversas

teorías como la filosofía, epistemología, antropología, sociología, psicología social, física, matemática y lógica (De la Cruz, 2004).

Esa nueva cosmovisión en el campo de las ciencias se fundamenta en los siguientes postulados o premisas básicas (Capra, 1998, citado en De la Cruz, 2004).

Teoría general de los sistemas (1936): Ludwing Von Bertalanffy definió a los sistemas como complejos de elementos en interacción y formulo leyes generales aplicables a cualquier organismo o sistema, con independencia de la naturaleza de sus componentes. Esta teoría intenta encontrar las correspondencias entre sistemas de todo tipo y propone un modelo de sistema general que puede utilizarse y ser compatible para diferentes disciplinas. Bertalanffy trabajo el concepto de sistema abierto e inicio el pensamiento sistémico como un movimiento científico importante. El objetivo de la teoría es la descripción y exploración de la relación entre los sistemas dentro de una jerarquía.

Teoría de la comunicación humana (1952): surge como resultado de investigaciones hechas por el grupo de Palo Alto acerca de la pragmática de la comunicación y propone que su estudio podría subdividirse en las áreas sintáctica (explora los problemas que se relacionan con la transmisión de información y se focaliza en los códigos, ruidos, redundancias, canales, capacidad, etc.); semántica (se interesa en el significado de los símbolos-mensaje) y pragmática (analiza como la comunicación intermedia entre un emisor y un receptor afecta a la conducta), con la finalidad de estudiar la semiótica- teoría general de los signos y lenguajes.

Toda conducta es comunicación, en un proceso de interacción, las actitudes, formas, estilos del emisor, pautan la respuesta del receptor; incluso el no hablar no implica no comunicarse. Pero, la comunicación no sólo es la transmisión de un contenido determinado, sino también la expresión mímica, el tono de voz, etc., todos ellos definen el tipo de relación. En este sentido, la comunicación tiene un aspecto de contenido que transmite los datos y un

aspecto de relación que explicita el como debe entenderse dicha comunicación, en este sentido, se trata de una comunicación.

También se encuentran los aportes de la cibernética y el constructivismo. La cibernética introdujo el concepto de retroalimentación o feedback para describir procesos circulares y el constructivismo se basó en la idea de que el conocimiento se basa en las construcciones o invenciones de un observador.

El pensamiento sistémico ofrece una visión que incluye el contexto. Su visión es tridimensional, incluyendo la forma de percibir el mundo, el sufrimiento humano y los conflictos interpersonales, siempre incluyéndolos en contextos que los determinan y generan (De la Cruz, 2004).

La familia desde la perspectiva sistémica

A partir del enfoque sistémico, los estudios de familia se basan en su conocimiento como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones y no en los rasgos de personalidad de sus miembros como características estables temporal y situacionalmente (Espinal, Gimeno & González, 2007).

Desde la perspectiva sistémica, la familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior (Minuchín, 1986, Andolfi, 1993; Musitu, 1994, Rodrigo & Palacios, 1998; citados en Espinal, et al., 2007).

Esta definición de familia supone un gran avance para el estudio de la organización familiar.

Las características de la familia son las características del sistema (conjunto, estructura, personas, interacción) y otras características propias de

los sistemas sociales (abierto, propositivo, complejo); además de las características específicas del sistema familiar (intergeneracional, larga duración, facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros).

Así, la familia es un conjunto, estructurado, evolutivo o propositivo, autoorganizado, en interacción y abierto.

Como **conjunto**, la familia es una Gestalt, una totalidad que aporta una realidad más allá de la suma de sus miembros y que se construye mediante un sistema de valores y creencias compartidos, por las experiencias vividas y por los rituales y costumbres que se transmiten de generación en generación. Es una cultura familiar que da identidad al grupo, fortaleciendo el sentido de pertenencia de sus miembros, dando respuesta a sus necesidades de filiación y contribuyendo a la construcción de la propia identidad.

La familia es **estructurada** porque conlleva una organización de la vida cotidiana que incluye reglas de interacción que regulan las relaciones entre los familiares (límites, alianzas, coaliciones) y las relaciones con el exterior (fronteras),

Esas reglas son explícitas e implícitas, condicionan las relaciones familiares, indican quién pertenece y quién queda excluido del grupo familiar y pueden incidir en cómo la familia hace frente a los problemas de sus miembros y a su propia problemática como grupo. Esas reglas suelen ser acordes con los valores y creencias familiares y regulan como se detectan las necesidades de sus miembros, la comunicación y las conductas de dar y recibir ayuda, que son de suma importancia para conocer la funcionalidad del sistema.

También la familia es estructurada porque hay una jerarquización de las relaciones entre sus miembros. En ella existen una o unas figuras que asumen el liderazgo, que tienen mayor influencia en la elaboración y mantenimiento de las normas familiares y en las sanciones por no cumplirlas. Ese líder influye también en el modo de pensar, sentir y comportarse de los restantes miembros de la familia. Por ello, la estructura familiar es asimétrica.

La familia es un sistema **evolutivo o propositivo**, está orientada a metas de protección; educación de los hijos y su integración en la comunidad como

miembros activos. Esas metas primero son asignadas socialmente y luego son interiorizadas.

La familia es **autoorganizada** porque plantea sus metas y los medios, estrategias, normas, recursos y procedimientos para lograrlas, siendo partícipe y agente de su propio desarrollo, sus propios cambios. Esas formas de lograr las metas provienen de su particular y propia historia familiar y también se van asimilando del entorno. De modo que la autoorganización se relaciona con la retroalimentación y con la autopoiesis, que es una resistencia a los cambios que provienen del exterior, para los que la familia desarrolla procesos de asimilación e integración de lo nuevo en la estructura existente y de rechazo a lo que se considera extraño al sistema (Espinal, Gimeno y González, 2007).

La familia es un **sistema en interacción**, porque a partir de una serie continua de intercambios que suponen influencia mutua, bidireccional o circular que tiende a mantenerse estable el sistema los miembros de la familia permanecen en interacción.

La familia es un **sistema abierto**, lo que significa que está en continua interacción con otros sistemas; con una vinculación dialéctica respecto a las relaciones que tienen lugar en el interior de la familia y el conjunto de relaciones sociales condicionadas por valores y normas de la sociedad de la cual la familia forma parte (Espinal, Gimeno y González, 2007).

La familia tiene un ciclo evolutivo natural que se desarrolla en estadios: noviazgo, formación de pareja, llegada del primer hijo, crianza, llegada de nuevos hijos, etapa de crianza, de escolarización, la familia con hijos adolescentes, la familia y su adaptación cuando los hijos iniciaban su vida autónoma, etapa del llamado nido vacío, fallecimiento de uno de los padres, etc. (Espinal, Gimeno y González, 2007).

En todo su proceso evolutivo se conforman subsistemas. Son muchos los subsistemas estructurales o funcionales que pueden darse dentro de la familia y cada uno de estos tiene sus propias normas y relaciones que se definen en

su interior: individual, conyugal, parental, filial, fraterno, extrafamiliar (Espinal, Gimeno y González, 2007).

Para Botella y Vilaregut (2008), la familia es un sistema abierto, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que van a definir sus relaciones de simetría y/o complementariedad. Esa organización se caracteriza por las propiedades de totalidad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad. La organización en el sistema familiar se mantiene por procesos homeostáticos y es alterada por procesos morfogenéticas.

Para Minuchín (1992) la familia es un sistema que debe tener límites claros en el interior y al exterior, tener la mayor jerarquía compartida por los padres; alianzas y centralidad positiva alternadas entre todos los miembros. Las coaliciones, centralidades negativas, miembros periféricos e hijos parentales posibilitan la disfuncionalidad de la estructura familiar y la aparición de un síntoma en los miembros de la familia.

Minuchín (1986) quien define la familia como una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas tareas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales. Por otro lado, son estas raíces universales las que le permiten plantear al mismo autor que toda familia es el contexto para crear y recibir auxilio, es un grupo natural que en el curso del tiempo han elaborado pautas de interacción.

Una familia requiere de una estructura para que pueda cumplir la función de transmisión de la cultura y de desarrollar un sentimiento de identidad en cada miembro, facilitando también la individuación (Minuchin, 1992).

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

La estructura familiar “es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales” (Minuchin, 1974, Pág. 86).

Las transacciones constituyen ciertas pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y apuntan al mantenimiento de la homeostasis del sistema familiar (Minuchin, 1974).

Minuchin (1986) plantea que los vínculos entre los familiares se pautan a partir de ciertos límites y demandas que organizan la dinámica familiar. La función de estos límites y demandas, es proteger la diferenciación de los subsistemas y del sistema familiar y su contexto.

Los límites están constituidos por las reglas que definen quiénes participan en la familia y de qué manera lo hacen. La función de los límites es proteger la diferenciación del sistema (Minuchin, 1990).

Los límites al interior del sistema se establecen ente los subsistemas familiares (individual, conyugal, parental y fraterno) y pueden ser de tres tipos:

- **Claros:** son definidos a través de reglas precisas.
- **Difusos:** no existen reglas establecidas de manera precisa, lo que hace que la familia se caracterice por dependencia entre los miembros y la falta de definición de roles y responsabilidades.
- **Rígidos:** definen interacciones en las que los miembros de las familias son independientes, marcando relaciones distantes y donde los roles están definidos pero de manera inflexible.

Por otro lado, los límites al interior del sistema también implican reglas de interacción entre la familia y otros subsistemas (Trujano y Otros 1998), algunas de ellas son:

- **Jerarquía:** hace referencia al miembro con mayor poder en la familia, y en cada subsistema particular, por ejemplo en el fraternal se marca jerarquía entre los hermanos.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- **Centralidad:** un miembro de la familia funciona como eje sobre el cual giran la mayor parte de las interacciones familiares; dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas.
- **Periferia:** miembro menos implicado en las interacciones familiares.
- **Alianzas:** se refieren a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro. Es la unión y el apoyo mutuo que se dan entre sí dos personas, lo que supone compartir intereses, sin estar dirigida contra nadie (Cibanal 2006).
- **Coaliciones:** unión de dos o más personas para dañar a otra.
- **Hijo Parental:** hijo que por el tipo de vínculos o reglas establecidas en la familia asume el papel de padre o madre.

De acuerdo a como se establezcan estos límites es que se va a constituir una u otra estructura familiar.

Minuchin (1986) plantea que existen tres tipos de estructuras familiares que se encuentran en un continuum que van desde las familias desligadas hasta las familias aglutinadas, pasando por la estructura normal.

- **Familias desligadas** son aquellas en las que existe muy poca dependencia entre los miembros de la misma, y los mecanismos de apoyo internos sólo se activan ante situaciones que provocan un nivel muy elevado de estrés, en este caso los límites suelen presentarse como rígidos y cada sujeto debe encontrar por sí mismo la manera más adecuada de comportarse y resolver los problemas, muchas veces sin poder contar con el apoyo de los otros miembros.
- **Familias aglutinadas:** los límites son difusos y poco claros para todos los miembros de la misma.
- **Familias normales:** en ellas se dan relaciones bien establecidas y positivas para todos los miembros de la familia.

La familia del enfermo psiquiátrico

Quien generalmente acompaña al enfermo psiquiátrico desde los primeros síntomas, pasando por los diversos tratamientos, hasta la tan deseada recuperación es la familia (Irazoqui, 2010).

De acuerdo con Gradillas (1998) diversos factores influyen en cómo una familia responde ante una enfermedad; entre ellos se encuentran el sistema de apoyo social del que disponga la familia; la experiencia previa de la familia con la enfermedad y el conocimiento de la misma; los patrones de afrontamiento y los recursos psicológicos de que disponga; la calidad de los servicios sanitarios disponibles y el acceso a los mismos; el nivel económico; el tipo de comienzo de la enfermedad (repentina vs. gradual, público vs. privado, etc.); la naturaleza de los síntomas; las demandas exigidas a los cuidadores; la aceptación o el rechazo del paciente a participar en el plan terapéutico y el curso y el pronóstico de la enfermedad.

Las reacciones emocionales, aunadas a otras consecuencias, como el aislamiento social, la alteración de las rutinas y la redefinición de los roles al interior del hogar, generan un desajuste tanto a nivel de cada uno de los miembros del sistema familiar, como en sus interacciones (Last, 2009, citado en Restrepo Rivera & Acevedo Velasco, 2009).

La reacción de las familias frente a un trastorno mental generalmente se diferencia de una enfermedad física en diversos aspectos, como son (Gradillas.1998):

1. La incertidumbre respecto a cómo van a reaccionar los demás ante el paciente.
2. La culpabilidad de los familiares de haber causado el trastorno o de no haber sabido prevenirlo.
3. El miedo a que culpabilicen al paciente o a los familiares por haber causado el trastorno.
4. La incertidumbre respecto al pronóstico y devenir del trastorno mental.
5. Posibles conductas del paciente, embarazosas para la familia.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

6. Dudas sobre el diagnóstico, que pueden retrasar la aceptación del trastorno y el tratamiento.
7. Frecuentemente, el rechazo del propio paciente a cooperar con el programa de tratamiento y su incapacidad para apreciar los cuidados que recibe de la familia.

Dentro de los múltiples eventos que pueden alterar la organización del sistema familiar, la enfermedad mental es quizás uno de los que genera mayor impacto, por el estigma social que conlleva y por los comportamientos disruptivos que pueden presentarse. Estas condiciones, sumadas a muchas otras, generan en las familias reacciones emocionales dentro de las que se encuentran el miedo, la vergüenza, la tristeza y la irritabilidad y sentimientos de pérdida, culpa, y preocupación por el futuro. Las consecuencias para los familiares suelen ser la sensación de aislamiento o de ser diferentes; con el consiguiente retraimiento social; el temor a comunicar a los demás el trastorno; el miedo a pedir ayuda; el aumento del nivel de conflictividad en el seno de la familia; y una serie de reacciones negativas que pueden afectar el equilibrio del sistema, provocando reacciones tanto en la familia como en el paciente, que perjudiquen la evolución de la enfermedad (Gradillas, 1998).

El diagnóstico de un trastorno psiquiátrico en un miembro de la familia causa impacto emocional, dolor y preocupación. Se trata de un duelo, que tiene como primera fase la negación. Hay desconcierto e incredulidad, lo que suele retrasar la consulta, o a impedir una atención más inmediata y eficaz. La consulta implica aceptar que algo malo está pasando; y surge la incertidumbre sobre los tratamientos de internación y farmacológicos, de manera que el miedo se proyecta hacia los médicos (Irazoqui, 2010).

Cuando la familia reconoce que el problema es importante, surge la culpa. Tienden a sentirse culpables, a culpar a otros, o a oscilar entre ambas actitudes. Cuando la culpa es atribuida al médico, el familiar suele iniciar una opinión que contradiga la del psiquiatra tratante. Cuando la culpa se dirige a

uno mismo, el familiar se pregunta repetidamente qué hizo mal, si fue por tal o cual decisión tomada en el pasado. Como respuesta surgen el dolor y la desesperación (Irazoqui, 2010).

El familiar se entristece mucho, y en ocasiones siente enojo o ira, frente a la angustia de la enfermedad mental. El enojo se puede dirigir hacia otros y responsabilizar a los médicos, a familiares o a los genes; a la pareja, o a un eventual consumo de drogas (Irazoqui, 2010).

La familia se siente desorientada, con la sensación de caer en un vacío y un fuerte sentimiento de soledad. Esto tiene como consecuencias las ausencias en el trabajo o a sus otras ocupaciones para cuidar al enfermo, sin tener bien claro si está realmente enfermo y de qué. Por otra parte, hay altos costos económicos y sociales (Irazoqui, 2010).

Los efectos del enfermo mental sobre las familias se presentan de diversas formas. Hay consecuencias apreciables desde afuera que impactan de modo subjetivo en las familias. Hay consecuencias objetivas como son el aislamiento social, la alteración de la rutina doméstica y el deterioro de la economía. Por otro lado esta la carga subjetiva, básicamente la afectiva, sin componentes externos, que supone para los allegados la existencia en el seno familiar de un enfermo mental. Los síntomas de la enfermedad provocan en los familiares reacciones emocionales inmediatas (tristeza, vergüenza, etc.), la enfermedad en su conjunto trae consigo más peso al producir sentimientos de culpabilidad, de pérdida significativa, de miedo al futuro, etc., otras consecuencias son la dificultad para comunicarse con el enfermo y el agotamiento a que puede dar lugar la convivencia (Gradillas, 1998).

Sin dudas, el sistema familiar incide en la evolución de la enfermedad. El miedo, la vergüenza, la tristeza y la irritabilidad y sentimientos de pérdida, culpa, y preocupación por el futuro deberán ser asumidos y superados. La actitud que asuman, el nivel de estrés que se viva en su seno, tanto el rechazo

afectivo como la sobreprotección, pueden aumentar el número de recaídas. Para ello, los familiares tienen que comprender qué le pasa al enfermo, necesitan psicoeducación, información, consejo. Todo esto, junto con el cumplimiento del tratamiento y con medidas de rehabilitación adecuadas, mejorarán el pronóstico y a posible recuperación (Gradillas, 1998).

El paciente psiquiátrico en el hogar y la sociedad

Como se mencionó con anterioridad, la tendencia actual en atención psiquiátrica apunta a la reinserción social de los enfermos mentales, incrementándose el rol de cuidado de la familia y la comunidad en general.

La inclusión social del paciente psiquiátrico tiene por objetivo el armado de un proyecto que implique cierta pertenencia, motivación y le otorgue un lugar subjetivante dentro del marco familiar y contextual en el cual esta inmerso (Gradillas, 1998).

Las intervenciones realizadas en décadas anteriores estuvieron centradas en mejorar la calidad de vida sólo del paciente y el tratamiento preferido y casi exclusivo había sido el farmacológico. Si bien la farmacoterapia ha demostrado reducir el número de recaídas, los investigadores reportan que los medicamentos no controlan completamente los síntomas, no evitan la presencia de síntomas residuales entre los episodios de crisis y, no eliminan los déficits a nivel psicosocial y ocupacional que experimentan los pacientes (Restrepo Rivera & Acevedo Velasco, 2009).

En la actualidad, la evaluación del funcionamiento familiar aparece como una herramienta útil en la valoración de las áreas de fortaleza y debilidad de la persona afectada y del entorno más próximo que la contiene, constituyendo una guía para el establecimiento de programas de intervención (Restrepo Rivera & Acevedo Velasco, 2009).

Frente a la frecuencia de las recaídas y la demora en la recuperación, pese a la adherencia al tratamiento farmacológico, distintos autores (Grandin, Alloy & Abramson, 2007; Johnson, 2005) destacan la intervención e influencia de factores psicosociales como eventos estresantes, ambientes familiares hostiles y altos niveles de emoción expresada (citados en Restrepo Rivera & Acevedo Velasco, 2009).

Es a la familia a donde vuelve el paciente. Los miembros del sistema familiar conviven con el paciente, deben dedicar su tiempo postergando necesidades propias y de otros integrantes del núcleo familiar, se preocupan por su futuro, y en caso de descompensación, ellos los primeros en sufrir las consecuencias del desajuste (Irazoqui, 2010).

Será necesario bajar las expectativas de la familia, ya que si se mide el desempeño del paciente respecto a su estado de salud anterior, se verá lo que se ha perdido, y será mayor la frustración. Los miembros de la familia deberán asumir la enfermedad para reconocer las mejorías como un paso hacia la recuperación. Sin embargo, recuperación no equivale a curación. Algunas personas se curarán totalmente, otras podrán recaer y otras no volverán a su funcionamiento previo. El familiar demanda saber cuándo estará realmente bien el paciente, si volverá a ser el de antes. La mayoría de las veces ello no tiene una respuesta certera, y al convertirse en muchos pacientes en una enfermedad crónica, el sujeto es netamente dependiente de su círculo familiar más íntimo (Irazoqui, 2010).

CAPITULO IV

HABILIDADES SOCIALES COMUNICACIONALES CON PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS

La teoría cognitiva social

Albert Bandura (1985) es creador de la teoría social del aprendizaje, aunque tal denominación ha sido sustituida por la de teoría cognitiva social. El cambio tiene como fin el que no se preste a confusión el concepto de aprendizaje, concebido por el autor como la adquisición de conocimientos mediante procesos cognitivos de información y no como un modo condicionado de adquisición de respuestas.

El aprendizaje consistente en un procesamiento de la información en la que los datos acerca de la estructura de la conducta y de los acontecimientos de entorno se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamientos para la acción. Es decir que el aprendizaje implica aprender de las consecuencias de las propias acciones, o en modo vicario, por la observación del desempeño de modelos. Por ello, el segmento social de tal denominación alude al reconocimiento del origen social de pensamientos y acciones humanas (Bandura, 1986).

La teoría cognitiva social mantiene un enfoque de la interacción donde el ambiente causa el comportamiento y viceversa. Ello se conceptualizó con el nombre de *determinismo recíproco*: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente. Se centra en los conceptos de refuerzo y observación. Los sujetos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, a la vez que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Los factores cognitivos son la capacidad de reflexión y simbolización, y la prevención de consecuencias basadas en procesos de comparación, generalización y autoevaluación. Es decir que el comportamiento depende del ambiente, así como de los factores personales (motivación, retención y producción motora) (Bandura, 1985).

La conducta es analizada en función de la reciprocidad triádica, lo que significa que hay interacciones recíprocas entre las conductas, las variables ambientales y los factores personales. Las personas no son impulsadas o controladas por fuerzas internas ni estímulos externos, sino que el funcionamiento del sujeto se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, con los factores personales, cognoscitivos y acontecimientos del ambiente; actúan como determinantes interactivos (Bandura, 1985).

Así, este enfoque postula la interacción, en donde el ambiente causa el comportamiento y viceversa. Ello se conceptualizó con el nombre de *determinismo recíproco*: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente. En otras palabras la conducta, los factores personales y ambientales, explican el funcionamiento humano como un modelo de reciprocidad triádica en que la *conducta, factores personales y los acontecimientos del ambiente* actúan como determinantes interactivos. El término recíproco refiere a la interacción que se desarrolla entre los factores causales (conducta, factores personales y acontecimientos del ambiente), pero no es una interacción o influencia simultánea, sino que el grado de influencia de cada uno de los esos factores va a variar según la actividad o conducta, el individuo y la situación. No obstante, en cada segmento de reciprocidad se incluyen procesos de influencia mutua, bidireccional, con efectos recíprocos que no se producirían al mismo tiempo, ni con la misma intensidad (Bandura, 1985).

Desde este enfoque, los procesos simbólicos, vicarios y autorregulatorios tienen un papel predominante.

Las personas presentan capacidades básicas. Ellas son la capacidad simbolizadora, de previsión, vicaria, autorreguladora y de autorreflexión.

Capacidad simbolizadora: a partir del lenguaje y el conocimiento se adquiere la capacidad para utilizar símbolos (verbales e icónicos) por los que las personas procesan sus experiencias y las almacenan en forma de representaciones, que sirven de guías para actuaciones futuras. Esto proporciona un medio de cambio y adaptación al entorno y posibilita el ensayo de simbólico de posibles soluciones, en función de lo que se estima acerca de los resultados de la conducta, antes de llevarlas a la práctica. Esa imagen de un futuro deseable estimula las acciones ideadas para lograr los objetivos. Sin la capacidad simbólica las personas no podrían acceder al pensamiento reflexivo, porque mediante la simbolización se posibilita la comunicación.

Capacidad de previsión: funciona como reguladora de la conducta. Las personas no se limitan a reaccionar ante el entorno inmediato, sino que predicen las consecuencias más probables de las acciones futuras y de allí se planifican cursos de acción. Al representar simbólicamente los resultados deseados, las consecuencias futuras pueden resultar fuente de motivación y reguladores de la conducta actual. En esta previsión intervienen los mecanismos de autorregulación.

Capacidad vicaria: el aprendizaje puede ocurrir a partir de la experiencia directa y de la observación de la conducta de otras personas y de sus consecuencias. El proceso de modelado constituye un aspecto indispensable del aprendizaje, mientras que los fenómenos de aprendizaje que resultan de la experiencia directa, se dan en forma vicaria.

Esta capacidad de aprendizaje permite a adquirir pautas de conductas amplias e integradas sin recurrir al ensayo y error, por lo que implica una manera de abreviar el proceso de adquisición.

Capacidad autorreguladora: las personas pueden ejercer control sobre su propio comportamiento, usando factores ambientales, apoyos cognitivos y produciendo determinadas consecuencias de las propias acciones. Estas funciones se crean por influencia externa, sin embargo, una vez establecidas su influencia determinará en parte las acciones del sujeto. Los criterios auto-

evaluadores son uno de los factores de regulación de la conducta, y una vez establecidos estos criterios internos se activan las autorregulaciones evaluadoras, que miden las discrepancias entre la actuación y dichos criterios, y modifican la conducta posterior del individuo. La autodirección se ejerce a partir de la influencia sobre el entorno, poniendo en marcha las funciones autorreguladoras.

Capacidad de autorreflexión: es una actividad meta-cognitiva que permite al hombre analizar, evaluar, modificar sus experiencias y pensamientos; resulta en el autoconocimiento. Entre los tipos de pensamiento que incide en la conducta, las autopercepciones de eficacia son fundamentales porque determinan la cantidad de esfuerzo invertido, el grado de perseverancia ante decepciones y la seguridad con que se enfrentan las situaciones. En el proceso en que el individuo autoevalúa su eficacia, la información se procesa por medio del pensamiento autorreferente.

Las habilidades sociales

Podría decirse que las habilidades sociales son el arte de relacionarse bien con los demás.

El término habilidad significa que la conducta interpersonal implica un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. Se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos (Kelly, 1987).

Una habilidad es la capacidad ó el talento que se aprende y desarrolla al practicar ó hacer algo cada vez mejor.

Las habilidades sociales se refieren a la habilidad para relacionarse con las demás personas, tratar y congeniar con ellas. Generalmente son consideradas como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos y se adquieren principalmente a través del aprendizaje por medio de la observación, imitación, ensayo e información.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Es en la infancia donde el individuo aprende a relacionarse con los demás, aunque ese aprendizaje es un proceso continuo que se produce durante toda la vida. Las razones por las que una persona puede no ser habilidosa socialmente son porque nunca ha aprendido esas habilidades, ya sea por que no ha tenido un modelo adecuado o bien no hubo un aprendizaje directo; y otra razón puede encontrarse en que estas habilidades existen, pero hay factores que inhiben o interfieren con las conductas (Caballo, 1986).

Aunque todavía no se ha concebido una definición de las habilidades sociales que sea generalmente aceptada, se conoce que son comportamientos interpersonales complejos, verbales y no verbales, a través de los cuales las personas influyen con quienes interactúan, obteniendo consecuencias favorables y suprimiendo o evitando efectos desfavorables. Suponen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas, acrecientan el reforzamiento social, son recíprocas por naturaleza. La práctica de las habilidades sociales está influida por las características del medio, y factores como la edad, sexo y el estatus del receptor, afectan la conducta social del sujeto.

Según Caballo (1986) la conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas emitidas por un sujeto en un contexto interpersonal. Ese conjunto de conductas expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo y lo hace de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, resolviendo los problemas inmediatos de la situación, a la vez que minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Libet y Lewinsohn (1973, citado en Mayoral Del Amo & Alcalde Pérez, 2009) definen la habilidad social como la capacidad para comportarse de una forma que es recompensada y de no comportarse de forma que uno sea castigado o ignorado por los demás. Para Combs y Slaby (1977, citado en Mayoral Del Amo & Alcalde Pérez, 2009) es la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

beneficioso, mutuamente beneficioso, o principalmente beneficioso para los demás.

Hay habilidades sociales simples y complejas.

Entre las habilidades sociales básicas se encuentran: escuchar, iniciar una conversación, mantenerla, formular preguntas, dar las gracias, presentarse, hacer un cumplido.

Entre las avanzadas: pedir ayuda, participar, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse, convencer a los demás.

Goldstein y col (1989), proponen la siguiente clasificación de las habilidades sociales:

Grupo I Primeras habilidades sociales (básicas)	Grupo II Habilidades sociales avanzadas
1. Escuchar. 2. Iniciar una conversación. 3. Mantener una conversación. 4. Formular una pregunta. 5. Dar las «gracias». 6. Presentarse. 7. Presentar a otras personas. 8. Hacer un cumplido.	9. Pedir ayuda. 10. Participar. 11. Dar instrucciones. 12. Seguir instrucciones. 13. Disculparse. 14. Convencer a los demás.
Grupo III Habilidades relacionadas con los sentimientos	Grupo IV Habilidades alternativas a la agresión
15. Conocer los propios sentimientos. 16. Expresar los sentimientos. 17. Comprender los sentimientos de los demás. 18. Enfrentarse con el enfado de otro.	22. Pedir permiso. 23. Compartir algo. 24. Ayudar a los demás. 25. Negociar.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

19. Expresar afecto.	26. Empezar el autocontrol.
20. Resolver el miedo.	27. Defender los propios derechos.
21. Autorrecompensarse.	28. Responder a las bromas.
	29. Evitar los problemas con los demás.
	30. No entrar en peleas.
Grupo V	Grupo VI
Habilidades para hacer frente al estrés	Habilidades de planificación
31. Formular una queja.	43. Tomar decisiones.
32. Responder a una queja.	44. Discernir sobre la causa de un problema.
33. Demostrar deportividad después de un juego.	45. Establecer un objetivo.
34. Resolver la vergüenza.	46. Determinar las propias habilidades.
35. Arreglárselas cuando le dejan de lado.	47. Recoger información.
36. Defender a un amigo.	48. Resolver los problemas según su importancia.
37. Responder a la persuasión.	49. Tomar una decisión.
38. Responder al fracaso.	50. Concentrarse en una tarea.
39. Enfrentarse a los mensajes contradictorios.	
40. Responder a una acusación.	
41. Prepararse para una conversación difícil.	
42. Hacer frente a las presiones del grupo.	

Siguiendo a Del Prette y Del Prette (2002), las habilidades sociales pueden ser definidas descriptivamente en tres dimensiones: situacional, cultural y personal.

Desde una *dimensión situacional*, las habilidades sociales son un conjunto de desempeños presentados por el sujeto frente a las demandas de una situación interpersonal particular. Esas habilidades están determinadas por el plano cultural.

Desde una *dimensión cultural*, intervienen las normas, los valores y reglas y por el plano personal donde se manifiesta la conducta, lo cognitivo - afectivo y lo fisiológico. En esta dimensión existen variables sociodemográficas como el sexo y la edad, que pueden afectar el desempeño social, a la vez que esa influencia puede variar de un contexto cultural a otro.

Desde la *dimensión personal*, las habilidades sociales suponen la presencia de dos grupos de destrezas: las cognitivas y las conductuales. La mayoría de los investigadores concuerdan en que el repertorio más elaborado de habilidades sociales resulta de la articulación armoniosa entre esos componentes de la dimensión personal.

- **Destrezas cognitivas:** engloban la percepción social y el procesamiento de la información que define, organiza y guía las habilidades sociales. Los componentes cognitivos más relevantes de las habilidades sociales giran en torno a tres puntos nodales y son: los conocimientos previos que posee el individuo, las expectativas y creencias y las estrategias y las habilidades de procesamiento
- **Destrezas conductuales:** aluden a conductas verbales y no verbales utilizadas para la puesta en práctica de la decisión proveniente de procesos cognitivos.

A su vez, las dimensiones personal, situacional y cultural, que determinan a las habilidades sociales, se combinan e interrelacionan en las interacciones sociales (Del Prette & Del Prette, 2002).

Los elementos que componen las habilidades sociales

Las habilidades sociales son necesarias para el desarrollo de la conducta interpersonal y cuentan con elementos conductuales que las

componen. Esos elementos han sido identificados por Caballo (1988) tras una revisión efectuada sobre noventa estudios realizados entre 1970 y 1986. Ellas son la mirada, la expresión facial, los gestos, a postura, la orientación, la distancia o el contacto físico y la conducta espacial.

La mirada: casi todas las interacciones de los seres humanos dependen de miradas reciprocas. Las funciones y significados de las miradas se relacionan con:

Actitudes: la gente que mira más es vista como más agradable, y el mirar más, intensifica la impresión de algunas emociones como la ira. La forma extrema de la mirada fija es vista como hostil y/o dominante (por ejemplo, el dejar de mirar primero es señal de sumisión) y mirar menos intensifica otras emociones, como la vergüenza.

La mirada se acompaña del habla y se emplea junto con la conversación para sincronizar, acompañar o comentar la palabra hablada.

La expresión facial: la cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones.

Las seis emociones principales que se expresan con el rostro son alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira, y asco/deprecio. Las áreas de la cara o regiones faciales responsables de la manifestación de esas emociones son la frente/cejas, ojos/parpados y la parte inferior de la cara. Una conducta socialmente habilidosa requiere una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje

Los gestos: un gesto es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador, aunque tiene como requisito que tiene que ser visto por algún otro y tiene que comunicar alguna información. Los gestos son básicamente culturales.

Las manos y la cabeza y los pies, pueden producir una amplia variedad de gestos que se emplean para propósitos diferentes. Aquellos gestos que sean apropiados a las palabras servirán para acentuar el mensaje añadiendo énfasis, franqueza y calor. Los movimientos desinhibidos pueden sugerir

también franqueza, confianza en uno mismo y espontaneidad por parte del que habla.

La postura: la posición del cuerpo y de los miembros, la forma en que se sienta la persona, como está de pie y cómo pasea, reflejan sus actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los otros. Algunas posturas comunican sobre las actitudes, emociones y al mismo tiempo, acompañan el habla.

Actitudes: un conjunto de posiciones de la postura que reducen la distancia y aumentan la apertura hacia el otro son cálidas, amigables, íntimas, etc. Las posiciones cálidas incluyen el inclinarse hacia delante, con los brazos y piernas abiertos, manos extendidas hacia el otro.

Mehrabian (1968) sostiene que la postura reflejaría sentimientos y actitudes de una persona sobre sí misma y respecto de los demás (Caballo, 1986).

Emociones: la postura puede comunicar emociones específicas (como el estar tenso o relajado), incluyendo: hombros encogidos, brazos erguidos, manos extendidas indican indiferencia; inclinación hacia delante, brazos extendidos, puños apretados indican ira; varias clases de movimientos pélvicos, el cruzar y descruzar las piernas indican flirtear.

Acompañamiento del habla: los cambios importantes de la postura se emplean para marcar amplias unidades del habla, como en los cambios de tema, para dar énfasis y para señalar el tomar o el ceder la palabra.

La orientación: los grados de orientación señalan el grado de intimidad/formalidad de la relación. Cuanto más cara a cara es la orientación, más íntima es la relación y viceversa. La orientación corporal que suele ser la más adecuada para una gran cantidad de situaciones es una frontal modificada, en la que los que se comunican se encuentran ligeramente angulados respecto a una confrontación directa.

Distancia/Contacto físico: hay una presencia de normas implícitas dentro de cualquier cultura que se refieren al campo de la distancia permitida entre dos personas que hablan. El grado de proximidad expresa claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía con el contexto social.

Dentro del contacto corporal, existen diferentes grados de presión y distintos puntos de contacto que pueden señalar estados emocionales, como miedo, actitudes interpersonales, o un deseo de intimidad.

La **conducta espacial** también es parte de la habilidad social y se define en relación a cuatro factores (Caballo, 1986):

- *Retiro:* responde a funciones como autonomía personal, liberación emocional, autoevaluación y limitación; y protección en la comunicación.
- *Espacio personal:* espacio propio que acompaña al sujeto a donde va, que rodea al cuerpo. Dicho territorio disminuye en condiciones de hacinamiento.
- *Territorialidad:* el conjunto de conductas a través del cual una persona delimita su área.
- *Hacinamiento:* es un fenómeno psicológico experimentado subjetivamente relativo a un contacto físico elevado

La comunicación en general implica una conducta verbal que abarca el contenido verbal y la fluidez de esa conversación; así como su duración y una conducta no verbal, incluyendo la calidad de la voz, los gestos y la mirada, que constituyen elementos básicos de la habilidad social y serán abordados en el siguiente apartado (Caballo, 2000).

La habilidad social comunicacional y sus componentes

El acto de comunicar es un proceso complejo en el que dos o más personas se relacionan a través de un intercambio de mensajes con códigos

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

similares, tratan de comprenderse e influirse de forma que sus objetivos sean aceptados en la forma prevista, utilizando un canal que actúa de soporte en la transmisión de la información (Mayoral Del Amo & Alcalde Pérez, 2009).

Los elementos que intervienen en la comunicación son: el mensaje, el emisor y el receptor, el código, el canal, el contexto, los ruidos, los filtros, el feedback o la retroalimentación (Mayoral Del Amo & Alcalde Pérez, 2009).

- **El mensaje:** Ideas que se transmiten mediante códigos, claves, cuyo significado interpretará el receptor.
- **El emisor y el receptor:** El emisor comunica en primer lugar y el receptor recibe el mensaje.
- **El código:** Claves, imágenes que sirven para transmitir el mensaje.
- **El canal:** Es el medio a través del cual se emite el mensaje. (oral - auditivo, gráfico-visual).
- **El contexto:** Situación concreta donde se desarrolla la comunicación.
- **Los ruidos:** Alteraciones de origen físico que se producen durante la transmisión del mensaje.
- **Los filtros:** Son las barreras mentales entre emisor y receptor.
- **El feedback:** Es la información que devuelve el receptor al emisor sobre su propia comunicación.

Existen tres estilos de comunicación genéricos: inhibido, agresivo y asertivo. Ellos son (Mayoral Del Amo & Alcalde Pérez, 2009):

- **Estilo de comunicación inhibido:** el sujeto se preocupa por satisfacer a los demás. Son personas que no defienden sus propios derechos, no se respetan a sí mismos y suelen anteponer los deseos y las opiniones de los otros a los suyos propios. Este estilo de comunicación genera sentimientos de desamparo, depresión y tensión a la hora de mantener relaciones sociales.
- **Estilo de comunicación agresivo:** se caracteriza porque la persona sólo se preocupa por defender a cualquier precio sus

derechos, y además lo hace faltando el respeto a los otros. Este estilo de comunicación conlleva agresión y sentimientos de desprecio y dominio hacia los demás.

- **Estilo de comunicación asertivo:** el sujeto con un estilo de comunicación asertivo es capaz de expresar sus sentimientos, ideas y opiniones, defendiendo sus derechos y respetando los de los demás. La utilización del estilo de comunicación asertivo hace que la persona resuelva habitualmente los problemas que se encuentra en sus relaciones sociales.

La comunicación se compone de elementos conductuales no verbales, paraverbales y verbales.

Componentes no verbales:

Son en los que no interviene para nada la palabra, resultando prácticamente inevitable su uso, siempre que la comunicación se produzca de forma presencial (Mayoral Del Amo & Alcalde Pérez, 2009).

Las señales no verbales y el contenido verbal tienen que ser congruentes para que el mensaje sea socialmente habilidoso y transmitido de manera precisa. La comunicación no verbal tiene entre sus funciones el reemplazar a las palabras y enfatizar el mensaje verbal, mientras que a nivel emocional, regula la interacción y contradice el mensaje verbal, aunque esto generalmente no sucede de forma intencional (Caballo (2000).

Esos elementos son: la mirada, la sonrisa, la expresión facial, la orientación, la postura, los gestos y la apariencia personal (Mayoral Del Amo & Alcalde Pérez, 2009).

La utilización de elementos no verbales presenta diversas funciones: puede reemplazar a las palabras cuando se utilizan códigos reconocidos y comúnmente compartidos, pueden repetir lo que estamos diciendo, que se utilizará para enfatizar ese mensaje y también puede contradecir el mensaje verbal aunque en este caso se trate de una conducta inintencionada (Mayoral Del Amo & Alcalde Pérez, 2009).

- **La mirada:** Se define objetivamente como "el mirar a otra persona a los ojos, o de forma más general, a la mitad superior de la cara". La mirada mutua implica que se ha establecido "contacto ocular" con otra persona. Casi todas las interacciones de los seres humanos dependen de miradas recíprocas. La mirada es muy importante porque transmite actitudes, retroalimenta y actúa como sincronizadora de la conversación. Conger y Farell (1981, citado en Marinaccio, 2008), señalaron que la mirada y la conversación eran los dos componentes fundamentales en habilidad social.
- **La sonrisa:** Es un componente importante. Puede utilizarse como sonrisa defensiva, como gesto de pacificación. Puede servir para transmitir el hecho de que a una persona le gusta otra; puede suavizar un rechazo, comunicar una actitud amigable, y animar a los demás a que le devuelvan a uno una sonrisa.
- **La expresión facial:** Parece ser que la cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones. Una conducta socialmente habilidosa requiere una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje.
- **La orientación:** El tipo de orientación espacial denota el grado de intimidad/formalidad de la relación. Cuanto más cara a cara es la orientación, más íntima es la relación y viceversa.
- **La postura:** El grado de proximidad expresa claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía con el contexto social
- **Los gestos:** Las manos son la parte del cuerpo más visible y expresiva después de la cara. La principal función de los gestos de las manos en la comunicación interpersonal es la de acompañar al habla, enfatizando y complementando lo que decimos.
- **La apariencia personal:** El desarrollo tecnológico actual permite modificar mucho el aspecto exterior de una persona (maquillaje, cirugía estética, peluquería, régimen de adelgazamiento, etc.). Los componentes en los que se basan el atractivo y las percepciones del

otro son el físico, la ropa, la cara, el pelo y las manos. El objeto de la modificación de la apariencia es la auto-presentación ante los demás.

Componentes paraverbales:

Se refieren a la forma de decir las cosas en lugar del contenido. Son aquéllos cuya utilización no altera las palabras pese a que haga variar el significado. Este tipo de elementos puede afectar totalmente al significado de lo que se expresa. Los principales elementos paraverbales de la comunicación son: el volumen, el tono, la velocidad del habla, la fluidez verbal, la claridad, el timbre, el tiempo de habla y las pausas y silencios (Mayoral Del Amo & Alcalde Pérez, 2009).

Componentes verbales:

La conducta verbal abarca el contenido verbal y la fluidez de esa conversación; así como su duración, la calidad de la voz y los gestos.

Las habilidades conversacionales sirven para iniciar, mantener y terminar conversaciones. El habla es el componente por excelencia de la comunicación, y el que tradicionalmente ha recibido más atención. Se emplea para una gran variedad de propósitos, tantos como motivos tienen las personas para comunicarse: transmitir ideas, describir sentimientos, argumentar, razonar, debatir, rebatir, etc., dependiendo fundamentalmente de las situaciones en que se produzcan, el papel que la persona en cuestión juegue en esa determinada situación y los objetivos que se pretenda alcanzar (Mayoral Del Amo & Alcalde Pérez, 2009).

En la comunicación verbal cobran relevancia los siguientes componentes (Marinaccio, 2008):

- **El volumen de la voz:** la función más básica del volumen consiste en hacer que un mensaje llegue hasta un oyente potencial. El déficit obvio es un nivel de volumen demasiado bajo para servir a esa función. Un alto volumen de voz puede indicar seguridad y dominio. El hablar demasiado alto sugiere agresividad, ira, tosquedad y puede tener

también consecuencias negativas: la gente podría marcharse o evitar futuros encuentros. Los cambios en el volumen de voz pueden emplearse en una conversación para enfatizar puntos. Una voz que varía poco en volumen no será muy interesante.

- **La entonación:** sirve para comunicar sentimientos y emociones. Unas mismas palabras pueden expresar esperanza, afecto, sarcasmo, ira, excitación o desinterés, dependiendo de la variación de la entonación del que habla. Poca entonación, con un volumen bajo, indica aburrimiento o tristeza. Se percibe a la gente como más dinámica y extravertida cuando cambian la entonación de sus voces, a menudo, durante una conversación. Las variaciones en la entonación pueden regular también el ceder la palabra; puede aumentar o disminuir la entonación de la voz de una persona para indicar que le gustaría que hablase algún otro, o puede disminuir el volumen o la entonación de las últimas palabras de su expresión o pregunta. Una entonación que sube es evaluada positivamente; una entonación que decae, negativamente; una nota fija, como neutral. Muchas veces la entonación que se da a las palabras es más importante que el mensaje verbal que se quiere transmitir.
- **La fluidez:** las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastantes normales en las conversaciones diarias. Las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Demasiados períodos de silencio podrían interpretarse negativamente, especialmente como ansiedad, enfado o incluso una señal de desprecio. Las perturbaciones incluye repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido.
- **El tiempo del habla:** este elemento se refiere al tiempo que se mantiene hablando el individuo. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.
- **El contenido:** el habla se emplea para una variedad de propósitos (comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar). Las

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esa situación y lo que está intentando lograr. El tema o contenido del habla puede variar en gran medida. Puede ser íntimo o impersonal, sencillo, abstracto o técnico. Algunos elementos verbales que se han encontrado importantes en la conducta socialmente habilidosa han sido, por ejemplo, las expresiones de atención personal, los comentarios positivos, el hacer preguntas, los refuerzos verbales, el empleo del humor, la variedad de los temas, las expresiones en primera persona, etc.

La conversación se califica como el componente básico de las habilidades sociales, se constituye por una articulación compleja entre señales verbales y no verbales y se compone de elementos tales como la retroalimentación, las preguntas y las habilidades del habla (Marinaccio, 2008).

Retroalimentación: sirve para regular lo que se dice, conocer si los oyentes comprenden, si están aburridos, sorprendidos, de acuerdo o no.

Las principales tipologías de retroalimentación son de atención y refleja (Trower; Bryant; Argyle, 1978, citado en Marinaccio, 2008).

La retroalimentación de atención implica gestos tales como el asentimiento de cabeza, la emisión de sonidos vocales de seguimiento y de afirmaciones. Su función es aumentar el flujo de conversación del hablante.

La retroalimentación refleja, evidencia el significado del comentario dicho por otro, su función es empática y reforzante. Debería producirse durante pausas del hablante, lo que transmite la idea de que se está queriendo finalizar la conversación o que no se tiene interés (Marinaccio, 2008).

Preguntas: ayudan a que la conversación pueda mantenerse y muestran el interés por el otro; además de obtener información. Trower; Bryant y Argyle (1978, citado en Marinaccio, 2008) las clasifican en:

- Generales: utilizadas para comenzar una conversación
- Específicas: suceden a las generales y mantienen la charla
- Factuales: para obtener información e inducir nuevos temas de conversación

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- Abiertas: apuntan a extender la conversación
- Cerradas: respuestas de si o no.

Habilidades del habla: generalmente la conversación comienza por afirmaciones generales, seguida de verbalizaciones más detalladas y finalmente se especifican sentimientos, actitudes u opiniones (Marinaccio, 2008).

Al mismo tiempo, en una comunicación verbal será fundamental la escucha activa, que supone poner todos los medios a nuestro alcance para lograr entender lo que nos quieren decir, mostrando además interés ante la presencia del mensaje y una conducta de colaboración con el emisor en su tarea de comunicar. El proceso implica que el emisor emite el mensaje, que el receptor escuche con esfuerzo físico y mental y el receptor debe concentrarse en el otro, comprender el mensaje, resumir y confirmar (Mayoral Del Amo & Alcalde Pérez, 2009).

El entrenamiento en habilidades sociales y sus técnicas

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (HHSS) es un proceso estructurado y sistemático de aprendizaje de una amplia gama de comportamientos requeridos para un buen desempeño de roles sociales. Es un conjunto de técnicas o procedimientos que se aplican para que los sujetos adquieran y dominen las conductas adecuadas durante la interacción, realicen un análisis realista de situaciones sociales específicas, reproduzcan determinadas habilidades en momentos adecuados y de manera espontánea. Así, los sujetos adquieren las habilidades que les permitan mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito de actuación real (Caballo, 1987).

Los orígenes del movimiento de las HHSS se remontan a los comienzos del siglo XX, con los trabajos de Jack (1934), Page (1936) y Williams (1935) quienes diseñaron los primeros programas de Entrenamiento

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

de Habilidades Sociales dirigidos a niños con déficit en su conducta social. Sin embargo, el estudio sistemático y científico de este constructo surge principalmente de tres fuentes: los trabajos de Andrew Salter (1949), los de Zigler y Phillips (1961) y los realizados por Argyle y sus colaboradores (1967, 1969, 1974) (Caballo, 2000).

Así, el término “habilidades sociales” comienza a cobrar fuerza en todo el mundo en la segunda mitad de los años setenta habiéndose producido notables avances en su elaboración teórica desde entonces y el foco de interés inicial de este campo de estudio fue el desarrollo de habilidades sociales en el contexto clínico. Los trabajos de Liberman, Mauser y Wallace (1986), Bellack (1993), Donahoe y Driesenga (1998), Halford y Hayes (1991) avalan la eficacia y la utilidad del Entrenamiento en Habilidades Sociales para la esquizofrenia y demás trastornos graves y los datos son lo suficientemente sólidos como para ser incluidos como recomendación en la Guía Práctica de la Esquizofrenia de la Asociación Americana de Psiquiatría. En el estudio llevado adelante por Bellack (1984) quedó claro que los pacientes que recibían entrenamiento en habilidades sociales presentaban un mejor control de los síntomas e índices menores de recaídas (APA 1999).

Posteriormente se extendió la idea de promover la generalización y el mantenimiento de ese repertorio de conductas interpersonales en las prácticas sociales cotidianas. Por ello, a partir de la década del ochenta se produjo un creciente interés por el estudio y la evaluación de las HHSS en los ámbitos del desempeño profesional y laboral. De este modo, El estudio de este constructo se ha extendido a poblaciones no clínicas con el fin de alcanzar patrones más satisfactorios de vida comunitaria (Del Prette, 1999; Hidalgo & Abarca, 1990; citado en Del Prette & Del Prette, 2002).

El entrenamiento en habilidades sociales se basa en la colaboración activa de las personas que participan de él, por lo que puede ser considerado un procedimiento psicoeducativo de formación en el que el entrenamiento es capaz de afectar a la motivación del sujeto, porque a través de tal

entrenamiento puede intentar modificar los objetivos que persigue en la interacción social y a la sensibilidad, siendo finalmente más sensible a la comunicación verbal y no verbal. Se trata de un procedimiento que permite traducir, a partir de la enseñanza de respuestas adecuadas a situaciones específicas y con la previa centralización en la interpretación de las señales de los demás. Así, este entrenamiento puede afectar las respuestas de los sujetos porque se enseña a dar respuestas hábiles (Marinaccio, 2008).

Los programas de entrenamiento en habilidades sociales se basan en la interacción entre factores personales y ambientales, como también los componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos de las habilidades sociales (García Vera, 1998, citado en Marinaccio, 2008).

Las técnicas conductuales y cognitivas utilizadas para el entrenamiento en habilidades sociales se utilizan para entrenar y adquirir las destrezas requeridas, en un principio, en contextos muy controlados y estructurados, pero luego tales contextos serán generalizados, extendidos a otros entornos y situaciones, para lo que es fundamental su aplicación sistemática (Marinaccio, 2008).

Técnicas cognitivas: reestructuración cognitiva

Son un conjunto de técnicas, que tienen como objetivo modificar las creencias irracionales, los diálogos internos inhibitorios, las expectativas de autoeficacia erróneas; los supuestos y esquemas negativos y los estilos atribucionales inadecuados. Ellas implican desajustes cognitivos que afectan al desempeño interpersonal, permitiendo desarrollar un sistema de creencias que valore los derechos personales y los de los demás; reconocer y reemplazar cogniciones inadecuadas y desarrollar habilidades cognitivas que faciliten el desenvolverse más asertivamente (Del Prette & Del Prette, 2002).

Entre las técnicas se encuentran las instrucciones, la relajación, la desensibilización sistemática y la detención del pensamiento (Del Prette & Del Prette, 2002).

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Las instrucciones son un medio para proporcionar al sujeto retroalimentación correctiva o información explícita acerca del origen y grado de discrepancia entre su actuación y el criterio indicado relativo a tal conducta. También implica dar información acerca de lo que constituye una respuesta apropiada, porque apuntan a suministrar a las personas información sobre la conducta social, sino también a para proporcionar una explicación razonada para los ensayos de conducta posteriores (Del Prette & Del Prette, 2002).

Las técnicas de relajación se aplican con el objetivo de que el individuo logre aminorar la ansiedad a través de la percepción de sus estados de tensión y el control sobre el mismo, permitiendo un adecuado desempeño social. Constituye un proceso psicológico, de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico, interactúan en el proceso” (Del Prette & Del Prette, 2002).

La desensibilización sistemática se usa para erradicar el miedo y la ansiedad en las relaciones interpersonales. Hay una elaboración conjunta con el paciente de situaciones jerarquizadas que le produzcan ansiedad, para luego intervenir enseñándole respuestas que son incompatibles con la ansiedad interpersonal a través de técnicas, mediante las que el terapeuta expone al individuo imaginariamente a los estímulos jerarquizados previamente, desde los menos hacia los más ansiógenos (Del Prette & Del Prette, 2002).

La detención del pensamiento está indicada para modificar toda clase de pensamientos que obstaculicen el desempeño interpersonal. Luego se torna necesario facilitar al individuo la adquisición de pensamientos adaptativos. Se basa en una secuencia: principio el paciente realiza un listado de pensamientos que interfieran en su desempeño interpersonal. Luego evalúa la manera en que los mismos influyen en las relaciones sociales. Se clasifican las conductas evaluadas con base a su contenido o en las situaciones. El terapeuta le solicita al paciente que cierre sus ojos, imagine la situación y mencione en voz alta los pensamientos listados en el primer paso. Al comienzo de la segunda palabra de cada pensamiento el terapeuta repite: ¡pare!. Paso seguido, se verifica la interrupción del pensamiento y se repiten los últimos dos pasos para afianzar los resultados. A continuación el terapeuta transfiere el control al paciente

(deberá repetir el mismo: ¡pare!). Finalmente, el paciente repite la secuencia mentalmente (Del Prette & Del Prette, 2002).

Técnicas conductuales

Algunas de las técnicas conductuales, capaces de repercutir en la conducta, son: el modelado, el ensayo conductual, la retroalimentación, el reforzamiento y las tareas para el hogar (Del Prette & Del Prette, 2002).

El **modelado** implica la exposición del individuo a un modelo que muestre adecuadamente la conducta que está siendo objetivo de entrenamiento, posibilitando el aprendizaje por observación o vicario, ya que el modelo puede ser presentado en vivo o a través de una grabación de video. Cuando las personas son expuestas a un modelo, al observarlo, adquieren representaciones simbólicas de las actividades que desarrolla el modelo que les sirven de guía para efectuar las acciones apropiadas. El modelado ilustra los componentes verbales y paralingüísticos de determinada conducta interpersonal y transmite información a los observadores acerca de pautas de respuesta nuevas. Cuando las habilidades verbales o conceptuales de los observadores se encuentran poco desarrolladas, estos tenderán a favorecerse de demostraciones comportamentales (Del Prette & Del Prette, 2002).

En el **ensayo conductual** se representan maneras adecuadas y efectivas de afrontar situaciones en la vida real que puedan resultar problemáticas con el objetivo de aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas. Se centra en el cambio de conducta como un fin en sí mismo, porque brinda evidencia que altera las atribuciones negativas o creencias irracionales acerca de sí mismo y el mundo.

Las formas de ensayo conductual son (Del Prette & Del Prette, 2002):

- *Role - playing estructurados*: son la técnica principal de adquisición y reforzamiento de conductas sociales y es indicado cuando el sujeto necesita aprender a responder a comentarios relativamente estructurados. La situación que se simula es una aproximación a

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

aquella en que se pretende que el participante mejore, a la vez que es importante que quien participe imagine que se encuentra en una situación real y actúe como tal. Antes es necesario instruir el componente a trabajar.

- *Interacciones semiestructuradas*: se pide al sujeto que interactúe con otra persona durante un tiempo determinado. Primero el terapeuta describe el papel situacional a representar y los participantes deben interactuar como si estuvieran en la situación especificada. El participante debe manifestar el componente conductual que ha sido instruido previamente. Es una ventaja contar con la presencia de algún colaborador para que interactúe con el sujeto, favoreciéndose la observación y el registro de la presencia de los componentes en la interacción.
- *Interacciones no estructuradas*: se trabaja con dos participantes que en la interacción deberán mostrar el componente que ha sido objeto de aprendizaje previamente. El terapeuta puede brindar instrucciones generales sobre el objetivo de la interacción que se está ensayado y mientras se desarrolla la interacción observa y evalúa en que medida la conducta de cada participante ha sido capaz de manifestar el componente de que se trate. Al finalizar la interacción brinda feedback y reforzamiento.

La **retroalimentación** brinda información específica al individuo para la mejora o el desarrollo de una habilidad, quien se concentra en las conductas enseñadas. Son condición necesaria (Del Prette & Del Prette, 2002):

- *Contigüidad*: se refiere a que la retroalimentación debe ser proporcionada al sujeto tan pronto como sea posible.
- *Parsimonia*: la información proporcionada debe ser concreta y adecuada a las necesidades del sujeto.
- *Descripción*: relativa al comportamiento que es objeto de aprendizaje, omitiendo juicios de valor.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- *Orientación*: la retroalimentación debe enfocarse solo hacia las conductas que son objeto de modificación en el momento concreto del entrenamiento.
- *Positiva*: las referencias al comportamiento adecuado del sujeto otorga a la retroalimentación una función reforzadora.
- *Fidedigna*: al momento de dar retroalimentación verbal es importante verificar si el resto del grupo el propio sujeto están de acuerdo con la descripción.

En el **reforzamiento** se trata de cualquier consecuencia que, presentada de manera seguida a una conducta, es capaz de fortalecer esa conducta. El reforzamiento puede ser positivo o negativo. El positivo es utilizado enfáticamente para instalar, desarrollar y fortalecer el desempeño social. Debe presentar funcionalidad y contigüidad.

Las **tareas para el hogar** son un medio a través del cual las habilidades aprendidas pueden ser ensayadas en un ambiente real y así generalizarse con mayor facilidad a la vida cotidiana del sujeto. Permiten o facilitan el acceso a conductas privadas, la práctica de nuevos patrones de conducta aprendidos, la ayuda a incrementar la sensación de autocontrol; fomentando la autopercepción de ser responsables del cambio y así la motivación al mismo y ayuda a generalizar lo aprendido a la realidad cotidiana.

El entrenamiento en habilidades sociales en formato grupal

Los programas de entrenamiento en habilidades sociales (HHSS) se llevan a cabo mediante la realización de talleres, con una modalidad de trabajo grupal.

Barreiro (2000) menciona que el taller implicaría una modalidad grupal, en la cual las personas se convocan y trabajan juntas para realizar un aprendizaje o adquirir una habilidad. El formato grupal presenta entre sus

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

ventajas, la posibilidad de práctica a los participantes en una situación social establecida, a la cual cada uno suministra diferentes modelos, ofreciendo a sus miembros un contexto de apoyo, la posibilidad de conocer a diferentes personas, a la vez que economiza el tiempo del terapeuta e implica un menor costo económico para el participante (Caballo, 2002).

Así, el grupo brinda una situación social y los participantes que reciben el entrenamiento pueden practicar con otras personas., sobre todo, porque facilitan diferentes tipos de sujetos para representar papeles y proporciona un mayor rango de realimentación. Los integrantes del grupo también brindan una serie de modelos, ayudando a esclarecer la idea de que el modelado por el terapeuta no es la única forma correcta o la única opción que se puede elegir. El grupo que practica las habilidades que va adquiriendo un contexto de apoyo, en donde los pacientes, al encontrarse con un grupo de personas similares, se sienten menos intimidados (Caballo, 2002).

También la situación social donde el EHS se desarrolla es real en vez de ser simulada, como sucede en las sesiones individuales, y las oportunidades de que la nueva conducta se generalice a otras situaciones sociales (Caballo, 2002).

Lange y Jakubowsky (1976) clasifican 4 tipos de grupos, entre los que se encuentra el grupo semiestructurado, que consiste en utilizar algunos ejercicios de representación de papeles junto con otros procedimientos terapéuticos, como el entrenamiento de padres, etc. (citado en Caballo, 2000).

El tamaño de los grupos varía en función de los objetivos y el tiempo del terapeuta, aunque es común incluir entre 8 y 12 miembros, tal como lo sugieren Aberti y Emmond (1982); Alden y Cappe (1986); Blumer Nacmara (1985); Caballo y Carrobles (1989); Goldstein y cols. (1985); Liberman y cols. (1975) (Caballo, 2000).

En cuanto al tiempo de duración, generalmente se realiza una sesión por semana de dos horas por un período de 8 semanas, no obstante, se han encontrado estudios con distintas y diversas frecuencias, tal como lo

recomiendan autores como Caballo y Carboles (1989); Haynes-Clements y Avey (1984); Wilkinson y Canter (1982); (Caballo, 2000).

Finalmente con respecto a la homogeneidad o heterogeneidad de un grupo, los autores discuten si los integrantes deberían ser de edad, inteligencia, diagnóstico y grupo social similares o con un tipo de dificultades parecidas, o si es mejor mezclar diferentes clases de pacientes en un grupo. Wilkinson y Canter (1982), indican que no existen reglas al respecto. Los pacientes con cierta característica en común podrían pensar que los otros miembros tendrían una mayor comprensión de sus dificultades y así darles un mayor apoyo. Sin embargo cierta heterogeneidad ofrece una variedad de modelos de representación de papeles y suministra mayor rango de retroalimentación, al tiempo que el sujeto puede adquirir una mejor comprensión de la gente que proviene de una esfera más amplia (Caballo, 2000).

El entrenamiento en habilidades sociales y la rehabilitación psiquiátrica

La rehabilitación psiquiátrica se concibe como un ámbito práctico, educativo y de investigación, legítimo y creíble, complementario con los ámbitos de prevención y tratamiento; y como un componente necesario del sistema de salud mental, de su planificación y decisiones políticas (Cuevas, 2000, p.2).

El entrenamiento de habilidades sociales en formato grupal con enfermos psiquiátricos proporciona oportunidades naturales y espontáneas para practicar las habilidades; un marco para la evolución de las habilidades exhibidas de modo informal, el reforzamiento de las habilidades aprendidas se amplía por medio de la retroalimentación de los pacientes; se multiplican las opciones de mejoramiento y resultan más creíbles si las llevan a cabo los compañeros. Al mismo tiempo, los compañeros pueden ayudar en la realización de las tareas para hacer en casa; hay motivación para seguir el

adiestramiento y ella surge a partir de los pacientes más avanzados; las orientaciones y expectativas favorables sobre el adiestramiento pueden brindarse tanto por los compañeros como por los terapeutas (Cuevas, 2000).

Los trastornos psiquiátricos presentan síntomas e incapacidades relacionados con el afrontamiento y la competencia de un individuo vulnerable, por lo que el entrenamiento en habilidades sociales puede mejorar el dominio de una persona ante el estrés, reducir la probabilidad de recaídas y elevar su adaptación social (Cuevas, 2000).

Pese a que los medios para el entrenamiento en habilidades sociales han mejorado y ha aumentado su validación empírica durante los últimos diez años en el caso de pacientes psiquiátricos crónicos, su uso se limita a una pequeña proporción de profesionales de orientación conductual. Si bien muchos servicios de salud mental y clínicas ofrecen grupos de socialización para los pacientes mentales crónicos, muy pocos ofrecen entrenamiento sistemático y estructurado en habilidades sociales. Uno de los grandes retos se centra en conseguir una vasta difusión y una fiel replicación del entrenamiento en habilidades sociales (Cuevas, 2000).

Pese a ello, hay estudios que demuestran que los pacientes que han seguido un entrenamiento en habilidades sociales son percibidos por las personas de la comunidad como más adaptados socialmente. No obstante, sólo hay evidencia de que el entrenamiento en habilidades sociales genera un mejor y duradero funcionamiento social, una mayor calidad de vida y remisiones clínicas. De este modo, los procedimientos de adiestramiento en habilidades sociales han tenido un relativo éxito al enseñar a los pacientes conductas situacionales específicas en los marcos clínico y académico (Cuevas, 2000).

La selección del modo de entrenamiento será fundamental en el caso de los pacientes psiquiátricos, en especial, porque muchos pacientes pueden beneficiarse del entrenamiento básico en habilidades sociales por medio de la representación de papeles, pero para aquellos con un nivel superior de funcionamiento social puede ser más beneficioso un enfoque donde se enfatizan las estrategias cognitivas de resolución de problemas, a la vez que

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

para los más retraídos y distraídos se puede precisar un tipo de entrenamiento más estructurado, basado en los procedimientos de mantenimiento de la atención (Cuevas, 2000).

Cuevas (2000) destaca que los enfoques de la rehabilitación han surgido de tradiciones empíricas y eclécticas, donde se enfatiza el desarrollo de las habilidades del paciente o de ambientes de apoyo para afrontar las incapacidades y minusvalías que comportan enfermedades como la esquizofrenia o los trastornos afectivos.

Al respecto, Calzadilla Fierro (2000) menciona los modelos de rehabilitación más usados actualmente en los enfermos mentales.

Por un lado se encuentran los modelos psicoeducativos de Leff, Fallon y Hogarty, donde el objetivo de las intervenciones consiste en aumentar la comprensión familiar y disminuir la emoción expresada. La metodología consiste en clases didácticas que faciliten conocimientos sobre la enfermedad para mejorar la comprensión; encuentros entre familias de baja expresión emocional y familias de alta expresión emocional para que se transmitan estilos de afrontamientos, así como trabajar con una familia determinada incluyendo el enfermo y se trata de disminuir la emoción expresada a través de técnicas diferentes (Calzadilla Fierro, 2000).

Los modelos basados en el afrontamiento de habilidades sociales, de Anthony y Liberman, se basan en la teoría del aprendizaje para promover la adquisición, generalización y permanencia de habilidades necesarias (aseo, cocina, autoadministración de medicamentos, transporte, tiempo libre) (Calzadilla Fierro, 2000).

Los modelos de potenciación e incentivación de modelos socialmente competentes, de Spivak, actúan sobre la des-socialización y su objetivo es el aumento de la estimulación social del sujeto con el ambiente, mediante la valoración de cinco áreas: vivienda, trabajo, familia y amigos, autocuidado e independencia, actividades sociales y recreativas (Calzadilla Fierro, 2000).

El modelo de Luc Ciompi se basa en las expectativas y la hipo-hiperestimulación, trabajando de forma progresiva con los ejes “trabajo” y “casa”, graduados de nada o todo (Calzadilla Fierro, 2000).

Cabe recordar que las técnicas conductuales para el entrenamiento en habilidades sociales se utilizan para entrenar y adquirir las destrezas requeridas. Entre ellas se encuentran el modelado, el ensayo conductual (role playing; interacciones semiestructuradas y no estructuradas); la retroalimentación (contigüidad, parsimonia, descripción, orientación, positiva y fidedigna, el reforzamiento y las tareas para el hogar (Marinaccio, 2008).

Ruiz Rodríguez (2007) presenta un esquema básico de un posible programa de entrenamiento de habilidades que consiste en lo siguiente:

1.- Instrucción verbal y discusión

1.1.- Información conceptual: delimitación y especificación de la habilidad: importancia y relevancia de la habilidad y aplicación de la habilidad

1.2.- Instrucción directa

1.3.- Diálogo

2.- Modelado

- El modelo hará exactamente la conducta que desea que aprendan
- Realizarla despacio
- Repetirla varias veces
- Con diferentes modelos (padres, compañeros)

3.- Práctica

3.1.- Representación de papeles. (Role-playing)

3.2.- Práctica real (en diferentes lugares, y en el momento adecuado: generalización)

4.- Retroalimentación (FEED-BACK)

- Informar del desarrollo de la conducta

5.- Refuerzo

- Reforzar lo positivo
- Posteriormente, repasar lo mejorable

6.- Diálogo - Discusión

7.- Tareas para casa

- Practicar en el entorno real ordinario la conducta entrenada

La persona con incapacidad psiquiátrica debe comprometerse lo más posible con los objetivos de la rehabilitación; y ello requiere desarrollar una relación de mutua confianza, respeto y empatía entre el paciente y los profesionales. El modo de entrenamiento conveniente consiste en adiestrar al paciente en el conocimiento y en las habilidades que precisan para desenvolverse en la sociedad. Para ello, la evaluación de los niveles de los síntomas es una medida adecuada para afrontar los trastornos mentales, debido a que las personas con incapacidad psiquiátrica pueden aprender habilidades; a la vez que sus habilidades se relacionan directamente con las medidas de resultados en la rehabilitación (Cuevas, 2000).

La generalización y el mantenimiento son fundamentales para el éxito de cualquier programa de adiestramiento en habilidades sociales. Una de las estrategias a tener en cuenta para mantener las habilidades sociales en los ambientes naturales es continuar el adiestramiento intensivo de la clínica o el hospital con sesiones de repaso tras el período de tratamiento. Otra de las estrategias para promover la generalización y la durabilidad de las habilidades sociales es la asignación de tareas para la casa. También producir el traslado del aprendizaje un adiestramiento mínimo, bajo el formato de instrucciones verbales intermitentes y reforzamiento de las respuestas trabajadas en el ambiente natural. Una vez establecidas las respuestas entrenadas, la eliminación gradual de las instrucciones y del reforzamiento incrementan la probabilidad de que permanezcan las nuevas respuestas (Cuevas, 2000).

Entrenamiento de habilidades sociales en la familia del paciente psiquiátrico

En la rehabilitación psiquiátrica es fundamental mejorar el desenvolvimiento social e instrumental del sujeto por medio de procesos de entrenamiento y reeducación. Sin embargo, las limitaciones y déficits que

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

persistan puede desalentar al paciente mismo, a su familia y al equipo de rehabilitación (Cuevas, 2000).

En este sentido, los esfuerzos para mejorar el repertorio de habilidades del paciente constituyen un factor clave, sin embargo, a veces se hace necesario modificar el entorno del paciente (Cuevas, 2000).

Intervenciones recientes dirigidas a perseguir la modificación del entorno familiar han producido dramáticas reducciones en las recaídas, exacerbaciones y reingresos de pacientes con esquizofrenia (Strachan, 1986, citado en Cuevas, 2000).

Tras la desinstitucionalización de pacientes con trastornos mentales crónicos, sus familias son encargadas de su atención y cuidado en el seno del hogar. Los familiares representan, para la mayoría de los enfermos psiquiátricos, la fuente primordial de compañerismo, de participación en actividades y de ayuda para afrontar los problemas cotidianos.

Las responsabilidades de asumir el cuidado de los enfermos mentales frecuentemente ocasionan en la familia estrés y conflictos, alterando toda la unidad familiar. La tensión en el hogar derivadas de la frustración, la desilusión, el criticismo, la intrusividad y la desmoralización, pueden contribuir a que exista un clima emocional que favorezca la recaída del enfermo (Cuevas, 2000).

Los familiares pueden verse sobre-implicados con un familiar enfermo y sin una labor de apoyo y educativa por parte de los profesionales hacia los familiares. También es posible que los familiares no terminen por comprender la naturaleza de la enfermedad crónica. Así, un exceso de estrés o habilidades de resolución de problemas deficientes y un afrontamiento deficitario, pueden conducir a exacerbaciones sintomáticas. Incluso, algunos autores destacan que la reaparición o incremento de los síntomas psicóticos en una persona con predisposición a la esquizofrenia, puede interpretarse como el resultado de un equilibrio precario entre el estrés ambiental y las habilidades de resolución de problemas individuo y su familia (Cuevas, 2000).

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Por ello, los profesionales de la salud mental de hospitales y otros centros de atención a los enfermos psiquiátricos crónicos graves están iniciando la educación de las familias sobre la naturaleza de enfermedades como la esquizofrenia, su entrenamiento en habilidades específicas útiles para afrontar el manejo del enfermo mental a largo plazo, y empezando a proporcionar apoyo a las familias afectadas por el estrés y la tensión de la enfermedad crónica (Cuevas, 2000).

La terapia familiar está altamente estructurada y es sistemática y se basa en los principios aprendizaje y en el cambio conductual, aunque se procura desarrollarla propiciando un ambiente de aprendizaje para el paciente y su familia, considerando importante la motivación, dado que el elogio y el reconocimiento de los pasos hacia la adquisición de la habilidad refuerzan el proceso de aprendizaje. Los objetivos del tratamiento familiar son (Cuevas, 2000):

- reducir la tensión en el sistema familiar transmitiendo al paciente y a su familia una información clara sobre los trastornos mentales graves en términos sencillos;
- enseñar habilidades de comunicación y de resolución de problemas, y
- aumentar el seguimiento de la medicación y de los programas de rehabilitación social.
- mejorar la adaptación social y la calidad de vida del paciente y sus familiares a través de la enseñanza de habilidades funcionales, de manera que puedan satisfacer sus necesidades y la de los servicios sociales y sanitarios necesarios.

En la fase inicial, el tratamiento consiste en (Cuevas, 2000):

- Se presenta la información en forma didáctica mediante folletos y soporte visual sobre la naturaleza, evolución y tratamiento de la enfermedad.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- Se solicita a los familiares que expresen sus percepciones y experiencias y al paciente se le anima a comentar los síntomas como experto en esta área.
- El terapeuta presenta la enfermedad como un trastorno que produce problemas en distintos aspectos de la vida: el trabajo, el autocuidado, la socialización, el pensamiento y el ánimo (la explicación acerca de la etiología y el tratamiento trastorno se ajusta al nivel de sofisticación de cada familia).

El proceso pedagógico ayuda a disminuir el peso de la culpa, la hiperresponsabilidad, la confusión y la indefensión de las familias. Como resultado del entrenamiento en habilidades sociales, los familiares llegan a ser menos críticos, castigadores e intrusivos sobre la conducta del sujeto y aprenden a proponer objetivos más realistas para ellos y su pariente enfermo. De este modo, pacientes y familiares aprenden juntos cómo comunicarse eficazmente entre ellos y con el exterior. El poder comunicarse, afrontar y resolver eficazmente los problemas en forma conjunta, reducen el deterioro y las incapacidades de los trastornos mentales graves, así como también la carga familiar y al mismo tiempo, aumentan al máximo la adaptación social e instrumental (Cuevas, 2000).

Las habilidades de comunicación y de resolución de problemas se imparten sistemáticamente a través de (Cuevas, 2000):

- una explicación de cada habilidad
- instrucciones graduales para el empleo de la habilidad
- demostraciones y práctica por medio ensayo conductual
- tareas para hacer en casa destinadas a lograr la generalización.

Los resultados de los estudios sobre el tratamiento conductual familiar sugieren que estas terapias pueden reducir el estrés, la carga familiar y las recaídas. Las mejoras en la adaptación social pueden obtenerse tanto en el caso de los pacientes como en los familiares (Cuevas, 2000).

RELEVAMIENTO INSTITUCIONAL GENERAL

Oferta de servicio

La clínica León S. Morra, está abocada al tratamiento de las diferentes patologías psiquiátricas, tanto agudas como crónicas. Fue fundada por el doctor León Morra y la misión, en la clínica, no solo se limita al aspecto asistencial, sino que también a la docencia y a la investigación,

Como institución apunta a realizar un enfoque sistémico; ya que no solo trabajan con el paciente dentro de la institución sino que se apela a su integración en el seno familiar y al contexto social a través de actividades recreativas y práctica de deportes.

El tratamiento que brinda, se fundamenta principalmente en la administración de psicofármacos y en el empleo de métodos terapéuticos provenientes de la Psicología cognitivo - conductual. Así mismo, ofrece tres alternativas terapéuticas: Residencial (internado), ambulatorio y hospital de día

En la institución se trabaja interdisciplinariamente posibilitándose el intercambio fluido entre profesionales avocados a diferentes áreas. Una vez al día “se pasa revista”, esto significa quienes conforman la fuerza laboral de la clínica, al momento de su ingreso diario, asisten a una reunión con aquellos que permanecieron en guardia durante la noche, de esta manera la información acerca de los pacientes asistidos se mantiene actualizada.

En el Hospital de día se realiza la admisión, acompañamiento individual, terapia de grupo, entrevistas familiares, asambleas multifamiliares, actividades grupales, incluyendo a pacientes entre 18 a 55 años.

En el sanatorio Prof. León Morra S.A., se llevan a cabo diferentes actividades de rehabilitación, las mismas forman parte de la rutina semanal de los pacientes. Las actividades que se realizan son las siguientes:

Actividad musical:

Esta actividad se realiza en todos los pabellones. El taller consiste a través de la distribución de cancioneros a los pacientes, los cuales eligen

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

diversas canciones para cantar, una vez elegidas la profesora las toca con su guitarra, y así cantan todos juntos.

Objetivos: que los pacientes se conecten con diferentes sonidos, en este caso con el de la guitarra y su voz, así como también la voz de sus compañeros para expresar sus emociones por medio de la elección de los temas que prefieran cantar, conectarse con lo que les pasa a través de las letras e identificarse con ellas y con sus compañeros en su dolor y alegrías

Actividad lúdica recreativa:

Esta actividad como la anterior se realiza en todos los pabellones. Este taller consiste en la recreación e interacción a través de diferentes juegos (bingo, ruleta, carrera de mente, ludo, etc.), donde los pacientes se divierten, aprenden, y se pone en juego la competencia y el trabajo en equipo, se puede observar los procesos cognitivos como la atención, la concentración, motivación, etc. A los ganadores se les suele dar un premio ya sea caramelos, alfajores, chupetines, etc.

Objetivos: proveer a los pacientes un espacio de dispersión donde puedan relajarse, divertirse, compartir, expresarse y competir.

Taller de teatro:

Esta actividad se realiza únicamente en hospital de día y consta de dos partes. En la primera parte la profesora le da una consigna de expresión corporal y en la segunda los separa en tres grupos para que ensayen una representación teatral para que luego del tiempo acordado la representen.

Objetivos: en la primera parte de la actividad los pacientes se relajan y en la segunda parte que puedan realizar proyecciones a través de la expresión teatral, conectarse con sus emociones como también realizar el papel de diferentes personajes.

Educación física:

Esta actividad se realiza en todos los pabellones que son denominados Hernández, VIP, Hospital de día y en el pabellón Peirotti y consiste fundamentalmente en ofrecerles a los pacientes que realicen diferentes

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

actividades físicas, que pueden ser caminatas, asistir al gimnasio de la institución como así también juegos de vóley, football, básquet, etc.

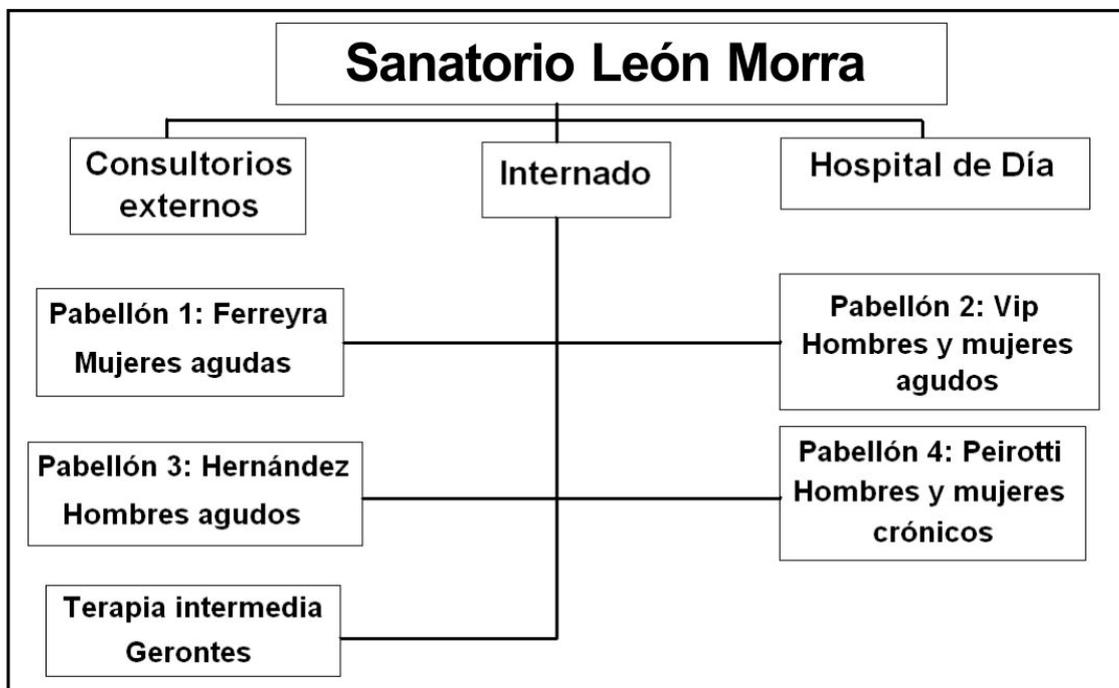
Objetivos: se busca principalmente que los pacientes salgan de la inmovilidad, que adquieran conciencia que la salud física es un bienestar general. También fomenta el trabajo en equipo promoviendo así la interacción entre los pacientes.

Taller de cocina:

El taller se realiza en hospital de día y consiste en realizar tortas y panes para después venderlos a sus familiares.

Objetivos: trabajo en equipo, poniendo en práctica ejercicios de coordinación motora, a través del amasado del pan y la memoria para recordar los ingredientes, etc. También podría convertirse en una salida laboral.

Organigrama de la organización



Estructura organizativa

Alude al sistema interrelacionado de roles oficialmente sancionados que forman parte del organigrama, así como también a la definición de funciones y responsabilidades dentro de la institución. La organización interna de la dinámica de trabajo y demás reglamentos en la institución responden a disposiciones de propietarios de Sanatorio Morra. La institución está conformada por:

- Dirección: es el representante legal en la institución.
- Jefes de psiquiatras (dos): a su vez docentes, coordinadores supervisores del desempeño de los médicos residentes. Trabajan a nivel residencial y ambulatorio.
- Médicos residentes (seis): Asignados a los diferentes sectores (planta alta, planta baja) que se encuentran realizando pasantías remuneradas allí mismo. Trabajan a nivel residencial.
- Psicólogas (seis): Una de ellas a cargo de laborterapia y las cinco restantes distribuidas entre los diferentes sectores. Trabajan a nivel residencial y ambulatorio.
- Asistente social (uno): Que trabaja con las familias de los pacientes internos.
- Profesor de educación física (uno), que trabaja con los pacientes internos
- Enfermeras (cinco): Distribuidas en los diferentes sectores de la clínica.
- Secretarias (dos): encargados de consignar turnos.
- Personal gastronómico y de limpieza.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL INSTITUCIONAL

Participantes

El grupo estará integrado por 10 participantes máximo del Sanatorio León Morra y sus respectivas familias. A estos se les proporcionarán diversas técnicas de Entrenamiento en Habilidades Sociales. En caso de que existan más pacientes del sanatorio que requieran de este tipo de intervenciones, se organizaran grupos en paralelo, ya que más de 10 participantes pueden afectar la interacción entre ellos, como la posibilidad de aprendizaje o enseñanza equitativa para todos.

El tipo de muestreo que se utilizará es no probabilístico - accidental, puesto que la selección de la muestra no es aleatoria, sino que depende de criterios que considere el investigador.

Instrumentos

Para recolectar la información se utilizaron las siguientes técnicas:

- 1- Entrevista semidirigida: se realizaron diferentes preguntas a la directora del área, con el objetivo de profundizar sobre los siguientes ejes: la historia del establecimiento, su conformación y funcionamiento, las características de la población con la que trabajan (configuraciones familiares predominantes, patologías predominantes, características de los internos, etc.), y las principales necesidades actuales. Por otro lado, se brindó un espacio para que surja espontáneamente información relevante para el trabajo.

También se aplicaron entrevistas semidirigidas al personal de equipo del área: una trabajadora social, una psicóloga y enfermeras.

Es importante aclarar, que no se permitió grabar las entrevistas a pedido de la directora del área, por lo cual las mismas no serán presentadas en el anexo, ya que se cuenta sólo con apuntes que fueron tomados durante las entrevistas.

- 2- Observación directa: se utilizó esta herramienta para recoger información sobre los siguientes ejes: funcionamiento diario de la

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

institución, movimiento general de los pacientes que asisten al hospital de día, estructura física, recursos materiales, personal o recursos humanos, actividades que realizan los pacientes, etc.

Consideraciones éticas

El director de la institución ha otorgado la autorización para entrevistar al personal que allí trabaja y para llevar a cabo los encuentros con los pacientes y sus familiares en el seno de la institución.

Se solicita el consentimiento informado de cada uno de los participantes, explicitando por escrito el objetivo de la investigación, brindándoles la opción a libre elección de participar, así como se informa el derecho a negarse a continuar con el procedimiento, en caso de que así lo considerase.

Se les comunicó a los integrantes acerca del resguardo de su identidad, debido a que la identidad ha sido preservada, siendo los datos obtenidos anónimos y confidenciales, evitando ocasionar posibles perjuicios.

Se mantuvo el secreto profesional, el cual obliga al psicólogo a mantener ocultas aquellas circunstancias, situaciones y confidencias que reciba en el ejercicio de su profesión.

RESULTADOS DIAGNÓSTICOS (FODA)

Marinaccio (2008), tomando a Gache y Otero, plantea una modalidad de diagnóstico compuesta por cuatro ejes: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. La misma, que se denomina FODA, fue originada en las décadas de 1960 y 1970 y es utilizada ampliamente en el marco organizacional.

Fortalezas

Dentro de las fortalezas que presenta la institución se podría mencionar en principio que el Sanatorio León Morra es una institución que tiene muchos años en actividad, que cuenta con profesionales con basta experiencia en lo que respecta al tratamiento de diferentes patologías psiquiátricas, tanto agudas como crónicas.

La interdisciplinariedad con la que se plantea el trabajo profesional sería otro de los puntos de fortaleza de la institución. Tomando a esta como un medio para superar el espacialismo no integrado, se considera a esta manera de abordar el trabajo como un punto fuerte en pos de la obtención de mejores resultados en lo que hace al tratamiento y a la rehabilitación de pacientes psiquiátricos.

En la clínica, se realizan además actividades de investigación y docencia para residentes a cargo de los profesionales con mayor experiencia clínica.

Se manifiesta, por parte del director de la clínica, una gran apertura en lo que se refiere a la realización de nuevas actividades, con disponibilidad espacial y personal de su parte. También, por parte de los profesionales entrevistados, se halló disponibilidad personal dado el caso de necesitar de sus conocimientos y experiencia para desarrollar alguna actividad nueva.

Se ha establecido en el transcurso de estos últimos años, por parte del trabajador social un fuerte contacto con las familias de pacientes crónicos internos en la clínica. Esto implicaría una vía de acceso importante a la hora de plantear un abordaje con dichas familias. El trabajador social, en sus reuniones con los familiares da información específica relativa a: si hay curación de la

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

enfermedad mental, cuales son sus tratamientos, acerca de posibles cambios en el estado clínico del paciente, como acceder a servicios en momentos de crisis.

Ediliciamente, la clínica neuropsiquiátrica se encuentra en proceso de reconstrucción para satisfacer las demandas actuales de espacio, dado el incremento de la población de pacientes internos. Además constantemente se realizan reformas internas para mejorar su organización y servicios a la comunidad.

Dentro de las reformas edilicias que se están realizando, se ha concebido la edificación de un espacio que funcione como ateneo abierto a la comunidad.

En lo que hace a su organización interna se ha sectorizado según patologías y se han realizado reformas con respecto al reglamento para pacientes y familiares. El objetivo de esta modificación se orienta a una mejora en la calidad de su funcionamiento.

Oportunidades

El Sanatorio León Morra tiene la oportunidad de ser actualmente una de las únicas Instituciones neuropsiquiátricas privadas en la ciudad de Córdoba abocada al tratamiento de distintas patologías psiquiátricas, tanto agudas como crónicas. Esta ofrece tres alternativas terapéuticas: Residencial (internado), ambulatorio y hospital de día.

Como empresa, podría decir que el Sanatorio León Morra tiene la oportunidad de acaparar el mercado de Córdoba, ya que al no haber otra clínica psiquiátrica con los servicios que tiene el sanatorio, no tendría competencia en el mercado.

Además la institución brinda la oportunidad a estudiantes de medicina y Psicología de realizar residencias pagas allí mismo. Es decir que no solo cumple con una tarea asistencial privada que busca superar demandas a través de acciones concretas pertinentes al funcionamiento de la clínica, sino que además ofrece la posibilidad de obtener residencias pagas y docencia para los residentes que alberga. Lo que facilitaría la convocatoria de personal

idóneo para participar en el proyecto de aplicación, así se utilizarían los mismos recursos del hospital, disminuyendo el costo de las actividades.

Por otro lado, a nivel de proyectos; a partir del presente proyecto de aplicación en que los familiares son tomados como herramienta terapéutica con potencial positivo para el cambio se busca forjar un terreno fértil, que a través de la generalización de conductas saludables de los mismos de lugar a la incorporación posterior de un proyecto referido a la misma temática pero orientada a todos los pacientes, con una mayor probabilidad de obtener resultados consistentes dado el respaldo del contexto familiar.

Debilidades

Actualmente la clínica no se encuentra dotada de la comodidad suficiente para retener a todos los pacientes que requieren de internación. Si bien se están realizando los reacondicionamientos edilicios y organizativos necesarios; todavía falta la optima comodidad para albergar a todos los pacientes en excelentes condiciones.

Uno de las demandas más urgentes a resolver, expresada por todos los profesionales de la institución es el de revincular a pacientes internos compensados con sus familiares; en parte para generar mayor espacio en el área de internación; y con la esperanza de que aquellos puedan ser “devueltos” a sus familias. Sin embargo, dicho proceso se está llevando a cabo por un solo profesional, que es el trabajador social. Actualmente no se están desarrollando otros abordajes complementarios y reforzadores que busquen revincular, integrar y comprometer a la familia en el proceso de salud-enfermedad. Con lo cual el proyecto que se desarrolla en el presente trabajo podría ayudar a superar esta falencia institucional.

Otro punto débil de la institución es la falta de información que manifiestan las familias de pacientes crónicos internos, respecto a la realización de este tipo de abordajes, reglamentos y objetivos de las reuniones mensuales.

Finalmente la institución, en un comienzo se dividía en dos partes: una asistencial y la otra funcionaba como fundación. Desde la parte fundacional se

fomentaba la cultura. De hecho, han dado conferencias importantes figuras tales como Borges, entre otros. Actualmente el director ha expresado que falta poner énfasis en dicho aspecto, que por razones económicas ha decaído notablemente.

Amenazas

Una situación que podría ser tomada como fuente de problemas para acceder al cambio deseado en lo relativo a revincular, integrar y comprometer a la familia en el proceso de salud - enfermedad remitiría a aquellos pacientes que llegan a la clínica a través del PAMI. Como lo explicitaron los profesionales entrevistados, la clínica tiene el deber de asistir a dichos pacientes.

Según los entrevistados, serían éstas las familias con las que más se complica la tarea. Muchos de los pacientes crónicos que envía el PAMI hace hasta veinte años que han sido dejados en internación por sus familias, sin necesidad de estarlo, ya que se encuentran compensados. Estos no son visitados por sus familiares. Así, se reflejaría la escasa posibilidad de contactarse con los mismos y de que se comprometan a participar en el abordaje actual. Son los familiares de pacientes internos con cobertura médica privada los que han expresado su necesidad y mostrado disposición para participar en abordajes familiares en la clínica

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL

“PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES CONVERSACIONALES CON PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN NEUROPSIQUIATRICOS Y A SUS FAMILIAS”

El presente trabajo consiste en un Proyecto de Aplicación Profesional (PAP). El PAP implica sistematizar acciones con el objetivo de modificar una situación a partir de una determinada demanda, una necesidad institucional; una situación que se detecta inicialmente a través de un diagnóstico organizacional. Ante la detección de una necesidad-demanda surge una idea y a partir del análisis de la misma, se concreta un proyecto.

Este programa fue diseñado para mejorar la comunicación entre pacientes psiquiátricos y sus familias a través de un entrenamiento en habilidades sociales.

Los pacientes concurren todos los días a hospital de día de 9:00hs a 18hs al Sanatorio Morra.

Se plantea como finalidad el entrenar habilidades comunicacionales para mejorar y hacer más efectivas las interacciones entre los pacientes y sus familias, en pos de una mejor calidad de vida.

Se llevaría a cabo encuentros con los pacientes y de forma paralela con sus familias, de modo que finalicen juntos el taller. Se propone el mismo entrenamiento para todos los participantes, con la salvedad de que a los familiares solo se les pide como tarea para el hogar el facilitar y acompañar al paciente en su tarea para el hogar, conteniendo y participando de la actividad que se les pide a los pacientes que realicen en sus casas.

Este abordaje ha sido propuesto porque podría actuar de complemento con la tarea por el asistente social de re-vinculación familiar entre pacientes y familias, en la que se arriban cuestiones relativas al conocimiento sobre la enfermedad, si hay curación de la enfermedad mental, sus tratamientos, acerca de posibles cambios en el estado clínico del paciente, como acceder a servicios en momentos de crisis.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Los familiares mismos, como los distintos profesionales entrevistados en la clínica, han manifestado la necesidad de generar espacios de una mayor y mejor comunicación en la familia y entre familia e institución.

Los pacientes psiquiátricos y las familias de pacientes psiquiátricos se encuentran actualmente desprovistos de un espacio que se dedique a abordar el entrenamiento que permita desarrollar habilidades y fortalecer capacidades para mantenerse saludables desde el punto de vista psicológico.

Para ello es necesario que las interacciones disfuncionales tanto en la clínica como en el hogar se modifiquen y a través del entrenamiento conseguir modos saludables de comunicación.

Se presta la oportunidad para desarrollar dicha intervención de acuerdo a problemáticas planteadas y en trabajo conjunto con profesionales. Cabe tener en cuenta que la institución presenta recursos de tiempo, espacio y materiales, junto con la disponibilidad necesaria por parte de profesionales y familiares para llevar a cabo la intervención que aquí se plantea.

Modalidad de intervención

La idea se formula para ser concretada en la institución de la cual se desprende la demanda: Sanatorio León Morra.

A lo largo de este taller se llevará a cabo la aplicación de diferentes técnicas sobre el aprendizaje en habilidades sociales, acciones que requieren la participación de los pacientes en actividades para luego explicar y desarrollar teóricamente conceptos claves.

El mismo está dirigido a pacientes del Hospital de Día del Sanatorio Morra y sus familias, y se realizará en encuentros establecidos previamente, dentro de las instalaciones de la institución. Las actividades se desarrollarán grupalmente o en pequeños grupos y en la finalización de cada encuentro se realizará una puesta en común de lo realizado

El presente proyecto es respuesta a interrogantes que tienen origen en la observación realizada a pacientes ambulatorios del hospital de día considerados estos últimos, pacientes en diferentes situaciones, con diferentes percepciones, con diversas historias pero con circunstancias en común, como

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

por ejemplo la de estar viviendo una etapa de transición. Encontrándose en un pasaje de desenvolverse en la institución sanitaria a desenvolverse en las diferentes instituciones de la vida en sociedad, en un proceso de desinstitucionalización. De un interior contenedor a un exterior desafiante, muchas veces vividos por aquellos pacientes con temores e inseguridades.

Existe la posibilidad de que los pacientes queden “enganchados” por largo tiempo a los servicios asistenciales ambulatorios, pacientes que, superadas sus crisis, mantienen síntomas permanentes limitadores de su capacidad de vivir, cuya calidad de vida en la comunidad es pobre con serios déficit de adaptación social, requiriendo atención sanitaria continuada y atención social intensa, que garantice su inserción en la comunidad, con buena calidad de vida.

El programa de EHS intentará funcionar como un modelo alternativo de conductas que sirvan de referencia y sostén al paciente en las actividades, vínculos y vivencias que le acontezcan, y aquellas que se incorporen o modifiquen.

La finalización del tratamiento de rehabilitación de estos pacientes implicará también la indicación de continuar con el seguimiento psiquiátrico y psicológico y oficiar los mecanismos de derivación y acompañamiento necesarios.

Este tipo de programas funcionan como complemento en la rehabilitación de los pacientes, destacando la importancia de articular programas con objetivos claros y definidos, para lo cual se deben aunar criterios médicos terapéuticos, institucionales y fomentar la creación de espacios y redes de inclusión social.

Por otro lado las familias que se encuentren interesadas en participar serán agrupadas en el salón de hospital de día. También se necesitará que los familiares concurren en distintos días y horarios para realizar el taller propuesto. Se requiere además, que las personas que participen del taller puedan entender consignas, comunicarse y expresarse.

Una vez conformado cada grupo e iniciado el entrenamiento, no se habilitará la Inclusión de nuevos participantes en el mismo. El equipo a cargo

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

del taller estará constituido por un psicólogo/a a cargo, y dos colaboradores (practicantes de psicología).

Para convocar a los familiares participantes del proyecto se movilizará al plantel de profesionales que integran la institución: director, psiquiatras, psicólogos, asistente social, enfermeros.

Cronograma

Los encuentros se desarrollarán con una frecuencia semanal, con una duración aproximada de 2 horas cada uno, por un periodo de 8 semanas. Se realizarán en paralelo las actividades destinadas a los pacientes y familiares, de manera que ambos terminen simultáneamente.

Planificación

Se proporcionarán gradualmente los contenidos relativos al taller durante el transcurso del programa y la información será transmitida de la manera más clara y simplificada posible, de acuerdo con el estilo lingüístico de los participantes.

El programa estará estructurado por encuentros con los pacientes y los familiares en forma paralela, de modo que finalicen juntos el taller.

El programa constará de módulos divididos en segmentos de 2 horas cada uno.

La idea de dividir el proyecto en módulos transmitiría algunas cuestiones. En principio que el presente proyecto estaría sujeto a una estructura ordenada; es decir a una racionalidad. Además indicaría que el aprendizaje sobre habilidades de comunicación se dará por etapas, comenzando por conceptos nodales que influirán en el aprendizaje de conceptos posteriores de mayor especificidad. Se espera que el programa se complete en 8 semanas, donde se desarrollarán los encuentros con los pacientes y familiares.

Se pondrá particular énfasis en la actitud del psicólogo a lo largo del programa, Este deberá mantener una actitud activa y directiva a lo largo del proceso, tendiente a dar retroalimentación y refuerzo positivo a los aciertos de los participantes. Desde el comienzo del programa, el psicólogo destacará la

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

importancia de la realización de tareas asignadas para el hogar; apuntando a obtener un compromiso por parte de los miembros de las familias y de los pacientes. Cada vez que un participante complete sus tareas, estas serán supervisadas por el psicólogo y se lo reforzará por su desempeño.

Los módulos se iniciarán siempre en un clima positivo: el psicólogo comenzará cada encuentro saludando a los participantes, agradeciéndoles su asistencia y logrando que se sientan a gusto. Se asegurará de que los participantes permanezcan activos.

Lugar: Sanatorio León S. Morra

Recursos humanos

Un licenciado en Psicología dirigirá y coordinará el proceso. Se incorporará a dos estudiantes avanzados en psicología, que colaborarán en algunos módulos del programa (sin goce de sueldo) y podrán participar en el resto de los mismos en calidad de oyentes. A los mismos, se les hará un reconocimiento por escrito de su asistencia al programa.

El grupo de participantes estará conformado por no más de 10 personas.

Recursos materiales

Espacio físico: salón que funciona como hospital de día para los pacientes, dotado de sillas, mesas e instalaciones eléctricas.

Material didáctico

Cantidad	Material didáctico
1	Pizarra chica.
2	Marcadores.
10	*Colchonetas.
20	Cuadernos de notas.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

20	Lapiceras.
90	Hojas de ejercicios.
70	Hojas de tareas para el hogar.

***Dichos recursos son facilitados por la institución.**

Material técnico.

Cantidad	Material técnico
1	Reproductor de CD
2	CD

Honorarios profesionales: se pretende cobrar \$ 2.400 de honorarios profesionales por el total del programa a razón de \$ 150 por sesión.

Presupuesto general en materiales.

Cantidad	Material técnico	Importe
1	Pizarra chica.	50
2	Marcadores.	15
20	Cuadernos de notas.	100
20	Lapiceras.	60
90	Hojas de ejercicios.	45
70	Hojas de tareas para el hogar	35
2	CD	6

Presupuesto global del PAP: se expone de manera gráfica, el presupuesto del presente proyecto de aplicación profesional. En el mismo, se incluyen los gastos en materiales y honorario del psicólogo por encuentro:

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Encuentros con pacientes y familiares		Costo en \$
1º	“Aprendiendo a conocernos”	260
2º	“Componentes conductuales de la habilidad social”.	240
3º	“Componentes conductuales en el role-playing”	235
4º	“La conversación”.	235
5º	“El ponerse en el lugar del otro y expresar sentimientos”	352
6º	“Iniciando conversaciones”.	352
7º	“Manteniendo conversaciones”	352
8º	“Finalizando conversaciones”.	265
Total		2291

PROGRAMA DE TALLERES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES

Objetivos

- Promover en los participantes el aprendizaje de habilidades comunicacionales y su puesta en práctica, para su posterior generalización al contexto próximo.
- Proveer a los participantes la emisión de señales verbales y no verbales que les permiten efectivizar su comunicación interpersonal.
- Facilitar en los participantes la identificación y comprensión de los conocimientos, expectativas, creencias y estereotipos que pueden obstaculizar sus comunicaciones en el ámbito familiar.
- Propiciar la comprensión de los participantes sobre sus pensamientos automáticos y diálogos internos al interpretar los acontecimientos y la influencia que tienen en sus comunicaciones.
- Favorecer en los participantes la elección de conductas que les permitan el mejoramiento de la comunicación interpersonal.

Encuentros

Encuentro 1: Introducción - “Aprendiendo a conocernos”

Fundamentación: Vicente Caballo (2000) plantea como estrategia para el inicio de actividades de grupo la presentación, que funciona como eje introductorio del taller.

Objetivos.

- Presentar a los participantes al grupo y a los miembros del equipo
- Explicar las características generales del programa a desarrollar.
- Conocer las expectativas de los participantes respecto del programa.
- Concientizar sobre la importancia del compromiso en la participación en el programa.
- Propiciar el diálogo entre los participantes.
- Explicar la importancia de las habilidades comunicacionales de escucha

Consigna: el psicólogo solicitará que se conformen los grupos de participantes con el fin de hacer la presentación de los miembros del equipo y los sujetos que integran los grupos.

Actividades.

- 1) Psicólogo a cargo se presenta e introduce al resto del equipo colaborador.
- 2) Para iniciar las actividades se realizará una técnica de presentación para que todo el grupo pueda comenzar a integrarse. A estos fines se utilizará la técnica del “Almohadón”, para la cual se les pedirá a cada paciente que diga nombre, edad, y que cuente algo sobre él, por ejemplo que le gusta hacer, si tiene mascotas, etc. Iniciará el psicólogo, presentándose, y tirará el almohadón a uno de los participantes, el cual deberá presentarse y volver a tirar el almohadón, así sucesivamente hasta que terminen de presentarse todos. Esta técnica es una modificación de la técnica del Ovillo, pero considerando a los

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

posibles participantes, se cambia de elemento, buscando simplificar y agilizar la actividad.

3) Los participantes se agruparán en parejas eligiendo ellos mismos al compañero con quien la conformarán. Se deberán avocar a una charla entre sí durante cinco minutos. Durante el tiempo determinado cada participante deberá expresar a su compañero los tres adjetivos que consideren que lo describen mejor. Luego volverán al grupo y ofrecerán una breve sinopsis sobre el compañero.

4) Finalmente se pasará a la última actividad, para la cual se reúnen a los participantes y el psicólogo, quien les informará acerca de los objetivos del programa, el compromiso que deben asumir y todo lo que concierne a las habilidades sociales. Finalmente se realiza un debate sobre ellas.

5) Se le entregará a cada uno de los participantes un cuaderno de notas con una lapicera para utilizar en los sucesivos encuentros

6) Se le pedirá a los participantes que anoten en su cuaderno la tarea para el hogar, que consiste en que escriban sentimientos y pensamientos que les genera el programa y sus expectativas

Justificación: con esta actividad se busca, introducir el tema y despejar dudas sobre la temática y sobre el taller. Se trabaja la habilidad de escuchar y las habilidades comunicacionales a través de los distintos diálogos que se presentan.

Duración: 120 minutos

Equipo: psicólogo a cargo y practicantes de psicología.

Materiales: Almohadón, Laminas y cuadernos de notas.

Presupuesto:

Material	Costo en \$		
		10 cuadernos de notas	50
1 almohadón	50	honorarios del profesional	150
5 afiches	10	Total	260

Encuentro 2: “Componentes conductuales de la habilidad social”.

Fundamentación: Vicente Caballo (2000), plantea que la comunicación verbal y no verbal constituyen elementos básicos de la habilidad social.

Objetivo: lograr que los participantes comprendan la importancia del *que se dice* y *como se dice*.

Consigna: el psicólogo dará la consigna de conformar grupos de dos personas, en los que se deberá mantener una conversación. Mientras una pareja lleva a cabo la interacción, el resto del grupo observará y registrará los componentes utilizados por quienes realizan la ejecución. El terapeuta dará aviso cuando el tiempo de cada interacción haya concluido.

Actividades.

- 1) Se instruirá a los participantes acerca de la implicancia de la mirada en la interacción social: “la mirada tiene un papel muy importante en la comunicación con el otro. Su función es acompañar el habla, sincronizando y reafirmando lo que se dice. La ausencia de mirada hacia la otra persona mientras se habla puede ser interpretada por el otro como una ausencia de interés y de atención”.
- 2) Se instruirá a los participantes acerca de la implicancia de los gestos y la expresión facial en la interacción social: “cuando interactuamos con otra persona, los gestos tienen la función de comunicar información. En ciertas ocasiones en que se dificulta expresar algo a través de las palabras representarlo a través de los gestos nos ayuda a ilustrarlo. Los gestos con las manos son muy utilizados para tales fines, acompañando, reemplazando o enfatizando el habla en la comunicación. El rostro sería la parte corporal más expresiva. La expresión facial tiene funciones importantes en la interacción con el otro porque permite manifestar nuestras emociones, indica actitudes hacia el otro, da apoyo o no a lo que estamos diciendo o haciendo y brinda información al otro sobre si estamos comprendiendo, en acuerdo o desacuerdo con lo que nos dice”.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

3) Se instruirá a los participantes acerca de las implicancias de la postura corporal en la interacción social: “nuestra postura manifiesta los sentimientos y las actitudes respecto de nosotros mismos y de los demás”.

4) Se instruirá a los participantes acerca de la implicancia de la distancia/proximidad y el contacto corporal en la interacción social: “la proximidad física que mantengamos con el otro en la interacción define la naturaleza del encuentro. El contacto corporal hace a la manera más íntima de comunicación. La clase de contacto apropiado con el otro depende del contexto, de la edad y de la relación establecida. Hay situaciones en que mayormente se manifiesta el contacto corporal: al dar un consejo, pedir un favor, convencer a alguien, en situaciones informales, si la conversación es profunda, al recibir un mensaje de preocupación de otra persona.

5) Se ejecutarán interacciones no estructuradas de cinco minutos, cada una conformada por subgrupos de dos personas. El psicólogo participará como observador al igual que los dos practicantes, registrando en que medida los componentes enseñados son empleados correctamente por los participantes. Al finalizar cada interacción, el psicólogo preguntará al resto del grupo que componentes enseñados consideran que han sido aplicados adecuadamente por cada participante. Luego, ofrecerá a reforzamiento positivo sobre los logros y retroalimentación correctiva acerca de la ejecución si es necesario. Ambos serán proporcionados en un lenguaje sencillo y comprensible para los participantes.

6) La tarea para el hogar consistirá en poner en práctica lo aprendido en este encuentro. Se les pedirá a los participantes que usen los componentes enseñados con un miembro de la familia durante el transcurso de la cena.

Justificación: aprender los componentes conductuales de las habilidades conversacionales. En este encuentro, por medio de la instrucción, se enseñara la importancia de la mirada, pensar en lo que se esta hablando, esperar turno para hablar y decir lo que uno piensa y siente respetando al otro.

Duración: 120 minutos

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Equipo: psicólogo a cargo y practicantes de psicología.

Materiales: cuadernos de notas, láminas, lapiceras

Presupuesto:

Material	Costo en \$
10 lapiceras	30
5 afiches	10

10 cuadernos de notas	50
honorarios del psicólogo	150
Total	240

Encuentro 3: “Componentes conductuales en el role-playing”

Fundamentación: Vicente Caballo (2000), plantea que la comunicación verbal y no verbal constituyen elementos básicos de la habilidad social.

Objetivo: lograr que cada participante sea capaz de adquirir y desarrollar las primeras habilidades de forma adecuada.

Consigna: el psicólogo solicitará a los participantes que formen grupos de dos personas y que preparen la realización de las actividades de Role Playing de diversas situaciones cotidianas.

Actividades:

1. Role Playing de situaciones cotidianas, como ayudar en la casa, tender la cama, ir a pagar impuestos, hablar con un vecino, etc.
2. Luego un encuentro entre dos personas las cuales se conocieron por medio de Internet, que deciden encontrarse en una confitería para hablar.
3. Finalmente un role-playing de entrada al cielo: el paciente tiene que convencer a dos guardianes para entrar al cielo. Esta situación consiste en que los participantes deberán dar diversos motivos del por que ellos creen que merecen ir al cielo. Los guardianes serán los dos practicantes.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

4. Se le pide al paciente que se quede parado mientras el profesional, practicante o colaborador va a ir acercándose como un extraño, y el participante deberá decir cuando quiere que deje de darse ese acercamiento. Después se hace lo mismo pero en vez de ser un extraño es un amigo y por último un familiar (padre, madre, hermano, abuelo, etc.)
5. Los colaboradores van a explicar las habilidades conversacionales que se tuvieron en cuenta. Posteriormente indicarán las habilidades que fueron adecuadas y cuales no. Se realiza una puesta en común y se busca conductas alternativas para cada situación.
6. La tarea del hogar: deberán elegir una actividad que tenga que ver con colaborar en la casa y con sus familiares, teniendo en cuenta lo aprendido en este encuentro.

Justificación: En este encuentro se utilizara la técnica de role-playing en diversas situaciones con el fin de aplicar todo lo que se enseñó en el encuentro anterior.

El role-playing es una técnica a través de la cuál se simula una situación que se presenta en la vida real mediante la adopción de un personaje y la creación de una situación. Con ella, se intenta elaborar las ansiedades y defensas frente al proceso grupal y las dramatizaciones con las líneas de intensidad que acontecen en el espacio de la situación. El objetivo es escenificar la forma de actuar y las decisiones que tomaría cada uno de los personajes en situaciones diferentes, actuando como el personaje, lo que permite ponerse en el lugar del otro; pensar y practicar sobre como se presentará, qué dirá, cómo y cuáles serán sus respuestas y reconocer los espacios personales de actuación. Con estas actividades se pretende observar en los participantes los comentarios, actitudes verbales, no verbales y corporales, quién es el que toma la iniciativa para realizar la actividad, o comentar sobre la experiencia, quien está en silencio, quien se mantiene al margen.

Duración: 120 minutos.

Materiales: cuaderno de notas, lapiceras, una pizarra, tizas

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Equipo: psicólogo a cargo y practicantes de psicología

Presupuesto:

Material	Costo en \$
10 lapiceras	30
5 tizas	5
10 cuadernos de notas	50
honorarios del psicólogo	150
Total	235

Encuentro 4: “La conversación”.

Fundamentación: la conversación se califica como el componente básico de las habilidades sociales, se constituye por una articulación compleja entre señales verbales y no verbales y se compone de elementos tales como la retroalimentación, las preguntas y las habilidades del habla (Marinaccio, 2008).

Objetivos: tras haber incorporado el paciente los componentes conductuales, se plantea:

- Presentar los aspectos centrales de la conversación
- Facilitar el “darse cuenta” de la responsabilidad personal implicada en las comunicaciones que llevan a cabo.
- Motivar a los participantes a reconocer e incorporar las habilidades comunicacionales que le faciliten una interacción más eficaz

Consigna: el psicólogo solicitará que se conformen en grupos de dos personas para mantener las conversaciones que se establecen en las actividades.

Actividades:

1) Se instruirá a los participantes acerca de la implicancia de los componentes de la conversación en la interacción social: Si bien a las personas nos caracteriza un estilo particular al hablar, las situaciones en que estemos inmersos harán que varíe el tema, la cantidad y la duración aceptables del habla. El rol en que se encuentre la persona es determinante al momento del habla. La conversación se constituye por una articulación entre señales verbales y no verbales. Entre las no verbales la mirada es muy importante. La conversación se compone de elementos tales como: la retroalimentación. Esta sirve para regular lo que se dice, conocer si los oyentes comprenden, si están aburridos, sorprendidos, de acuerdo o no. Las principales tipos de retroalimentación se clasifican en (Trower; Bryant; Argyle, 1978):

De atención: implica gestos tales como el asentimiento de cabeza, la emisión de sonidos vocales de seguimiento y de afirmaciones. Su función es aumentar el flujo de conversación del hablante.

Refleja: refleja el significado del comentario dicho por otro: “piensas...porque”. Su función es empática y reforzante. Ambos tipos de retroalimentación deberían ofrecerse durante pausas del hablante. El no hacer preguntas o comentarios a la otra persona en una conversación transmite a los otros la idea de que se está queriendo finalizar la conversación o que no se tiene interés en la misma.

Generalmente la conversación comienza por afirmaciones generales, seguida de verbalizaciones más detalladas y finalmente se especifican sentimientos, actitudes u opiniones.

Las preguntas ayudan a que la conversación pueda mantenerse y muestran interés por el otro; además de obtener información. Trower; Bryant y Argyle (1978), las clasifican en:

- *Generales:* para comenzar una conversación y permiten que la otra persona elija el tema sobre el cual hablar.
- *Específicas:* mantienen la charla.
- *Factuales:* para la obtención de información sobre hechos (o sentimientos) y para introducir un nuevo tema de conversación.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- *Abiertas*: apuntan a que se extienda la contestación.

- *Cerradas*: la respuesta se extiende a un si o un no.

2) Se ejecutarán interacciones no estructuradas de cinco minutos, cada una conformada por subgrupos de dos personas. El psicólogo participará como observador, registrando en que medida los componentes facilitados son empleados correctamente por los participantes. Al finalizar cada interacción, el psicólogo preguntará al resto del grupo que componentes enseñados consideran que han sido aplicados adecuadamente por cada participante. Luego, ofrecerá reforzamiento positivo sobre los logros y retroalimentación correctiva acerca de la ejecución si es necesario. Ambos serán proporcionados en un lenguaje sencillo y comprensible para los participantes.

En grupos formados por dos personas, los pacientes deberán mantener las siguientes conversaciones:

Primero: Iniciar una conversación, saludar a la otra persona, estrechar la mano, besar en las mejillas, abrazar y otros.

Segundo: mantener una pequeña conversación

Tercero: determinar si la otra persona te esta escuchando.

Cuarto: empezar con el primer tema

Quinto: formular una pregunta

Mientras una pareja lleva a cabo la interacción, el resto del grupo observará y registrará los componentes utilizados por quienes realizan la ejecución. El terapeuta dará aviso cuando el tiempo de cada interacción haya concluído. Todos los grupos pasaran a representar dichas conversaciones.

3) Debate de los participantes sobre como mejorarían estas situaciones en función de su elección de las habilidades aprendidas que usarían para que la comunicación sea mas eficaz.

4) El psicólogo y los practicantes, mostraran las conductas más adecuadas en cada ocasión y sus variantes por medio del modelado.

5) Las tareas para el hogar: practicar saludos a distintas personas y elegir a algún miembro de su familia para mantener una pequeña conversación (*se sugiere que le pregunte a su interlocutor, durante la cena, como fue su día*).

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Justificación: la conversación, considerada el componente básico de las habilidades sociales, se compone de elementos tales como la retroalimentación, las preguntas y las habilidades del habla, los que permitirán regular lo que se dice, conocer si los oyentes comprenden, a mantener el interés y demostrarlo, así como expresar sentimientos, actitudes y opiniones.

Duración: 120 minutos

Equipo: psicólogo a cargo y practicantes de psicología

Materiales: cuaderno de notas, lapiceras, una pizarra, tizas

Presupuesto:

Material	Costo en \$
10 lapiceras	30
5 tizas	5
10 cuadernos de notas	50
honorarios del psicólogo	150
Total	235

Encuentro 5: “El ponerse en el lugar del otro y expresar sentimientos”

Fundamentación: durante el transcurso de una conversación cobra importancia la adecuación o inadecuación afectiva y la manifestación de tal afectividad, dando cuenta de sentimientos positivos y la empatía, permitiendo la expresión de deseos o solicitudes de manera amable, franca, abierta, directa y adecuada Para ello, será necesario preparar lo que se va a decir y a hacer, en la negociación cara a cara con el otro. Kelly (1987).

Objetivos:

- Enseñar las consideraciones básicas acerca de la empatía y de la expresión de sentimientos positivos.
- Facilitar la incorporación de la capacidad de empatía a su repertorio habitual en la interacción social.
- Facilitar el reconocimiento de la importancia de manifestar los afectos en la conversación y de su influencia en un desempeño social logrado.
- Estimular a la incorporación de las habilidades aprendidas en su repertorio cotidiano de interacción social.

Consignas: de forma breve y resumida, el psicólogo informará que las explicaciones correspondientes se especificarán en cada una de las actividades.

Actividades.

1) El psicólogo instruirá a los participantes acerca de la empatía en la interacción social: “la empatía es la capacidad para percibir el sentimiento de la otra persona y de expresar la comprensión del mismo” (Roberts y Stryer; 1996).

La empatía se manifiesta a través de un proceso que implica (DelPrette y Del Prette; 2002):

Escucha activa: es mirar a la otra persona, observar su expresión facial y corporal y prestar atención a lo que dice; con actitud de disponibilidad y no de enjuiciamiento.

Identificar el problema y la clase de emoción o sentimiento que experimenta la otra persona.

Expresar a través de mensajes verbales y no verbales mensajes congruentes con el sentimiento que identificamos en el otro.

2) Se entregará a cada participante una hoja de ejercicios relativa a maneras típicas de expresión positiva de afecto.

El psicólogo solicitará identificar en la lista que maneras de expresar afecto utilizas con mayor frecuencia en tu hogar.

- Expresión verbal.
- Autorrevelación: expresar intimidades.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- Hacer regalos.
- Abrazar y besar.
- Mostrarse relajado y feliz cuando está el otro.
- Brindar apoyo emocional y moral.
- Tolerar aspectos no agradables del otro.

3) El psicólogo implementará una técnica de modelado ejecutando con un colaborador una escenificación sobre una situación en la que el último expresa un problema. El psicólogo llevará a cabo conductas empáticas y de expresión abierta de sentimientos positivos hacia el colaborador. Los participantes observarán y registrarán las maneras en que este ha manifestado la empatía y la expresión abierta de sentimientos positivos. Luego se realizará una puesta en común sobre las observaciones y registros realizados por cada participante. Durante la misma, el psicólogo dará retroalimentación acerca de las conclusiones emitidas por los participantes, subrayando las observaciones pertinentes de los mismos y agregando información en caso de que sea necesario.

El psicólogo explicará que, junto con el colaborador se llevará a cabo una puesta en escena en la que se manifestarán conductas empáticas y de expresión abierta de sentimientos positivos. Posteriormente el psicólogo observará y registrará las maneras en que dichas conductas se manifiestan, para luego exponer al grupo las observaciones registradas.

4) Se solicitará a los participantes la realización de un rol - playing de cinco minutos de duración, análogo a la escenificación previa, en subgrupos de dos personas. Durante la puesta en común grupal, el psicólogo brindará reforzamiento positivo acerca las conductas adecuadamente identificadas por el grupo y retroalimentación correctiva en caso de que sea necesario.

Una vez concretado el paso previo, el psicólogo emitirá una conclusión relativa al nivel de ejecución de los participantes de la escenificación: en principio se dará reforzamiento positivo, subrayando las conductas logradas y en caso de que sea necesario retroalimentación correctiva. Finalmente, la pareja realizará una inversión de roles y se continuará con la metodología descripta.

5) Se entregará a cada participante una hoja de ejercicios y conformado en grupos de dos personas, los pacientes deberán escenificar una situación análoga a la

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

presentada previamente, con cinco minutos de duración. Uno de los participantes inventará y expresará un problema y el otro llevará a cabo conductas empáticas y de expresión abierta de sentimientos positivos hacia el primero. El resto del grupo observará y registrará las maneras en que dichas conductas son manifestadas para su posterior puesta en común.

Se realizará una inversión de roles entre los participantes de la pareja y se continuará con los pasos enunciados previamente.

6) Tarea para el hogar: Se entregará a cada participante una hoja de tarea para el hogar, en la que se realizará un auto-registro por escrito acerca de una situación de la vida cotidiana en la que elija expresar empatía y sentimientos positivos hacia un familiar, especificando: la situación, el pensamiento, los sentimientos experimentados, la acción llevada a cabo, la consecuencia (que se dijo y que se hizo) y los sentimientos posteriores a la concreción de la acción. Además, deberá registrar que observaste en su familiar a partir de las nuevas respuestas emitidas. La tarea será puesta en común en el siguiente encuentro.

Justificación: durante la conversación, y dependiendo del hecho relatado, la adecuación afectiva y su manifestación mediante calidez, cordialidad, interés; etc. serán fundamental, así como también cobra relevancia la inadecuación afectiva, es decir, la no adecuación de dichas manifestaciones con el contenido de la conversación y a la ausencia de las mismas. Por ello, mediante estas actividades se pretende fomentar los sentimientos positivos y el desarrollo de la empatía, con el fin de que ella permita poner en práctica la habilidad de expresar deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos, sin atentar contra los demás y negociando con ellos su cumplimiento. Para ello, será necesario preparar lo que se va a decir y a hacer, en la negociación cara a cara con el otro.

Duración: 120 minutos

Equipo: psicólogo a cargo y practicantes de psicología

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Materiales: Pizarra chica, Marcadores, Cuadernos de notas, Lapiceras, Hojas de ejercicio, Hojas de tareas para el hogar

Presupuesto:

Material	Costo en \$
1 Pizarra chica	80
2 Marcadores	32
10 lapiceras	30
10 hojas de ejercicio	5
10 hojas de tareas p/hogar	5
10 cuadernos de notas	50
honorarios del psicólogo	150
Total	352

Encuentro 6: “Iniciando conversaciones”.

Fundamentación: la conversación se califica como el componente básico de las habilidades sociales, se constituye por una articulación compleja entre señales verbales y no verbales y se compone de elementos tales como la retroalimentación, las preguntas y las habilidades del habla (Marinaccio, 2008).

Objetivos:

- Proporcionar a los participantes herramientas alternativas para iniciar conversaciones, fomentando la capacidad del individuo de construir activamente conductas habilidosas.
- Facilitar el inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones a partir de la adquisición de herramientas para tales fines por parte de los participantes.
- Generalizar lo aprendido en la vida cotidiana por parte de los participantes.
- Dar retroalimentación y refuerzo positivo de logros obtenidos durante las actividades.
- Facilitar a los participantes maneras alternativas de conversaciones a partir de la ejemplificación de situaciones para la comprensión y puesta en práctica.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- Fomentar el ensayo de conductas aprendidas con supervisión externa.

Consigna: el psicólogo solicitará que se sienten en círculo para la puesta en común de las actividades desarrolladas en el encuentro anterior y posteriormente que se conformen en grupos de dos personas para mantener las conversaciones que se establecen en las actividades.

Actividades:

1) Se realizará la puesta en común grupal, relativa a la tarea para el hogar solicitada en el encuentro previo. El psicólogo reforzará positivamente las conductas logradas y dará retroalimentación correctiva en caso de que sea necesario. Luego, se planteará una pregunta general a los participantes para cerrar el tema, apelando a la autoevaluación de su propia conducta: ¿Consideras que has podido expresar tu empatía y sentimientos positivos?

2) Inicio de conversaciones: se instruirá verbalmente a los participantes acerca de maneras alternativas para iniciar conversaciones: “la forma de iniciar conversaciones depende de la situación, la persona a quien le hablamos, la hora del día en que nos encontremos. De manera general se pueden señalar ocho maneras de iniciar conversaciones (Gambрил y Richey, 1985):

- Hacer una pregunta o comentario sobre la situación o actividades en la que se está inmerso.
- Dar cumplidos al otro acerca de cuestiones específicas como su apariencia, o lo que hace .Es mejor aun si se utiliza el nombre de la otra persona al hacerlo.
- Hacer preguntas u observaciones sobre lo que está haciendo a la otra persona.
- En el caso de tener que hacer alguna tarea grupal, preguntar si es posible unirse.
- Pedir consejo, ayuda u opinión a otra persona.
- Ofrecer algo al otro.
- Compartir experiencias, sentimientos u opiniones.
- Saludar y presentarse.

En el inicio de una charla es importante atender a los indicios no verbales que demuestra la otra persona. Algunos indicios importantes son:

La mirada: El “mirarse”, con otra persona sería normalmente señal de querer implicarse con otro; mientras que el desviarla indicaría el deseo de evitar el contacto con otro. Esto último también puede ser signo de tristeza, falta de confianza en si mismo y nerviosismo.

La expresión facial: La expresión facial debe ir de la mano del contenido verbal de lo que decimos. Probablemente alguien que tenga expresión de miedo o enojo y que intenta iniciar una conversación, no tenga éxito en dicha tarea. *La sonrisa:* Se la utiliza normalmente para invitar a otro a iniciar una conversación.

Algunas reglas pueden agregarse para iniciar una conversación con éxito. Estas son: ser positivo, ser directo, utilizar el humor, utilizar frases iniciales cortas, hacer preguntas con final abierto (preguntas que por lo general empiezan con que, como, por que. Implican un amplio margen de libertad para dar la respuesta), sonreír y mirar al otro, no intimidar al otro.

3) En la hoja de ejercicio deberá elegirse una frase con la que el paciente se identifique con mayor frecuencia:

- a. “Si me quedo mucho tiempo en un lugar (reunión, fiesta) conoceré a alguien”.
- b. “Hay personas con suerte que se le presentan oportunidades para relacionarse, todo el mundo las aprecia e invita”.
- c. “Si una persona no nos demuestra inmediatamente que le caemos bien, entonces no le caeremos bien ahora ni nunca”.
- d. “Si alguien se niega a una invitación mía, es porque no valgo nada o no valgo lo suficiente para esa persona”.
- e. “No tengo derecho de molestar a otros con mi presencia”.
- f. “No se que decir. Si no digo algo brillante la otra persona creerá que soy un tonto/a”

4) Se realizará la puesta en común grupal de las respuestas al ejercicio previo.

5) El psicólogo llevará a cabo la retroalimentación del ejercicio anterior: “algunas ideas irracionales, como todas las que figuran en la hoja de ejercicios, dificultan la iniciación de conversaciones (Girado, 1980).

Respuestas:

- a. “Si alguien espera en forma pasiva, sin tomar iniciativas para entablar alguna relación es probable que no entable ninguna”.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- b. “Las relaciones de amistad no suelen ser fruto de la casualidad, sino de una serie de actuaciones y de tomar la iniciativa”.
- c. “Es bastante atípico que alguien revele simpatía hacia otra persona durante un primer encuentro”.
- d. “La aceptación o rechazo de una invitación depende de: la habilidad social que demuestre quien realiza la invitación, la historia que ambos hayan compartido anteriormente, la disponibilidad material para el encuentro, los intereses y necesidades”.
- e. “Si los otros pensasen que los molestamos, buscarían la manera de hacérselo saber”.
- f. “En la mayoría de las conversaciones iniciales se tratan temas superficiales”.

6) Se llevarán a cabo interacciones no estructuradas de cinco minutos cada una. El grupo se dividirá en parejas seleccionando cada uno a su compañero. Mientras una pareja ejecuta la interacción, el resto del grupo identificará y registrará los indicios verbales y no verbales presentes, relativos al inicio de la conversación. Al finalizar cada interacción se realizará una puesta en común al respecto. Finalmente, el psicólogo dará reforzamiento verbal positivo sobre las conductas logradas, como también retroalimentación informativa y correctiva en caso de que sea necesario.

En grupos formados por dos personas, eligiendo como compañero a alguien con quien se haya tenido escaso contacto dentro del grupo. A continuación, por turnos, cada pareja llevará a cabo una interacción en la cual intenten conocerse más profundamente. El resto del grupo identificará y registrará los indicios verbales y no verbales relativos al inicio de conversaciones que observe en los participantes. Al finalizar cada interacción se realizará una puesta en común al respecto.

7) Tarea para el hogar: consistirá en realizar un autoregistro de dos situaciones, de ahora en adelante, en las que usted inicie alguna conversación con un desconocido, especificando: cuáles son los pensamientos y sentimientos previos a su iniciativa, de que manera arriba a la persona, que respuesta obtiene de ella, cuáles son los pensamientos y sentimientos posteriores a la situación y el nivel de ansiedad experimentado. La tarea será puesta en común en el siguiente encuentro.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Justificación: Vicente Caballo (2000), plantea que, si bien la manera exacta de establecer las relaciones sociales depende del contexto en sí; la dificultad para ello se incrementa cuando las personas no conocen como iniciar, mantener y finalizar una conversación.

Duración: 120 minutos

Equipo: psicólogo a cargo y practicantes de psicología

Materiales: Pizarra chica, Marcadores, Cuadernos de notas, Lapiceras, Hojas de ejercicio, Hojas de tareas para el hogar

Presupuesto:

Material	Costo en \$		
		10 hojas de tareas p/hogar	5
1 Pizarra chica	80	10 cuadernos de notas	50
2 Marcadores	32	honorarios del psicólogo	150
10 lapiceras	30	Total	352
10 hojas de ejercicio	5		

Encuentro 7: “Manteniendo conversaciones”

Fundamentación: Vicente Caballo (2000), plantea una serie de procedimientos como estrategias para facilitar la fluidez en las conversaciones.

Objetivos:

- Proporcionar a los participantes herramientas alternativas para mantener conversaciones, fomentando la capacidad del individuo de construir activamente conductas habilidosas.
- Facilitar el inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones a partir de la adquisición de herramientas para tales fines por parte de los participantes.
- Generalizar lo aprendido en la vida cotidiana por parte de los participantes.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- Dar retroalimentación y refuerzo positivo de logros obtenidos durante las actividades.
- Facilitar a los participantes maneras alternativas de conversaciones a partir de la ejemplificación de situaciones para la comprensión y puesta en práctica.
- Fomentar el ensayo de conductas aprendidas con supervisión externa.

Consigna: el psicólogo solicitará que se sienten en círculo para la puesta en común de las actividades desarrolladas en el encuentro anterior y posteriormente que se conformen en grupos de dos personas para mantener las conversaciones que se establecen en las actividades.

Actividades:

1) Durante la primera hora del encuentro se realizará la puesta en común de la tarea para el hogar prescripta en el encuentro previo acerca del inicio de conversaciones. El psicólogo a cargo dará refuerzo positivo de los logros obtenidos y retroalimentación correctiva sobre la tarea en caso de que sea necesario.

2) Mantenimiento de conversaciones: Se instruirá a los participantes acerca de maneras alternativas para el mantenimiento eficaz de conversaciones: hay procedimientos que nos ayudan a mantener conversaciones (Caballo; 2000) y son:

- Realizar preguntas con final abierto.
- Dar libre información.

Hay señales como la ropa, sonrisas y expresión facial que nos dan libre información sobre una persona. Implica compartir información con otro sobre sí mismo.

- Autorrevelación: Se comparte información más personal con el otro algo que de no ser dicho por la persona no podría darse a conocer. Facilita la reciprocidad. Sin embargo no conviene apresurarse a auto revelarse durante los primeros intercambios para no intimidar al otro.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- También hay niveles de profundidad en una conversación, que dependen del grado de intimidad que se vaya adquiriendo con la otra persona y de la situación:
- Los clichés: Son frases hechas y sirven para iniciar la conversación.
- Hechos: Luego del intercambio de algunos clichés, se pueden intercambiar hechos. Si se trata de relaciones nuevas se recomienda intercambiar hechos simples de la vida, actuales y recientes.
- Opiniones: Esto puede facilitar en los demás la expresión de comentarios, sentimientos y opiniones. Al revelar sentimientos se puede indicar interés hacia los demás.
- Escucha activa: Es indicadora de que hay interés y motiva a seguir hablando. Se utilizan señales no verbales para manifestar que se está escuchando a otra persona: asentir con la cabeza, sonreír mirar, imitar la expresión facial de quien habla. A su vez quien escucha puede aprovechar las pausas de quien habla para introducir preguntas y comentarios. Si se quiere intervenir en una conversación que no se detiene, una opción es levantar ligeramente el tono de voz o el nombrar al otro.
- Pausas terminales: Cuando un tema de conversación parece haberse agotado se puede recurrir a algunas opciones: volver sobre el tema anterior de conversación introducir un nuevo tema.
- Silencios: Son naturales algunos momentos de silencios en una conversación. Sirven para reflexionar sobre lo dicho, hacer preguntas o cambiar de tema.

3) El grupo de participantes se dividirá en dos y ensayará, ejecutando las maneras alternativas instruidas de mantener conversaciones. En cada subgrupo participará un practicante de psicología que iniciará la conversación y se apartará. Quedarán los miembros de cada subgrupo ejecutando una interacción no estructurada por el transcurso de diez minutos. El psicólogo con la colaboración de los practicantes, los supervisará.

En grupos de dos personas se deberá llevar a cabo una conversación. El psicólogo comunicará el momento de finalización de la conversación.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

4) El psicólogo realizará una retroalimentación sobre el ejercicio anterior: en principio dará refuerzo positivo sobre las conductas logradas de los participantes. Luego, indicará aquellos aspectos que necesiten corrección en caso de que sea necesario.

Justificación: Vicente Caballo (2000), plantea que, si bien la manera exacta de establecer las relaciones sociales depende del contexto en sí; la dificultad para ello se incrementa cuando las personas no conocen como iniciar, mantener y finalizar una conversación.

Duración: 120 minutos

Equipo: psicólogo a cargo y practicantes de psicología

Materiales: Pizarra chica, Marcadores, Cuadernos de notas, Lapiceras, Hojas de ejercicio, Hojas de tareas para el hogar

Presupuesto:

Material	Costo en \$		
		10 hojas de tareas p/hogar	5
1 Pizarra chica	80	10 cuadernos de notas	50
2 Marcadores	32	honorarios del psicólogo	150
10 lapiceras	30	Total	352
10 hojas de ejercicio	5		

Encuentro 8: “Finalizando conversaciones”.

Fundamentación: Vicente Caballo (2000,) plantea que conocer como finalizar las conversaciones es una destreza que constituye a las habilidades sociales.

Objetivos:

- Proporcionar a los participantes herramientas alternativas para finalizar conversaciones, fomentando la capacidad del individuo de construir activamente conductas habilidosas.
- Facilitar la finalización de conversaciones a partir de la adquisición de herramientas para tales fines por parte de los participantes.
- Dar un cierre al taller, permitiendo que tanto participantes como colaboradores y psicólogo puedan expresar vivencialmente su experiencia.

Consigna: el psicólogo solicitará que se sienten en círculo y posteriormente informará que en el cierre se expresarán las experiencias producto del taller.

Actividades.

1) Finalización de conversaciones: El psicólogo instruirá a los participantes en maneras alternativas para la eficaz finalización de conversaciones durante la primera media hora del encuentro: “las conversaciones tienen un límite de tiempo. La finalización de las mismas junto con la planificación de un posible encuentro a futuro o el rechazo de peticiones de encuentros posteriores que preferiríamos evitar, son indicadores de habilidad social a la hora de interactuar.

En el caso de que nos encontremos en un mismo lugar que la persona con la que pretendemos finalizar la charla, una opción podría ser:”perdona, pero allá veo a alguien a quien quisiera saludar”.Otro ejemplo sería:”perdona, pero tengo que irme”.

Si la reunión es en nuestra casa, un ejemplo a la hora de querer finalizar el encuentro: “he disfrutado esta velada...me gustaría que nos reuniésemos pronto nuevamente”.

Si estuviésemos interesados en volver a ver a una persona una opción sería expresarle lo mucho que hemos disfrutado la charla, que nos gustaría volver a reunirnos pronto con ella y/o pedir su número telefónico. En ese caso, además podemos ofrecer el nuestro.

2) Se realizarán interacciones semiestructuradas, simulando una llamada telefónica entre el psicólogo y cada uno de los participantes. Se le dejará a estos

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

la tarea de ejecutar la finalización la conversación tomando en cuenta las opciones mencionadas con anterioridad.

3) Luego de cada simulación el psicólogo dará refuerzo positivo a las conductas logradas y retroalimentación correctiva en caso de que sea necesario.

4) Cierre del taller: se trabajará con los participantes sobre el tema de la finalización del taller utilizando las colchonetas en círculo, en el piso, con música instrumental para inducir un ambiente relajado. El psicólogo los colaboradores realizarán una breve introducción remitiendo al aspecto vivencial personal de la experiencia compartida con los participantes a lo largo de los encuentros y buscando resaltar los aspectos positivos. Luego, preguntará a los participantes si alguien desea compartir los cambios que ha vivenciado a partir de su participación en el taller. Una vez finalizada la puesta en común de los aspectos vivenciales, el psicólogo realizará una sinopsis sobre los aspectos positivos mencionados por los participantes y resaltaré el potencial del grupo en cuestión.

Justificación: la importancia de abordar el tema de la finalización de las conversaciones en forma conjunta con el cierre del taller se encuentra en la puesta en común de los aspectos positivos vivenciados por los participantes y el reconocimiento de los profesionales del potencial del grupo como un elemento de incentivo y motivación.

Duración: 120 minutos

Equipo: psicólogo a cargo y practicantes de psicología

Materiales: Pizarra chica, Marcadores, CD música instrumental, Colchonetas

Presupuesto:

Material	Costo en \$	honorarios del psicólogo	150
1 Pizarra chica	80	Total	265
2 Marcadores	32		
1 CD música instrumental	3		

ENTRENAMIENTO EN HHSS CON FAMILIARES DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

Palabras preliminares

Este Taller pretende entrenar a diez familiares de los pacientes institucionalizados, es decir, un miembro de la familia de cada uno de ellos.

Los objetivos generales también consisten en promover en los familiares el aprendizaje de habilidades comunicacionales y su puesta en práctica, proveerlos de señales verbales y no verbales que les permiten efectivizar su comunicación interpersonal, facilitarles la identificación y comprensión de los conocimientos, expectativas, creencias y estereotipos que pueden obstaculizar sus comunicaciones en el ámbito familiar; propiciar la comprensión sobre sus pensamientos automáticos y diálogos internos al interpretar los acontecimientos y la influencia que tienen en sus comunicaciones y favorecer la elección de conductas que les permitan el mejoramiento de la comunicación interpersonal.

En cada encuentro, los objetivos y actividades, al igual que los materiales utilizados y el presupuesto son los mismos que los mencionados para los pacientes. La diferencia fundamental radica en las actividades previstas para el hogar, que consistirán en acompañar y contener al paciente.

De este modo, los encuentros son:

Encuentro 1: Introducción - “Aprendiendo a conocernos”

Encuentro 2: “Componentes conductuales de la habilidad social”.

Encuentro 3: “Componentes conductuales en el role-playing”

Encuentro 4: “La conversación”.

Encuentro 5: “El ponerse en el lugar del otro y expresar sentimientos”

Encuentro 6: “Iniciando conversaciones”.

Encuentro 7: “Manteniendo conversaciones”

Encuentro 8: “Finalizando conversaciones”.

Encuentros

Encuentro 1: Introducción - “Aprendiendo a conocernos”¹

Fundamentación: Vicente Caballo (2000) plantea como estrategia para el inicio de actividades de grupo la presentación, que funciona como eje introductorio del taller.

Objetivos.

- Presentar a los participantes al grupo y a los miembros del equipo
- Explicar las características generales del programa a desarrollar.
- Conocer las expectativas de los participantes respecto del programa.
- Concientizar sobre la importancia del compromiso en la participación en el programa.
- Propiciar el diálogo entre los participantes.
- Explicar la importancia de las habilidades comunicacionales de escucha

Actividades.

- 1) Presentación del equipo
- 2) Técnica de presentación para integración de los miembros del grupo: se utilizará la técnica del “Almohadón”, para la cual se les pedirá a cada paciente que diga nombre, edad, y que cuente algo sobre él. Inicialmente el psicólogo, presentándose, y tirará el almohadón a uno de los participantes, el cual deberá presentarse y volver a tirar el almohadón, así sucesivamente hasta que terminen de presentarse todos.
- 3) Conformación de grupos en parejas para charlas de 5 minutos: cada participante deberá expresar a su compañero los tres adjetivos que consideren que lo describen mejor. Luego volverán al grupo y ofrecerán una breve sinopsis sobre el compañero.

¹ La consigna, equipo, materiales y presupuestos son los mismos que en los encuentros para los pacientes.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- 4) Información sobre los objetivos desprograma, la importancia del compromiso y debate a modo de cierre
- 5) Entrega del cuaderno de notas
- 6) Anotación de las tareas para el hogar: consiste en que escriban sentimientos y pensamientos que les genera el programa y sus expectativas sobre lo que significa acompañar y contener al paciente.

Encuentro 2: “Componentes conductuales de la habilidad social”.

Fundamentación: Vicente Caballo (2000), plantea que la comunicación verbal y no verbal constituyen elementos básicos de la habilidad social.

Objetivo.

- Lograr que los participantes comprendan la importancia del *que se dice* y *como se dice*.

Actividades.

- 1) Instrucción sobre la implicancia de la mirada en la interacción social
- 2) Instrucción sobre la implicancia de los gestos y la expresión facial en la interacción social
- 3) Instrucción sobre la implicancia de la postura corporal en la interacción social
- 4) Instrucción sobre la implicancia de la distancia/proximidad y el contacto corporal en la interacción social
- 5) Ejecución de interacciones no estructuradas de cinco minutos, cada una conformada por subgrupos de dos personas.
- 6) La tarea para el hogar consistirá en poner en práctica lo aprendido en este encuentro, para lo que se les pedirá a los participantes que usen los componentes enseñados con un miembro de la familia durante el transcurso de la cena, colocando el énfasis en la contención y acompañamiento.

Encuentro 3: “Componentes conductuales en el role-playing”

Fundamentación: Vicente Caballo (2000), plantea que la comunicación verbal y no verbal constituyen elementos básicos de la habilidad social.

Objetivo: lograr que cada participante sea capaz de adquirir y desarrollar las primeras habilidades de forma adecuada.

Actividades:

- 1) Role-Playing de situaciones cotidianas, como hablar con un vecino, etc.
- 2) Luego un encuentro entre dos personas las cuales se conocieron por medio de Internet, que deciden encontrarse en una confitería para hablar.
- 3) Finalmente un role-playing de entrada al cielo: el paciente tiene que convencer a dos guardianes para entrar al cielo. Esta situación consiste en que los participantes deberán dar diversos motivos del por que ellos creen que merecen ir al cielo. Los guardianes serán los dos practicantes.
- 4) Se le pide al paciente que se quede parado mientras el profesional, practicante o colaborador va a ir acercándose como un extraño, y el participante deberá decir cuando quiere que deje de darse ese acercamiento. Después se hace lo mismo pero en vez de ser un extraño es un amigo y por último un familiar (padre, madre, hermano, abuelo, etc.)
- 5) Los colaboradores van a explicar las habilidades conversacionales que se tuvieron en cuenta. Posteriormente indicarán las habilidades que fueron adecuadas y cuales no. Se realiza una puesta en común y se busca conductas alternativas para cada situación.
- 6) La tarea del hogar: deberán elegir una actividad que tenga que ver con contener y acompañar al paciente mediante la colaboración.

Encuentro 4: “La conversación”.

Fundamentación: la conversación se califica como el componente básico de las habilidades sociales, se constituye por una articulación compleja entre señales verbales y no verbales y se compone de elementos tales como la retroalimentación, las preguntas y las habilidades del habla (Marinaccio, 2008).

Objetivos:

- Presentar los aspectos centrales de la conversación
- Facilitar el “darse cuenta” de la responsabilidad personal implicada en las comunicaciones que llevan a cabo.
- Motivar a los participantes a reconocer e incorporar las habilidades comunicacionales que le faciliten una interacción más eficaz

Actividades:

- 1) Instrucción acerca de la implicancia de los componentes de la conversación en la interacción social
- 2) Interacciones no estructuradas en grupos de dos personas, con una duración de cinco minutos.
- 3) Debate sobre el mejoramiento en la eficacia de las comunicaciones con el uso de las habilidades aprendidas.
- 4) Demostración de las conductas más adecuadas en cada ocasión y sus variantes por medio del modelado.
- 5) Las tareas para el hogar: mantener una pequeña conversación con el paciente, indagando sobre sus actividades durante el día.

Encuentro 5: “El ponerse en el lugar del otro y expresar sentimientos”

Fundamentación: durante el transcurso de una conversación cobra importancia la adecuación o inadecuación afectiva y la manifestación de tal afectividad, dando cuenta de sentimientos positivos y la empatía, permitiendo la expresión de deseos o solicitudes de manera amable, franca, abierta, directa y adecuada Para ello,

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

será necesario preparar lo que se va a decir y a hacer, en la negociación cara a cara con el otro. Kelly (1987).

Objetivos:

- Enseñar las consideraciones básicas acerca de la empatía y de la expresión de sentimientos positivos.
- Facilitar la incorporación de la capacidad de empatía a su repertorio habitual en la interacción social.
- Facilitar el reconocimiento de la importancia de manifestar los afectos en la conversación y de su influencia en un desempeño social logrado.
- Estimular a la incorporación de las habilidades aprendidas en su repertorio cotidiano de interacción social.

Actividades:

- 1) Instrucción acerca de la empatía y su importancia en la interacción social
- 2) Entrega de la hoja de ejercicios relativa a maneras típicas de expresión positiva de afecto.
- 3) El psicólogo implementará una técnica de modelado ejecutando con un colaborador una escenificación sobre una situación en la que el último expresa un problema. El psicólogo llevará a cabo conductas empáticas y de expresión abierta de sentimientos positivos hacia el colaborador. Los participantes observarán y registrarán las maneras en que este ha manifestado la empatía y la expresión abierta de sentimientos positivos. Luego se realizará una puesta en común sobre las observaciones y registros realizados por cada participante. Durante la misma, el psicólogo dará retroalimentación acerca de las conclusiones emitidas por los participantes, subrayando las observaciones pertinentes de los mismos y agregando información en caso de que sea necesario.

El psicólogo explicará que, junto con el colaborador se llevará a cabo una puesta en escena en la que se manifestarán conductas empáticas y de expresión abierta de sentimientos positivos. Posteriormente el psicólogo observará y registrará las maneras en que dichas conductas se manifiestan, para luego exponer al grupo las observaciones registradas.

- 4) Realización de un role - playing de cinco minutos de duración, análogo a la escenificación previa, en subgrupos de dos personas.
- 5) Entrega de la hoja de ejercicios y conformado grupos de dos personas, los familiares de los pacientes deberán escenificar una situación de cinco minutos de duración.
- 6) Tarea para el hogar: se entregará a cada participante una hoja de tarea para el hogar, en la que se realizará un auto- registro por escrito acerca de una situación de la vida cotidiana en la que exprese su empatía y sentimientos positivos hacia el paciente, especificando: la situación, el pensamiento, los sentimientos experimentados, la acción llevada a cabo, la consecuencia (que se dijo y que se hizo) y los sentimientos posteriores a la concreción de la acción. Además, deberá registrar que la observación sobre las respuestas emitidas por el paciente. La tarea será puesta en común en el siguiente encuentro.

Encuentro 6: “Iniciando conversaciones”.

Fundamentación: la conversación se califica como el componente básico de las habilidades sociales, se constituye por una articulación compleja entre señales verbales y no verbales y se compone de elementos tales como la retroalimentación, las preguntas y las habilidades del habla (Marinaccio, 2008).

Objetivos:

- Proporcionar a los participantes herramientas alternativas para iniciar conversaciones, fomentando la capacidad del individuo de construir activamente conductas habilidosas.
- Facilitar el inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones a partir de la adquisición de herramientas para tales fines por parte de los participantes.
- Generalizar lo aprendido en la vida cotidiana por parte de los participantes.
- Dar retroalimentación y refuerzo positivo de logros obtenidos durante las actividades.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- Facilitar a los participantes maneras alternativas de conversaciones a partir de la ejemplificación de situaciones para la comprensión y puesta en práctica.
- Fomentar el ensayo de conductas aprendidas con supervisión externa.

Actividades:

- 1) Puesta en común grupal, relativa a la tarea para el hogar solicitada en el encuentro previo.
- 2) Inicio de conversaciones
- 3) Elección de una frase en la hoja de ejercicio, con la cual el familiar se identifique.
- 4) Puesta en común grupal de las respuestas al ejercicio previo.
- 5) Retroalimentación del ejercicio anterior.
- 6) Interacciones no estructuradas de cinco minutos cada una, en grupos de dos personas.
- 7) Tarea para el hogar: consistirá en realizar un autoregistro de una conversación iniciada por el familiar con un desconocido, registrando los pensamientos y sentimientos previos a su iniciativa, de que manera arriba a la persona, que respuesta obtiene de ella, cuáles son los pensamientos y sentimientos posteriores a la situación y el nivel de ansiedad experimentado. Posteriormente deberá iniciar una conversación con el paciente, registrando los mismos aspectos tenidos en cuenta en la situación anterior. La tarea será puesta en común en el siguiente encuentro”.

Encuentro 7: “Manteniendo conversaciones”

Fundamentación: Vicente Caballo (2000), plantea una serie de procedimientos como estrategias para facilitar la fluidez en las conversaciones.

Objetivos:

- Proporcionar a los participantes herramientas alternativas para mantener conversaciones, fomentando la capacidad del individuo de construir activamente conductas habilidosas.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- Facilitar el inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones a partir de la adquisición de herramientas para tales fines por parte de los participantes.
- Generalizar lo aprendido en la vida cotidiana por parte de los participantes.
- Dar retroalimentación y refuerzo positivo de logros obtenidos durante las actividades.
- Facilitar a los participantes maneras alternativas de conversaciones a partir de la ejemplificación de situaciones para la comprensión y puesta en práctica.
- Fomentar el ensayo de conductas aprendidas con supervisión externa.

Actividades:

- 1) Puesta en común de la tarea para el hogar prescrita en el encuentro previo acerca del inicio de conversaciones con el paciente y con un desconocido.
- 2) Instrucción para el mantenimiento eficaz de conversaciones con maneras alternativas
- 3) Ensayo en grupos de dos personas, de las modalidades alternativas trabajadas en la actividad anterior.
- 4) Retroalimentación sobre el ejercicio anterior con refuerzo positivo sobre las conductas logradas de los familiares, con indicación de aquellos aspectos que necesiten corrección.

Encuentro 8: “Finalizando conversaciones”.

Fundamentación: Vicente Caballo (2000,) plantea que conocer como finalizar las conversaciones es una destreza que constituye a las habilidades sociales.

Objetivos:

- Proporcionar a los participantes herramientas alternativas para finalizar conversaciones, fomentando la capacidad del individuo de construir activamente conductas habilidosas.
- Facilitar la finalización de conversaciones a partir de la adquisición de herramientas para tales fines por parte de los participantes.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- Dar un cierre al taller, permitiendo que tanto participantes como colaboradores y psicólogo puedan expresar vivencialmente su experiencia.

Actividades.

- 1) Instrucción sobre la finalización de conversaciones
- 2) Interacciones semiestructuradas simulando una llamada telefónica entre el psicólogo y cada uno de los participantes.
- 3) El psicólogo dará refuerzo positivo a las conductas logradas y retroalimentación correctiva en caso de que sea necesario.
- 4) Cierre del taller: se trabajará con los participantes sobre el tema de la finalización del taller utilizando las colchonetas en círculo, en el piso, con música instrumental para inducir un ambiente relajado. El psicólogo los colaboradores realizarán una breve introducción remitiendo al aspecto vivencial personal de la experiencia compartida con los participantes a lo largo de los encuentros y buscando resaltar los aspectos positivos. Luego, preguntará a los participantes si alguien desea compartir los cambios que ha vivenciado a partir de su participación en el taller. Una vez finalizada la puesta en común de los aspectos vivenciales, el psicólogo realizará una sinopsis sobre los aspectos positivos mencionados por los participantes y resaltaré el potencial del grupo en cuestión.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL

Uno de los instrumentos de evaluación más frecuentemente utilizados para evaluar las habilidades sociales son los inventarios, y entre ellos, los autoinformes constituyen una de las modalidades más utilizadas, ya que tienen la ventaja de una fácil aplicación (Olaz, Medrano, & Greco, 2009). Siguiendo el esquema citado por León y Montero (2003), en este estudio se utilizará un diseño cuasi-experimental con un solo grupo.

Los participantes están conformados por 10 participantes máximo del Sanatorio León Morra y sus respectivas familias. A estos se les proporcionarán diversas técnicas de Entrenamiento en Habilidades Sociales.

El tipo de muestreo que se utilizará es no probabilístico - accidental, puesto que la selección de la muestra no es aleatoria, sino que depende de criterios que considere el investigador.

El procedimiento consiste en la aplicación de pruebas de evaluación en dos momentos (pre y postest), entre los que se introduce el entrenamiento destinado a instruir a los participantes en habilidades sociales necesarias para resolver en forma adecuada las tareas requeridas.

Cada encuentro de administración de los instrumentos de medición tendrá una duración aproximada de tres horas.

El beneficio obtenido a partir del entrenamiento suministrado será posible de observar en la cuantificación de las diferencias existentes en los resultados del pre y post tests o puntuación de ganancia (PG), siendo un indicador de la proporción del potencial de aprendizaje de la persona en la temática abordada a partir del entrenamiento (Marinaccio, 2008).

Para evaluar el impacto del taller de entrenamiento de habilidades conversacionales en pacientes psiquiátricos y sus familiares se administrará el Inventario De Habilidades Sociales de Del-Prette (IHS).

Inventario De Habilidades Sociales de Del-Prette (IHS)

Descripción

Es un instrumento de autorreporte para la evaluación de las habilidades sociales conformado por 38 ítems y cada uno de ellos describe una situación interpersonal y una posible reacción ante la misma.

Con el objetivo de contemplar una variedad de interlocutores, contextos y demandas interpersonales, los ítems fueron elaborados a partir del análisis de la literatura sobre situaciones y demandas propias de las habilidades sociales (Del Prette & Del Prette, 2001, citado en Olaz, Medrano, & Greco, 2009).

En cada reactivo, el participante debe estimar la frecuencia con que se comporta de la forma sugerida por cada ítem, consignando su respuesta en base a una escala Likert de cinco puntos que varía de nunca o raramente (0 a 2 veces) a siempre o casi siempre (8 a 10 veces).

En caso de que el participante no haya experimentado alguna de las situaciones, debe estimar como se comportaría en dicha situación. Cabe señalar que parte de los ítems del inventario están redactados en forma inversa de modo que una frecuencia alta indica déficit en habilidades sociales. En dichos ítems las puntuaciones son invertidas para la obtención del puntaje. (Olaz, Medrano, & Greco, 2009).

Los estudios psicométricos evidencian la estructura interna de la escala mediante análisis factorial exploratorio, encontrándose cinco factores:

- Enfrentamiento y autoafirmación con riesgo
- Autoafirmación en la expresión de sentimientos positivos
- Conversación y desenvolvimiento social
- Autoexposición a desconocidos y situaciones nuevas
- Autocontrol de la agresividad

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

El Coeficiente Alfa de Cronbach evidenció una adecuada consistencia interna en la escala completa ($\alpha = .75$) como así también en cada uno de los factores ($\alpha = .96$; $\alpha = .86$; $\alpha = .81$; $\alpha = .75$ y $\alpha = .74$) (Olaz, Medrano, & Greco, 2009).

También presenta evidencia de diferencias de grupos entre el grupo experimental en pretest y posttest, mientras que no se observaron estas diferencias en el grupo control (Del Prette, Del Prette y Barreto, 1999, citado en Olaz, Medrano, & Greco, 2009).

La evidencia de convergencia se estableció con la Escala de Asertividad de Rathus ($r = .81$, $p = .001$) y se realizaron estudios de estabilidad temporal a través del método test-retest ($r = .90$, $p = .001$). En general, los resultados permiten inferir que el IHS-Del Prette en su versión original es un instrumento válido y confiable (Olaz, Medrano, & Greco, 2009).

REFLEXIONES FINALES

El estudio de variables psicológicas vinculadas a la interacción social funcional, constituye en la actualidad un campo de especial interés en la Psicología (Olaz, Medrano, & Greco, 2009).

Teniendo en cuenta que, en el ámbito de la familia, el déficit de habilidades sociales comunicacionales conduce a una relación disfuncional, que dificulta la comunicación, la negociación y la resolución de conflictos, en este trabajo se propone un Proyecto de Aplicación Profesional (PAP) desde el cual se implementa un Programa de entrenamiento en habilidades conversacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y a sus familias.

En el caso de un enfermo mental, la familia incide en la evolución de la enfermedad, por lo que la actitud que los miembros del sistema familiar asuman ante el enfermo, el estrés percibido, el rechazo afectivo o la sobreprotección, pueden favorecer las recaídas del paciente psiquiátrico, requiriendo de una nueva hospitalización. En este sentido, se considera fundamental que los familiares comprendan de manera empática qué le pasa al enfermo, para lo cual será necesario una comunicación efectiva donde la escucha y la conducta verbal y no verbal de la conversación cobrarán relevancia. El contenido de lo expresado, la fluidez, la duración de la conversación, sumado a la calidad de la voz, los gestos y la mirada serán los elementos a través de los que el paciente podrá sentir el afecto, contención, apoyo y comprensión de sus familiares. Ello, sumado al cumplimiento del tratamiento y las medidas de rehabilitación adecuadas, mejorarán el pronóstico del enfermo psiquiátrico.

De la implementación del Programa de entrenamiento en habilidades conversacionales se espera que los pacientes institucionalizados en el Hospital de Día del Sanatorio Morra y sus familiares realicen un aprendizaje de habilidades comunicacionales y puedan ponerlas en práctica para su posterior generalización al contexto próximo, específicamente en el hogar, en especial, porque tras la desinstitucionalización, la familia y sus miembros son quienes

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

asumen las responsabilidades primarias de atención y cuidado del paciente; a la vez que constituyen la fuente más importante de contención, acompañamiento, incentivo, motivación y ayuda para afrontar los problemas cotidianos y para la participación del enfermo mental en actividades que exceden su grupo familiar.

Es por ello que se tiende a que pacientes y familiares efectivicen sus comunicaciones interpersonales mediante la emisión de señales verbales y no verbales, para lo cual es necesario que identifiquen y comprendan aquellos elementos que obstaculizan la comunicación y los que intervienen en la interpretación que cada uno de los actores hace de los acontecimientos, con el fin de conocer la influencia que ellos ejercen en sus comunicaciones en el ámbito familiar. En función de ello, los pacientes y familiares podrán seleccionar aquellas conductas que les permitan el mejoramiento de su comunicación interpersonal.

Para evitar recaídas y re-hospitalizaciones, el paciente psiquiátrico debe comprometerse lo más posible con los objetivos de la rehabilitación. En ese compromiso no debe estar solo, sino que su familia deberá ser su núcleo básico de apoyo y contención afectiva y emocional, con una relación asentada en la confianza, el respeto y la empatía. Ello no sólo facilitará su readaptación y convivencia en el seno del hogar, sino que permitirá mejorar su desenvolvimiento social e instrumental ampliando así su red social y la relación con los profesionales de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Barcelona: Masson.

Andolfi, M. (1994). *La construcción del mito familiar y su evolución en la terapia*. Buenos Aires: Paidós.

Aznar Avendaño, E. & Berlanga Adell, A. (2004). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: manual para la familia y el cuidador*. Madrid: Pirámide.

Bandura, A. (1985). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa – Calpe

Barreiro, T. (2000). *Trabajos en grupo. Hacia una coordinación facilitadora del grupo sano*. Buenos Aires: Novedades Educativas.

Benedetto Sarraceno, S. (2010). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. Recuperado el 1 de febrero de 2010 en <http://www.rostrosnuevos.cl/wp-content/uploads/2010/07/La-liberacion-de-los-pacientes-psiquiatricos-Benedetto-Sarraceno.pdf>

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Botella, L. & Vilaregut, A. (2008) *La perspectiva sistémica en terapia familiar:*

Conceptos básicos, investigación y evolución. Recuperado el 2 de junio

de 2010 en [http://es.scribd.com/doc/2291653/terapia-familiar-](http://es.scribd.com/doc/2291653/terapia-familiar-perspectiva-sistemica)

[perspectiva-sistemica](http://es.scribd.com/doc/2291653/terapia-familiar-perspectiva-sistemica)

Caballo, V. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En Ballesteros, R.

& Carboles, J. (1986). *Evaluación Conductual: Metodología Y*

Aplicaciones. Madrid: Pirámide.

Caballo, V. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una*

estrategia multimodal. Tesis Doctoral. Inédito. Universidad Autónoma De

Madrid.

Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conductas.*

Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. (1993). *Relaciones entre diversas medidas de autoinforme de las*

*habilidades sociales. Psicología Conductual.*1, 73-99.

Caballo, V. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades*

sociales. España: Siglo XXI.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Caballo, V. & Buela, G. (1989). Diferencias conductuales, cognoscitivas y emocionales entre sujetos de alta y baja habilidad social. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 4, pp.1 - 19.

Capellino, L. (2010). *La invención de la locura como enfermedad. El nacimiento de la psiquiatría*. Recuperado el 1 de junio de 2011 en <http://www.suite101.net/content/la-invencion-de-la-locura-como-enfermedad-a9026#ixzz1OHedcV2l>

Calzadilla Fierro, L. (2000). Rehabilitación del enfermo mental. Congreso Virtual de Psiquiatría; Febrero – Marzo. ConferenciaV. *Tendencias actuales y perspectivas futuras en la rehabilitación de enfermos mentales*. Recuperado el 3 de junio de 2011 en <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa51/conferencias/51-cie.htm>

CIE - 10 (1993). *Clasificación de trastornos mentales y comportamiento*. Argentina: Medica panamericana editorial

Civanal, L. (2006). *Estructura familiar. Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Alicante: Club Universitario.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Ciampagna, L. (2011). *Nueva ley de salud mental en Argentina*. Recuperado el 4 de junio de 2011 en <http://www.suite101.net/content/nueva-ley-de-salud-mental-en-argentina-a50657#ixzz1OIVkUWhJ>

Cuevas, G. (2000). *Rehabilitación psicosocial en enfermos mentales crónicos*. Recuperado el 10 de junio de 2011 en <http://www.rehabilitación-psicosocial-en-enfermos-mentales-cronicos.html>

De Angelis, D. & Rodríguez Gradillas, S. (1998). *La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría*. Madrid: Pirámides

De La Cruz, C. (2004). *Teoría y técnica sistémica de los individuos a las redes sociales*. Córdoba: UNC

Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P., & Barreto, M. C. M. (1999). Habilidades sociales en la formación del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7(1), 27-47.

Del Prette, A. & Del Prette, Z. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. México: Manual Moderno.

Espinal, I.; Gimeno, A. & González, F. (2007). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. Recuperado el 22 de mayo de 2011 en <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Espino Granado, J.; Fraile Fraile, J.; Mateo Martín, I. & Moriñigo Domínguez, A. (1983). *Atención primaria y salud mental. Papeles del Psicólogo*. Diciembre, 12. ISSN 0214 – 7823. Recuperado el 2 de junio de 2010 en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=141>

Ferreyra, P. (2010). *Internados en psiquiátricos: el 60% tiene alta médica pero no puede irse*. Recuperado el 7 de junio de 2011 en <http://psiquiatrianet.wordpress.com/2010/02/14/internados-en-psiquiatricos-el-60-tiene-alta-medica-pero-no-puede-irse/>

García García; E. & Miguel Alonso, A. (2001). Enfermedad mental y monomanía. Estudio de tesis doctorales en España (1850-1864). *Revista de Historia de la Psicología*. 22 (3-4). pp. 335-342

Goffman E. (1961) *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu

Goldstein, A., Sprafkin, P., Gershaw, N. & Klein, P. (1989). *Habilidades Sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.

Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental. La otra cara de la Psiquiatría*. Madrid: Díaz de Santos.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Grosman, C. (1995). Violencia en la familia. *Perspectivas Sistémicas* N° 35, año 8, marzo/abril 1995

Guinea, R. (2002). *El hospital de día psiquiátrico como dispositivo terapéutico. Revisión bibliográfica*. Recuperado el 31 de mayo de 2011 en http://www.hdmadrid.org/hospiweb_revision.htm

Hernández Loeza, O. & Sarquis Alarcón, Z. (2009). El encierro institucionalizado. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 12(4). Recuperado el 2 de enero de 2011 en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num4/Vol12No4Art2.pdf>

Hidalgo, C. & Abarca, N. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana De Psicología*. 22 (2), 165-282

Hospital neuropsiquiátrico provincial León S. Morra. <http://www.elneuro.gamus.com.ar/index.htm>

Irazoqui, A. (2010). *Los familiares del enfermo psiquiátrico*. Recuperado El 8 de junio de 2011 en <http://mosaicosegundaetapa.blogspot.com/2010/06/los-familiares-del-enfermo-psiquiatrico.html>

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

- Kazi, G.; Carpintero, E; Barraco, A. & Vainer, A. (2007). *Desmanicomializar: pasado y presente de los manicomios*. Recuperado el 2 de junio de 2011 en <http://www.topia.com.ar/articulos/desmanicomializar-pasado-y-presente-de-los-manicomios>
- Kelly, J. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Desclee De Brower
- Olaz, F.; Medrano, L. & Greco, M. (2009). *Adaptación Argentina del Inventario de Habilidades Sociales, IHS-Del-Prette*. Córdoba: Universidad Empresarial Siglo 21
- León Castro, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. VI (1), pp. 33-42.
- León, O. & Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en psicología y Educación*. McGraw-Hill: Madrid.
- Lo Presti, S. (2010). Crearán servicios alternativos a la internación psiquiátrica. *Diario La Capital*. Rosario, Argentina. Nota del 18 de diciembre de 2010. Recuperado el 25 de enero de 2011 en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num4/Vol12No4Art2.pdf>

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Marinaccio A. (2008). *Programa de entrenamiento en habilidades sociales para familias de pacientes esquizofrénicos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Córdoba: Universidad Empresarial Siglo 21.

Mayoral Del Amo, J. & Alcalde Pérez, E. (2009). *Habilidades sociales y de comunicación*. Recuperado el 2 de junio de 2011 en file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Escritorio/HHSS_Y_HHCC_MEMORIA.ppt#256,1,HABILIDADES SOCIALES y DE COMUNICACIÓN. JUAN FRANCISCO MAYORAL DEL AMO. ENCARNACIÓN ALCALDE PÉREZ.

Minuchin S. (1980). *Familias y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Gedisa.

Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

Minuchin, S. & Fishman, H. (1992). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

Michelli, V.; Barbieri, V.; Bincaz, L.; Dicroce, C.; Dilema, F. & Jessen, C. (2006). *Trabajo Social y Salud Mental. Dos dispositivos de abordaje*. Recuperado el 2 de junio de 2011 en http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/barbieri_victoria_bincaz_luciana_dicroce_carolina_dilema_florencia_y_jessen_cecilia.pdf

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Montero, F. (1998). Derechos de los enfermos mentales. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Legal*. 2(2) / 3(1): 59-64.
Recuperado el 3 de junio de 2010 en
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v2-3n2-1/art10.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Recuperado el 2 de junio de 2011 en
http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Pacheco Caballero, S. (1999). *Sociedad y salud mental*. Recuperado el 31 de mayo de 2011 en
<http://www.anesm.net/descargas/sociedad%20y%20salud%20mental.doc>

Pajares, F. (1997). Currents directions in self-efficacy reasearch. En Maehr, M.S Pintrich, P. (Eds.). *Advances In Motivation And Achievement*.10, Pp.1-49.Grenwich: CT: JAI Press

Pasquale, E. (2000). *Psiquiatría y salud mental*. Recuperado el 8 de junio de 2011 en http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/05-insercion_lab.htm

Peres Arenas Clamovia .X (2008). *Habilidades sociales en adolescentes institucionalizados*. Tesis doctoral en Psicología Social. Universidad Granada.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Pérez, G. (2006). *Enfermedades mentales y antipsiquiatría*. Recuperado el 2 de junio de 2011 en

<http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/historiaenfermedad.pdf>

Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusión social en la enfermedad mental:

apuntes para el análisis e investigación. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. VI (1), pp. 3-14. Recuperado el 2 de junio de 2011 en

<http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/1%20ESTIGMA%20Y%20EXCLUSI%20ON%20SOCIAL%20EN%20LA%20ENFERMEDAD%20MENTAL.pdf>

Restrepo Rivera, A. & Acevedo Velasco, V. (2009). Evaluación del

funcionamiento de una familia con un adolescente con Trastorno Afectivo Bipolar. *Pensamiento psicológico*. 5(12), 161 – 174. Recuperado el 3 de junio de 2011 en

http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS12-11.pdf

Ríos, S. (1994). *Construcción, confiabilización y validación de un instrumento para evaluar habilidades sociales*. Tesis de Maestría. Inédito. Universidad Nacional Autónoma De México. México

Ruiz Rodríguez, E. (2007). *Programa de entrenamiento en habilidades sociales para niños y jóvenes con síndrome de down*. Recuperado el 8 de junio

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

de 2011 en

http://www.down21.org/educ_psc/educacion/H_sociales/H_Sociales1.htm

Simón. J (2009). *Influencia de la estructura familiar en la elección de una carrera*. Tesis de licenciatura en Psicología. Córdoba: Universidad Empresarial Siglo 21.

Saldaña, J. (2004). *Derechos del enfermo mental*. México: Formación gráfica.

Recuperado el 2 de junio de 2011 en

<http://www.bibliojuridica.org/libros/1/60/tc.pdf>

Viscarro, C. (1994) Evaluación De Las Habilidades Sociales. En Fernández Ballesteros, R. *Evaluación Conductual Hoy*. 347-384

Yovanovic, M. (2010). *Trastornos mentales, una historia alucinante*.

Recuperado el 1 de junio de 2011 en

<http://www.suite101.net/content/trastornos-mentales-una-historia-alucinante-a23417>

Zigler, E & Phillips. (1961). Social Competent And Outcome In Psychiatric Disorder. *Journal Of Abnormal And Social Psychology*.63, 264-27

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes
institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Zilda A. & Del Prette, A. (1982). *Psicología de las habilidades sociales: terapia
y educación*. México: Limusa Noriega

ANEXOS

Adaptación Argentina del Inventario de Habilidades Sociales IHS–Del-Prette - 29

Anexo: Tablas y Gráficos

Tabla 1: Factores originales del IHS- Del Prette y coeficientes α

Factores	α
Enfrentamiento y autoafirmación con riesgo	.96
Autoafirmación en la expresión de sentimientos positivos	.86
Conversación y desenvolvimiento social	.81
Autoexposición a desconocidos y situaciones nuevas	.75
Autocontrol de la agresividad	.74
Escala completa	.75

Tabla 2 : Índices de discriminación y correlación ítem total para la escala IHS-Del-Prette.

Ítem	IDS	r ítem-total
1	12,4	.45
2	10,2	.27
3	4,8	.22
4	9,0	.24
5	5,4	.11
6	10,2	.29
7	9,6	.41
8	9,8	.39
9	13,9	.37
10	7,4	.18
11	11,6	.42
12	11,0	.37
13	7,4	.31
14	9,0	.24
15	7,2	.26
16	12,9	.33
17	8,0	.26
18	1,8	-.03
19	14,1	.44
20	8,6	.23
21	8,6	.32
22	3,0	.03
23	10,4	.31
24	8,8	.24
25	8,8	.22
26	8,4	.21
27	10,6	.29
28	5,8	.36
29	13,9	.47
30	10,6	.31
31	10,0	.33
32	9,4	.27
33	3,8	.09
34	4,6	.01
35	11,2	.20
36	13,1	.38
37	8,2	.33
38	7,6	.21

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Tabla 3 : Matriz de configuración con las saturaciones factoriales de los 26 ítems finales

Ítem	Factor				
	1	2	3	4	5
24	.540				
17	.509				
8	.503				
37	.486				
2	.472				
13	.429				
23	.419				
12		.644			
7		.629			
19		.454			
1		.441			
36		.432			
20		.431			
28			.584		
6			.545		
10			.507		
35			.467		
30			.429		
27				.497	
21				.474	
4				.468	
5				.403	
14					.569
9					.541
11					.492
29					.464

Tabla 4: Ítems del IHS retenidos a partir del Análisis Factorial y factor al cual corresponden.

Factor	Ítem
<p>1. Conversación y Desenvoltura Social :</p> <p>Habilidades para iniciar, mantener y terminar conversaciones con otras personas y para desenvolverse en forma adecuada en interacciones verbales, sin experimentar demasiada ansiedad.</p> <p>Corresponde al Factor 3 de la escala original (Del Prette & Del Prette, 2001) , con el mismo nombre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo dificultades para interrumpir una conversación telefónica acon con personas conocidas. • En una conversación con amigos tengo dificultades para terminar una conversación prefiriendo esperar que otros lo hagan. • Acon con conocidos de la escuela o trabajo, encuentro dificultades para integrarme en una conversación. • Si necesito pedir un favor a un compañero(a), termino desistiendo de hacerlo. • Cuando uno de mis familiares (padres, hermanos mayores o cónyuge) insiste en decir lo que debo o no debo hacer, contradiciendo lo que pienso, termino aceptando para evitar problemas. • Si en mi trabajo o escuela alguien me hace un elogio, permanezco avergonzado sin saber que hacer o decir. • Evito hacer preguntas a personas desconocidas.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Factor	Ítem
<p>2. Autoexposición a desconocidos y a situaciones nuevas: Habilidades para el acercamiento a personas desconocidas, de cierta importancia o atractivas para el sujeto.</p> <p>Corresponde al Factor 4 de la escala original (Del Prette & Del Prette, 2001), con el mismo nombre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si una persona me interesa sexualmente, consigo acercarme a ella para iniciar una conversación. • Al sentir deseos de conocer a alguien a quien no fui presentado(a), yo mismo me presento. • Aún encontrándome cerca de una persona importante a quien me gustaría conocer, tengo dificultades para acercarme e iniciar una conversación. • En un grupo de personas desconocidas, me siento cómodo, conversando naturalmente. • Cuando estoy con una persona que acabo de conocer, tengo dificultades para mantener una charla interesante. • Si me gusta alguien con quien estoy saliendo, tomo la iniciativa de expresarle mis sentimientos
<p>3. Habilidades empáticas y de expresión de sentimientos positivos Habilidades para transmitir calidez y expresar cumplidos, elogios, aprecio, sentimientos personales y opiniones a los demás cuando la conducta positiva de éstos lo justifica. También se incluye la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de defensa de los derechos de otras personas.</p> <p>Corresponde al Factor 2 de la escala original (Del Prette & Del Prette, 2001), denominado Auto-Afirmación y expresión de sentimientos positivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando uno de mis familiares (hijos, padres, hermanos o pareja), consigue algo importante para lo cual se esforzó mucho, lo elogio por su éxito. • Cuando alguien hace algo bueno, aunque no se dirija a mí directamente, lo menciono elogiándolo en la primera oportunidad que se presente. • En mi casa, expreso mi cariño a mis familiares a través de palabras o gestos. • Si me siento bien (feliz), se lo expreso a las personas de mi círculo de amistades. • En una situación de grupo, cuando alguien es injustamente tratado, reacciono en su defensa.
<p>4. Enfrentamiento con riesgo Capacidad para oponerse o rechazar la conducta o comentarios inaceptables de un antagonista, como así también, para conseguir una conducta más aceptable en el futuro (autoafirmación).</p> <p>Corresponde al Factor 1 de la escala original (Del Prette & Del Prette, 2001), con el mismo nombre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si un(a) amigo(a) abusa de mi buena voluntad, le expreso directamente mi disgusto. • Si recibo una mercadería defectuosa, me dirijo al negocio donde la compré y exijo que me la cambien. • En una conversación, si una persona me interrumpe, le pido que espere hasta que yo termine lo que estaba diciendo. • Cuando un(a) amigo(a) a quien presté dinero, olvida devolvérmelo, encuentro una manera de recordárselo.
<p>5. Habilidades sociales académicas y de trabajo Habilidades interpersonales necesarias para un adecuado desempeño académico y laboral.</p> <p>Este factor no está presente en la estructura original de la escala.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizo exposiciones (por ejemplo: una conferencia) en el aula o en el trabajo cuando me lo solicitan. • Evito realizar exposiciones o conferencias frente a personas desconocidas. • En una clase o reunión, si el profesor o directivo hace una afirmación incorrecta, yo expongo mi punto de vista. • En la escuela o trabajo, cuando no comprendo una explicación sobre algún tema interesante, hago las preguntas que creo necesarias para mi esclarecimiento.

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Anexo: Tablas y Gráficos

Tabla 5: Coeficientes α de Cronbach para cada uno de los factores del IHS-Del-Prete.

ESCALAS	α	Media de Correlación inter-Item
Conversación y desenvolvura social	.66	.21
Autoexposición a desconocidos y a situaciones nuevas	.70	.29
Habilidades empáticas y de expresión de sentimientos positivos	.60	.24
Enfrentamiento con riesgo	.52	.21
Habilidades sociales académicas y de trabajo	.64	.31
Escala completa	.79	.13

Tabla 6: Medias, Desviaciones estándar, valor t, significación y tamaños del efecto para cada una de las escalas de HHSS en función del sexo

Dimensión	SEXO					
	Masculino ^a		Femenino ^b		t	d
	M	DS	M	DS		
Factor 1	19.96	4.10	20.33	4.15	-.98	-0.09
Factor 2	10.65	3.77	9.40	3.81	3.66**	0.33
Factor 3	13.40	2.98	14.90	3.21	-5.39**	-0.50
Factor 4	9.53	2.99	8.88	3.00	2.45*	0.22
Factor 5	8.86	3.36	8.58	3.45	.90	0.08
Escala	64.97	11.36	63.89	11.90	1.043	0.10

Nota: ^a n= 263 ^b n= 235
*p<.05, ** p<.01.

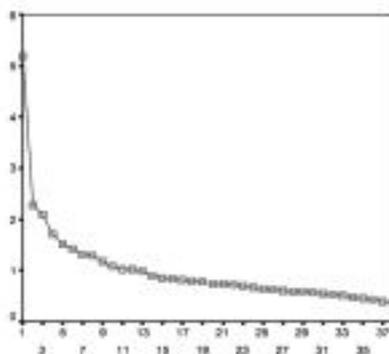


Gráfico 1: Gráfico de sedimentación Scree Test de los factores a extraer

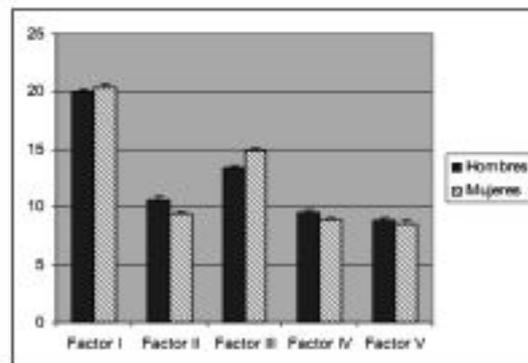


Gráfico 2: Diferencias entre medias en función del sexo en las escalas de las HHSS. Las líneas en cada barra representan los SE

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Formulario descriptivo del Trabajo Final de Graduación

Este formulario estará completo sólo si se acompaña de la presentación de un resumen en castellano y un abstract en inglés del TFG

El mismo deberá incorporarse a las versiones impresas del TFG, previa aprobación del resumen en castellano por parte de la CAE evaluadora.

Recomendaciones para la generación del "resumen" o "abstract" (inglés)

“Constituye una anticipación condensada del problema que se desarrollará en forma más extensa en el trabajo escrito. Su objetivo es orientar al lector a identificar el contenido básico del texto en forma rápida y a determinar su relevancia. Su extensión varía entre 150/350 palabras. Incluye en forma clara y breve: los objetivos y alcances del estudio, los procedimientos básicos, los contenidos y los resultados. Escrito en un solo párrafo, en tercera persona, contiene únicamente ideas centrales; no tiene citas, abreviaturas, ni referencias bibliográficas. En general el autor debe asegurar que el resumen refleje correctamente el propósito y el contenido, sin incluir información que no esté presente en el cuerpo del escrito.

Debe ser conciso y específico”. Deberá contener seis palabras clave.

Identificación del Autor

Apellido y nombre del autor:	Mariela Verónica Riccio
E-mail:	marielaveronicariccio@hotmail.com
Título de grado que obtiene:	Licenciada en Psicología

Identificación del Trabajo Final de Graduación

Título del TFG en español	“Programa de entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales a pacientes institucionalizados y sus familias”
Título del TFG en inglés	“Programme of training in communication skills to patients institutionalized in a neuropsychiatric and their families”
Tipo de TFG (PAP, PIA, IDC)	PAD
Integrantes de la CAE	Licenciado Leonardo Medrano y Licenciada Myriam Abecasis
Fecha de último coloquio con la CAE	15/09/2011
Versión digital del TFG: contenido y tipo de archivo en el que fue guardado	“Programa de entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales a pacientes institucionalizados y a sus familias” Tipo de archivo: PDF

Autorización de publicación en formato electrónico

Autorizo por la presente, a la Biblioteca de la Universidad Empresarial Siglo 21 a publicar la versión electrónica de mi tesis. (marcar con una cruz lo que corresponda)

“Entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales con pacientes
institucionalizados en neuropsiquiátricos y sus familias”

Autorización de Publicación electrónica:

Si, inmediatamente

Si, después de... mes(es)

No

Firma del alumno