
“Universidad Empresarial Siglo 21”



Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Graduación

**“Taller de Entrenamiento en Habilidades Sociales para
Familiares de Pacientes con Esquizofrenia”.**

(Proyecto de Aplicación Profesional)

2008

Marinaccio Agustina.

Índice.

Resumen.....	4
--------------	---

CAPÍTULO I

1. Introducción.....	5
1.2. Tema.....	7
1.3. Objetivo general.....	7
1.3.1. Objetivos específicos.....	7

CAPÍTULO II

2. Revisión de los principales conceptos que sustentan el proyecto.....	8
2.1. Marco teórico cognitivo social.....	8
2.2. Habilidades sociales.....	9
2.2.1. Habilidades sociales y competencia social.....	9
2.2.2. Componentes conductuales de la habilidad social.....	10
2.2.3. Componentes paralingüísticos de la habilidad social.....	13
2.2.4. Componentes verbales de la habilidad social.....	14
2.2.5. Componentes cognitivos - afectivos de la habilidad social.....	16
2.2.6. Componentes fisiológicos de la habilidad social.....	20
2.3. Técnicas conductuales y cognitivas para el entrenamiento en habilidades sociales	21
2.4. Taller de entrenamiento en habilidades sociales.....	25
2.5. Esquizofrenia.....	26
2.5.1. Criterios diagnósticos de esquizofrenia.....	26
2.5.2. La calidad de vida familiar ante la esquizofrenia.....	28

CAPÍTULO III

3. Investigación diagnóstica operativa.....	30
3.1. Relevamiento institucional general.....	30
3.1.1. Oferta de servicio.....	30
3.1.2. Infraestructura y sectorización.....	31
3.1.2.1. Esquema de sectorización.....	32
3.1.3. Estructura organizativa.....	33

CAPÍTULO IV

4. Plan de diagnóstico.....	34
4.1. Diagnóstico de necesidades.....	34
4.1.1. Participantes.....	34
4.1.2. Herramientas e instrumentos.....	34
4.1.3. Análisis de la información recogida.....	36
4.1.3.1. Fase prediagnóstica.....	36
4.1.3.2. Fase diagnóstica.....	37
4.2. Resultados diagnósticos FODA.....	42
4.3. Consideraciones éticas.....	45

CAPÍTULO V

5. Proyecto de aplicación profesional.....	46
5.1. Tipo de estudio.....	46
5.2. Modalidad de intervención.....	47
5.3. Cronograma.....	47
5.4. Planificación.....	47
5.5. Lugar.....	48
5.6. Recursos humanos.....	48
5.7. Recursos materiales.....	48
5.8. Honorarios.....	49
5.9. Presupuesto general en materiales.....	49
5.10. Presupuesto global del PAP.....	49

CAPÍTULO VI

6. Programa de talleres: “aprendiendo a comunicarnos”.....	50
6.1. Encuentro 1: “introducción”.....	50
6.2. Encuentro 2: “darse cuenta”.....	52
6.3. Módulo 1. “Habilidades de proceso”.....	54
6.3.1. Encuentro 3: “componentes conductuales de la habilidad social”.....	55
6.3.1. A Encuentro 4: “señales paralingüísticas”.....	57
6.3.1. B Encuentro 5: “la conversación”.....	59
6.3.2. Encuentro 6: “componentes cognitivos de la habilidad social”.....	61
6.3.2. A. Encuentro 7: “los derechos interpersonales”.....	63
6.3.3. Encuentro 8: “componentes fisiológicos de la habilidad social”.....	65
6.3.3. A. Encuentro 9: “los pensamientos automáticos”.....	68
6.4. Módulo 2. Encuentro 10: “empatía y expresión de sentimientos positivos”.....	70
6.5. Módulo 3. “Habilidades conversacionales”.....	73
6.5.1. Encuentro 11: “introducción al inicio de conversaciones”.....	74
6.5.2. Encuentro 12: “introducción al mantenimiento de conversaciones”.....	77
6.5.3. Encuentro 13: “procedimientos para la finalización de conversaciones”.....	79
6.6. Módulo 4. “Asertividad”.....	80
6.6.1. Encuentro 14: “maneras de controlar mejor el ambiente”.....	82
6.6.2. Encuentro 15: “procedimientos para hacer y rechazar pedidos”.....	86
6.6.3. Encuentro 16: “procedimientos para expresar molestias,	

disgustos y desagrado”.....	89
6.6.4. Encuentro 17: “procedimientos para afrontar críticas”.....	91
6.6.5. Encuentro 18: “procedimientos para expresar opiniones”.....	95
6.6.6. Encuentro 19: “procedimientos para hacer y recibir cumplidos ”.....	97
6.6.7. Encuentro 20: “cierre del taller”.....	99
6.8. Reunión informativa mensual.....	100
6.9. Cronograma de actividades del PAP.....	102

CAPÍTULO VI

7. Seguimiento y evaluación del impacto del proyecto.....	106
7.1. Seguimiento.....	106
7.2. Evaluación.....	107
7.3. Resultados esperados.....	113
Bibliografía.....	114

Resumen.

Este proyecto de aplicación profesional psicológica consistió en la realización de un diagnóstico en profundidad en la clínica Philip Pinel, de Río Cuarto (Córdoba). A partir del mismo se reveló una problemática a abordar a los fines de producir un cambio necesario. Con este propósito, se entrevistaron a los profesionales de la salud y a familiares de internos de la institución. A través del análisis descriptivo de la información obtenida desde las entrevistas y cuestionarios aplicados a los mismos, se arribó a la conclusión de que un punto fuerte de emergencia actual en la institución neuropsiquiátrica es: “escaso énfasis en la prestación de servicios para la realización de actividades que privilegien la consideración de las necesidades de familiares de pacientes con una enfermedad crónica como es la esquizofrenia”. A partir de allí, se planteó como fundamental la idea de brindar un espacio para la realización de actividades estructuradas, con el objetivo de desarrollar a través de las mismas un taller de entrenamiento en habilidades sociales sobre habilidades para aquellos; desde lo cual se les facilite la posibilidad de adquirir y generalizar habilidades de comunicación a su contexto próximo y de esta manera puedan acceder a una mejora en su calidad de vida. Para tales fines, se incorporarán técnicas que permitan un abordaje cognitivo - conductual de la temática a tratar, de manera grupal e individual.

Palabras claves: institución neuropsiquiátrica - esquizofrenia - familiares - taller de entrenamiento - habilidades sociales - adquirir - generalizar - abordaje cognitivo y conductual - calidad de vida.

Abstract.

This project of professional psychologic application was based in the realization of a diagnostic in depth in the clinic Philip Pinel, from Río Cuarto. (Córdoba). Since this, it has been revealed a problem to get down with the aim of producing a necessary change.

With this purpose, professionals of health and familiars of hospitalized patients in the institution were interviewed. From the descriptive analysis of the collected information since the applied interviews and questionnaires, it has arrived to the conclusion that an actual strong point of emergency in the neuropsychiatric institution is: scarce emphasis on services for the fulfilment of activities that favour the consideration of schizophrenic's familiars needs. From this, was posed as fundamental the idea of offering them a space for the realization of structured activities, with the objective of developing training sessions of social skills for schizophrenic's familiars, to facilitate the possibility of acquire and widespread social skills to the close context and in this way accede to an improvement into their life's quality. For those aims, there will be included techniques that facilitate and cognitive - conductual approach of the subject matter, in an individual and groupal manner.

Keywords: neuropsychiatric institution - schizophrenia - familiars - training sessions - social skills - acquire - widespread - cognitive and conductual approach - life's quality.

Capítulo I.

1. Introducción:

Es necesario disponer de capacidades conductuales, cognitivas y emocionales para que se vea facilitada la convivencia y el intercambio social entre las personas.

Los familiares de pacientes con esquizofrenia son destinatarios directos del sufrimiento que desencadena la enfermedad. Liberman (1993), señala que una de las condiciones relevantes que precisan los familiares que afrontan un trastorno mental como la esquizofrenia, es contar con medios eficaces de comunicación que faciliten el intercambio social en la convivencia y disminuyan el padecimiento de los mismos.

Es posible aprender a comunicarse con mayor eficacia, desarrollando gradualmente una congruencia relativa con la calidad de vida, básicamente esta sería la frase que sintetiza la presente propuesta de entrenamiento en habilidades sociales para familiares de pacientes con esquizofrenia. Un funcionamiento socialmente satisfactorio no solo requeriría de la adquisición de las habilidades suficientes; sino también de la presencia de autocreencias que aseguren luego de aprendidas su óptima utilización. La fomentación de autopercepciones optimistas sobre la eficacia personal reduciría en los familiares las respuestas disfuncionales ante situaciones difíciles y mantendría los esfuerzos necesarios para el logro de respuestas más satisfactorias.

Este trabajo concibe a las habilidades sociales, como conductas aprendidas, y por ende susceptibles de ser modificadas. Comprende primordialmente un recorrido por conceptos como: marco teórico cognitivo social, habilidades sociales y variables relativas, competencia social, criterios diagnósticos de esquizofrenia, esquizofrenia y familia, calidad de vida familiar frente a la esquizofrenia y técnicas conductuales y cognitivas utilizadas para el entrenamiento en habilidades sociales.

A partir de la presente intervención se busca dar respuesta a la demanda consignada desde los familiares y desde los profesionales entrevistados en la clínica y complementar la intervención psicoeducativa que se encuentra realizando el asistente social con los familiares, con el objetivo de reinsertar al paciente identificado en el hogar. La oportunidad ofrecida a los familiares de realizar un aprendizaje, basado en su propia demanda, se orienta a transmitir a los mismos una imagen de compromiso, integración y responsabilidad por parte del sistema de salud para con su bienestar. Además, de esta manera, quedaría implícita la idea de que para que se sustente el cambio debe estar presente una actitud de compromiso personal por parte de los familiares.

La idea de tomar a la familia como una herramienta terapéutica, de la cual se rescatará su potencial positivo, se complementa con el presente abordaje. Se considera que a partir de la aplicación del mismo, en un ambiente institucional protegido, se generaría un espacio de encuentro entre familiares que presentan problemáticas homogéneas. En este contexto, no solo se ampliaría la red social con la cual los mismos interactúan sino que además se les facilitaría la posibilidad de sentir una mayor contención. De esta manera,

se volvería más factible obtener de su parte respuestas que denoten un mayor involucramiento respecto al paciente interno y a las demandas de la institución.

Brady (1984) y Haldford & Hayes (1992), señalan que durante las dos últimas décadas, el entrenamiento en habilidades sociales ha sido una técnica nodal para remediar el pobre funcionamiento social de los esquizofrénicos.

Liberman, Mueser, Jacobs, Ekman y Massel (1986), proponen un modelo de entrenamiento en habilidades sociales de probada eficacia, en el que se basa el presente abordaje, que se aplica a través de técnicas como: instrucciones, role - play, ensayo conductual, retroalimentación y reforzamiento, con tareas entre sesiones para promover la generalización de lo aprendido. Este modelo además, presenta un formato estructurado y sistematizado para la facilitación del aprendizaje y el desarrollo de habilidades sociales. El proceso se establece de modo gradual para modelar la conducta del paciente, reforzando aproximaciones sucesivas a la habilidad apropiada que está siendo objeto de entrenamiento. Heinssen, Liberman y Kopelowicz (2000), a partir de su trabajo de entrenamiento en habilidades sociales en esquizofrenia, señalan que la mayoría de los pacientes que reciben entrenamiento manifiesta capacidad para adquirir, mantener y generalizar habilidades relacionadas con el funcionamiento comunitario independiente. Los componentes de las intervenciones incluyen procedimientos modulares diseñados para compensar las incapacidades cognitivas y de aprendizaje de los pacientes. El formato es estructurado con énfasis en las técnicas mencionadas previamente. Los resultados sobre los efectos del entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia son formulados en los siguientes términos: los pacientes con esquizofrenia pueden aprender una amplia variedad de habilidades instrumentales en situación de entrenamiento; se pueden esperar generalizaciones de las habilidades sociales básicas adquiridas a situaciones exteriores similares a las del tratamiento ; cuando los pacientes son animados a utilizar las habilidades aprendidas en ambientes naturales y si además son reforzados por sus familiares y cuidadores por usar dichas habilidades, se potencia la generalización; los pacientes presentan una disminución de ansiedad social después del entrenamiento; la duración de las habilidades adquiridas depende de la duración del entrenamiento, y la retención de las mismas es poco probable que suceda si el tiempo de duración es menor a dos o tres meses con dos sesiones semanales; y el entrenamiento en habilidades sociales cuando es aplicado por tres meses a un año y es integrado a otros servicios complementarios, necesarios, mejora el funcionamiento social de los participantes.

Benton y Schroeder (1990), en otro meta - análisis de veintisiete estudios de entrenamiento en habilidades sociales solo con población esquizofrénica, concluyen que se produce un impacto positivo sobre las medidas conductuales de dichas habilidades, sobre la asertividad autoevaluada y sobre la tasa de altas hospitalarias. Finalmente, Corrigan (1991), en un meta - análisis de setenta y tres estudios sobre intervenciones de entrenamiento en habilidades sociales en población adulta con diversas patologías, concluyó que los pacientes que participan en este tipo de programas, amplían su repertorio de destrezas, las mantienen durante varios meses luego de finalizado el tratamiento y presentan una disminución en la sintomatología relativa a las disfunciones sociales.

1.2. Tema.

“Taller de entrenamiento en habilidades sociales para familiares de pacientes con esquizofrenia”.

1.3. Objetivo general.

Diseñar un proyecto de aplicación psicológica para entrenar a familiares de pacientes con esquizofrenia en habilidades sociales.

1.3.1. Objetivos específicos:

- Promover un ambiente de aprendizaje en habilidades sociales para mejorar la calidad de vida de familiares de pacientes con esquizofrenia.
- Proporcionar alternativas de experiencia a través de la puesta en práctica de conductas habilidosas socialmente, con la orientación de profesionales de la salud en un ambiente protegido.
- Fomentar en los familiares una imagen de recursos, disminuyendo los impedimentos personales consecuentes de la falta de confianza en sí mismos y de criterios personales restrictivos que limitan el desarrollo de alternativas saludables.
- Ampliar la red social de los representantes de las familias de pacientes con esquizofrenia que participen en el abordaje.

Capítulo II.

2. Revisión de los principales conceptos que sustentan el proyecto.

2.1. Marco teórico cognitivo social.

En el presente trabajo, la denominación de teoría del aprendizaje social ha sido sustituida por la de teoría cognitiva social. Bandura (1985), ha apelado a esta redefinición para que no se preste a confusión el concepto de aprendizaje. El autor no entiende al aprendizaje como un modo condicionado de adquisición de respuestas; sino como la adquisición de conocimientos mediante procesos cognitivos de información. El segmento social de tal denominación alude al reconocimiento del origen social de pensamientos y acciones humanas.

La teoría cognitiva social mantiene un enfoque de la interacción como un proceso de determinismo recíproco en que la conducta y los factores personales y ambientales, explicando el funcionamiento humano como un modelo de reciprocidad triádica en que la conducta, factores personales y cognitivos y los acontecimientos del ambiente actúan como determinantes interactivos. El término recíproco alude a la interacción que se desarrolla entre los factores causales. El grado de influencia de cada uno de los tres grupos de factores interaccionantes varía según la actividad o conducta, el individuo y la situación.

Los factores triádicos no actúan en una interacción holística simultánea; “reciprocidad no significa influencia simultánea” (Bandura, 1983). Aunque en cada segmento de reciprocidad se incluyen procesos de influencia bidireccional, dichas influencias mutuas y sus respectivos efectos recíprocos no se producirían al mismo tiempo, ni con la misma intensidad.

Desde el presente enfoque los procesos simbólicos, vicarios y autorregulatorios tienen un papel predominante. Las personas presentarían ciertas capacidades básicas:

Capacidad simbolizadora: a partir de su acceso al lenguaje y al conocimiento, el hombre adquiere la capacidad para utilizar símbolos. Por medio de los símbolos verbales e icónicos, las personas procesan sus experiencias y las almacenan en forma de representaciones, que sirven de guías para actuaciones futuras. Esto le proporciona un importante medio de cambio y adaptación a su entorno. Además, esta capacidad, da lugar al ensayo de forma simbólica de posibles soluciones, en función de lo que se estima acerca de los resultados de la conducta, antes de llevarlas a la práctica. Según Bandura (1983), la imagen de un futuro deseable estimula acciones ideadas para lograr objetivos. Sin la capacidad simbólica las personas no podrían acceder al pensamiento reflexivo. Mediante la simbolización se posibilita la comunicación.

Capacidad de previsión: tiene una función reguladora de la conducta ya que las personas no se limitan a reaccionar ante el entorno inmediato. Se 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 la previsión interviene mecanismos de autorregulación.

Capacidad vicaria: el aprendizaje puede ocurrir, además de a partir de la experiencia directa, a partir de la observación de la conducta de otras personas y de las consecuencias que dicha conducta reviste. Según Bandura (1987), prácticamente todos los fenómenos de aprendizaje que resultan de la experiencia directa, se dan en forma vicaria. Esta capacidad de aprendizaje permite a las personas adquirir pautas de conducta amplias e integradas sin la necesidad de recurrir al ensayo y error, implicaría una manera de abreviar el proceso de adquisición. Según Bandura (1986), el proceso de modelado constituye un aspecto indispensable del aprendizaje.

Capacidad autorreguladora: las personas pueden ejercer control sobre su propia conducta, disponiendo de factores ambientales que la inducen, a partir de 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 autoevaluadores 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 metacognitiva 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, Bandura (1987), señala que ninguno se vuelve tan importante como las autopercepciones de eficacia que presente el individuo. Estas determinarían 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.

2.2. Habilidades sociales.

2.2.1 Habilidades sociales y competencia social.

El término habilidades significa que la conducta interpersonal implica un conjunto de capacidades de actuación aprendidas (Bellack y Morrison, 1982; Curran y Wessberg, 1981; Kelly, 1982).

Según Caballo (1987), la conducta socialmente habilidosa se basa en un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de dicho individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y tendiente a resolver los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de problemas a futuro.

Siguiendo a Del Prete y Del Prete (2002), las habilidades sociales pueden ser definidas descriptivamente, desde una dimensión situacional, como

un conjunto de desempeños presentados por el sujeto frente a las demandas que se suscitan en una situación interpersonal particular. Las habilidades sociales están determinadas a nivel macro por el plano cultural donde intervienen las normas, los valores y reglas y a nivel micro por el plano personal donde se manifiesta la conducta, lo cognitivo afectivo y lo fisiológico. En la dimensión personal las habilidades sociales supondrían la presencia de dos grupos de destrezas: las cognitivas y las conductuales. Las destrezas cognitivas englobarían la percepción social y el procesamiento de la información que define, organiza y guía las habilidades sociales. Las destrezas conductuales aluden a conductas verbales y no verbales utilizadas para la puesta en práctica de la decisión proveniente de procesos cognitivos. Según Del Prette y Del Prette (2002), la mayoría de los investigadores coinciden en que un repertorio fluído de habilidades sociales resulta de la articulación armoniosa de los componentes relativos a la dimensión personal. A su vez, las tres dimensiones mencionadas (personal, situacional y cultural) que determinan a las habilidades sociales se combinan e interrelacionan en las interacciones sociales. Cuando se trata de habilidades sociales y de competencia social, no es posible eludir el análisis de estas tres dimensiones.

Según Del Prette y Del Prette (2002), el concepto de competencia social remite a la capacidad del individuo (autoevaluada o evaluada por otras personas) para expresarse abiertamente, defender sus derechos, lograr objetivos personales, maximizar las consecuencias positivas en los intercambios con interlocutores y minimizar la pérdida de reforzadores en su desempeño social. McFall (1982), ha postulado al concepto de competencia social en un sentido evaluativo ya que refleja criterios para la atribución de funcionalidad inmediata y a largo plazo del desempeño social, que definen si el desempeño de una persona en determinada tarea resulta apropiada o no.

Los criterios de funcionalidad suponen la capacidad del sujeto para articular: los componentes de desempeño (comportamental, cognitivo - afectivo y fisiológico), las demandas interpersonales de la situación y la cultura en la que el sujeto está inmerso; tomando además en consideración criterios éticos y universales que orientan a las relaciones interpersonales.

2.2.2. Componentes conductuales componentes de la habilidad social.

Luego de una revisión de Caballo (1988), sobre noventa trabajos realizados entre 1970 y 1986, se desprende que los elementos más utilizados y relevantes como componentes de las habilidades sociales han sido: la mirada, la conversación en general, y el contenido verbal de la misma y la fluidez, la duración, la calidad de la voz y los gestos con las manos. Estos componentes deben ser situacionalmente específicos

Comunicación no verbal.

La conducta verbal y no verbal constituyen elementos básicos de la habilidad social. La comunicación no verbal se lleva a cabo siempre que se esté en presencia de otro. Según Caballo (2000), 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 algunas funciones: reemplazar a las palabras, enfatizar el mensaje verbal, a nivel emocional, regular la interacción, contradecir el mensaje verbal (generalmente no sucede de forma intencional).

La mirada: es receptora y emisora y se utiliza para abrir y cerrar canales de comunicación, para regular turnos de habla, para iniciar una interacción. La función principal de la mirada sería sincronizar, acompañar o reafirmar la palabra hablada. La ausencia de atención visual puede interpretarse como evidencia de desinterés, de querer evitar el contacto mientras que el hacer contacto ocular con la otra persona puede ser tomado como señal de querer implicarse.

Tanto la cantidad como el tipo de mirada manifiestan actitudes interpersonales. Cherlunik, Nelly, Flanagan y Zachan; (1978), plantean que un mayor contacto de mirada al hablar es indicador de habilidad social superior. Según Exline y Fehr (1978), tanto los sujetos normales como los esquizofrénicos miran más al escuchar que al hablar. Finalmente, Caballo y Buela (1988-1989), indicaron que la mirada, las pausas de conversación y el tiempo de habla eran tres elementos moleculares en que se diferenciaban los sujetos de alta, baja y media habilidad social.

La expresión facial: se ha evidenciado que la cara reviste el principal sistema de señales para mostrar emociones, además de ser el área más importante de la comunicación no verbal.

En la interacción social, según Argyle (1969), la expresión facial tiene funciones como: mostrar el estado emocional del interactor, dar retroalimentación acerca de la comprensión, el acuerdo o desacuerdo sobre lo dicho por otro, indicar actitudes hacia los otros, actuar como metacomunicadora, modificando o comentando lo que se está diciendo o haciendo al mismo tiempo.

Existen expresiones faciales que muestran emociones universales y se clasifican en: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y desprecio. Las tres áreas faciales en que se manifiestan son: la frente - cejas, ojos - párpados y la parte inferior del rostro. (Ekman y Friedsen, 1975). Sin embargo, las diferentes culturas condicionan a estas expresiones en su grado de utilización, dependiendo de la situación. El control de la expresión facial es parte de la socialización cultural.

Alberti y Emmons (1978) subrayan que una conducta habilidosa requiere de una expresión facial congruente con el mensaje verbal que se está emitiendo.

En general, se puede decir que “la sonrisa tiene la función de indicar el agrado hacia una persona” (Argyle, 1979) De esta forma la misma puede abrir canales de comunicación. Sin embargo, es una emoción que se utiliza habitualmente para ocultar otras negativas.

La postura corporal: la postura depende en parte de convenciones culturales que imperen en una situación (Argyle, 1979). Sin embargo, se ha evidenciado que dos personas que comparten posturas semejantes indican que están compartiendo un mismo punto de vista. Cuando las personas van a cambiar su opinión es probable que modifiquen su posición y si dos personas entran en discusión se observarán posturas no congruentes, la función de

estos cambios pasaría por establecer distancias psicológicas entre las personas.

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

Las posiciones de la postura servirían según Trower, Bryant y Argyle (1978), para comunicar actitudes, emociones y como acompañamiento del habla.

Gestos: son culturales. Para tener calidad de gesto un acto debe comunicar información y además ser visto por alguna persona, tienen la función de ilustrar o figurar acciones de difícil verbalización. Lo verbal y lo gestual van de la mano: lo gestual puede servir para ampliar, apoyar o no a lo verbal, también ambas dimensiones pueden actuar independientemente. Afirmando esto, Caballo (2000) confirma que los gestos deben ser vistos como parte de un todo ya que las personas son capaces de controlar su conducta produciendo el gesto opuesto a su verdadero estado emocional.

Luego del rostro, las manos serían la parte corporal más expresiva. Estas tienen ciertas funciones como: ilustradores de lo que se dice, reemplazos del habla, expresión no intencional de estados emocionales y como movimientos autoadaptadores. Estos últimos se refieren a actos de acicalamiento que suelen limitarse en encuentros sociales.

Por su parte Ekman y Friesen (1974), distinguen a los movimientos de la mano como: emblemas (movimientos de matiz cultural que se pueden reemplazar por una frase como el asentir con la cabeza, dar la mano, aplaudir), adaptadores (movimientos que se aprenden para satisfacer necesidades corporales, para aprender actividades instrumentales), ilustradores (movimientos que acompañan al habla, enfatizan lo dicho y figuran la imagen de la que se habla).

Movimientos de piernas y pies: las partes inferiores del cuerpo serían las que sufren de menor control por parte de la persona, ya que la mayor atención suele concentrarse en el rostro. Según Morris (1977), mientras más alejada del rostro una parte del cuerpo, menor importancia se le asigna. Por ejemplo, los pies suministrarían señales válidas sobre el verdadero estado anímico, pero debido a que se encuentran alejados del foco de atención no serían investidos de importancia durante la interacción.

Movimientos de cabeza: presentan significaciones diferentes, según la cultura en la que se susciten. Sin embargo, el asentimiento de cabeza presenta un significado regular en las diferentes culturas, actuando como refuerzos de conductas en la interacción.

Automanipulaciones o conducta de autocontacto: proporciona indicadores sobre el estado de humor interno. Se trata de movimientos que procuran bienestar. Suelen realizarse con escaso autoconocimiento y sin intención de comunicar.

Distancia y proximidad: el grado de proximidad define la naturaleza de un encuentro y varía según el contexto cultural.

La conducta espacial es parte de la habilidad social y se define en relación a cuatro factores:

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.

Contacto corporal: se categoriza como el tipo más básico de conducta social y la manera más íntima de comunicación. La clase de contacto apropiado depende del contexto específico, la edad y la relación entre los que participan. Según Henley (1977), las situaciones que facilitan el contacto social son: al dar consejo, al dar una orden, al pedir un favor, para convencer a alguien, si la conversación es profunda, en situaciones sociales informales, para transmitir excitación y al recibir mensajes de preocupación.

Apariencia personal: se trata el aspecto exterior y juega un relevante papel en la impresión que se forman los demás de la persona sobre el atractivo, el estatus, grado de conformidad, inteligencia, personalidad, clase social, edad, estilo y gusto. La auto presentación es indicadora de cómo se ve a sí mismo el individuo y de como quisiera ser tratado.

Atractivo físico: representa el concepto propio de ideal sobre la apariencia. Basándose en el atractivo las personas se formulan ideas sobre la persona observada. Es lo más accesible a los sentidos cuando las personas se conocen por primera vez

2.2.3. Componentes paralingüísticos de la habilidad social.

Se trata de aquellas señales vocales capaces de comunicar mensajes por sí mismas (silbar, suspirar; etc.). Están relacionadas con su contenido verbal: volumen, tono, timbre, claridad, velocidad, énfasis, fluidez, las pausas y vacilaciones (Wilkinson y Canter, 1982). De esta manera las señales vocales son capaces de afectar el significado de lo que se dice y la recepción del mensaje. La gente se puede formar juicios de los demás a partir de señales vocales. Los elementos paralingüísticos dependen del contexto en que se emiten y se clasifican en:

Latencia del habla: es el intervalo de tiempo establecido entre la finalización de una oración por parte de un individuo y la iniciación de otra oración por un segundo individuo. Las latencias largas se perciben como indicadoras de conductas pasivas. Las latencias negativas, que son las interrupciones serían indicadoras de conducta agresiva. (Borraem y Flowers, 1978). Es indicador de habilidad social el dejar que la otra persona finalice su frase o idea a menos que el objetivo sea finalizar la conversación.

Volumen de voz: la función del volumen de la voz sería que la frase emitida llegue a oídos del oyente. Un volumen demasiado bajo de voz puede tomarse como indicador de sumisión tristeza; mientras que uno alto como indicador de dominio, extraversión, seguridad. El volumen debería ser moderado y con ciertas variaciones para mantener la atención del oyente.

Timbre, tono e inflexión de la voz: el timbre de voz hace referencia a la resonancia de la misma. El tono e inflexión de la voz comunican sentimientos y emociones. Las voces resonantes se consideran de mayor atractivo que las finas y/ o nasales. Una inflexión débil, con un tono bajo pueden indicar aburrimiento o tristeza. Según Caballo (2000), se percibe a la gente como más dinámica y extravertida si utiliza una inflexión y tono variados. Bajando el tono además se expresa la finalización de un tema y elevándolo la formulación de una pregunta.

Perturbaciones del habla: se refiere a vacilaciones, repeticiones que causan en el receptor una impresión de inseguridad, incompetencia, escaso interés o ansiedad. Hay tres clases de perturbaciones del habla: períodos de silencio excesivos, empleo excesivo de palabras de relleno durante pausas y las repeticiones, omisiones, tartamudeos y pronunciaciones fallidas.

Tiempo del habla: Caballo y Buela (1988,1989), señalaron que el tiempo de habla y la mirada, son elementos que presentan una relación elevada con la habilidad social global y que distingue a sujetos de alta habilidad de aquellos de baja habilidad. En ambos extremos, el tiempo del habla indicaría una baja habilidad social.

Claridad del habla: ciertos patrones del habla pueden resultar desagradables para el oyente: chapurreo o arrastrar las palabras. El chapurreo puede indicar impaciencia y el arrastrar palabras aburrimiento.

Velocidad del habla: según Knapp (1982), la velocidad normal del habla sería de 125 a 190 palabras por minuto. La comprensión comenzaría a disminuir cuando la velocidad se encuentra entre los 275 a 300 palabras por minuto.

2.2.4. Componentes verbales de la habilidad social.

Además del estilo personal que caracteriza a una persona para hablar, las situaciones en que se encuentre harán que varíe el tema, la cantidad y duración aceptables del habla. El rol en que se encuentre la persona también es tomado como un factor determinante al momento del habla.

Expresiones del habla: según Argyle, (1981); Trower, Bryant y Argyle, (1978); Wilkinson y Canter, (1982); las expresiones del habla se clasifican en: habla egocéntrica, instrucciones (dirigidas a influir en la conducta de otros de manera explícita y directa), preguntas (dirigidas a comenzar un encuentro, a obtener respuestas, a expresar interés por el otro), comentarios (sugerencias, información sobre hechos en respuesta a preguntas, comentarios independientes), charla informal (constituída por charlas ocasionales, en que el

fin no es afectar la conducta de otro sino intercambiar escasa información), expresiones ejecutivas(provenientes de convenciones sociales, basadas en sus consecuencias sociales que le dan su significado: (poner nombre a los niños, hacer promesas y pedir disculpas), costumbres sociales(componentes verbales estandarizados provenientes de convenciones sociales: dar gracias, despedirse, saludar) expresión de estados emocionales o actitudes (se expresan desde lo verbal y desde lo no verbal como gestos, tono de voz) y mensajes latentes(un mensaje implícito detrás de una frase).

La conversación: según Argyle (1978), Las diferencias en habilidad entre los individuos para la utilización del lenguaje se dan a partir de la inteligencia, la educación, el entrenamiento y la clase social.

La conversación se constituye por una articulación compleja entre señales verbales y no verbales. Entre las no verbales la mirada es muy importante. Esta transmite actitudes, retroalimenta y actúa como sincronizadora de la conversación.

La conversación se califica como el componente básico de las habilidades sociales. Conger y Farell (1981), señalaron que la mirada y la conversación eran los dos componentes fundamentales en habilidad social. La conversación se compone de elementos tales como la retroalimentación, las preguntas y las habilidades del habla.

La 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 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.
- Deberían ofrecerse durante pausas del hablante. Ciertos déficits en la conversación se basarían en emplear muy poca retroalimentación.
- Esto último transmite a los otros la idea de que se está queriendo finalizar la conversación o que no se tiene interés en la misma.

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 (utilizadas para comenzar una conversación), específicas (suceden a las previas y mantienen la charla), factuales (para obtener información y inducir nuevos temas de conversación), abiertas (apuntan a extender la conversación) y cerradas (respuestas de si o no).

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

2.2.5. Componentes cognitivo - afectivos de la habilidad social.

Si bien las personas son afectadas por situaciones, estas también contribuyen a los cambios situacionales y ambientales que puedan darse. En dicho proceso bidireccional cobra especial relevancia como el individuo selecciona situaciones, como los percibe y de allí como los evalúa. La percepción que establece una persona acerca de las situaciones está regulada por un sistema de abstracciones constituídas por concepciones del mundo y de sí mismo. Los factores cognitivos pueden ser situacionalmente específicos.

Desde Del Prette y Del Prette (2002), 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. Los mismos se describen a continuación.

Conocimientos previos: El conocimiento previo que presente un individuo acerca de cómo las personas se comportan en una situación específica facilita la posibilidad de discriminar la ocasión adecuada para dar una respuesta, la elección de comportamientos que resulten más adecuados y la identificación de comportamientos inadecuados para la situación, que no deban ser emitidos por el individuo.

Cultura: existen comportamientos que son normativos, generados a partir de la cultura, algunos semejantes en contextos disímiles y otros particularizados según las subculturas de las que provienen. Las normas regulan el comportamiento, hábitos y valores de las personas y se manifiestan a través de códigos escritos, por transmisión oral o se infieren a partir de comportamientos observados.

Ambiente: si bien un ambiente determinado puede conservarse con atributos permanentes, las situaciones que se den en él pueden modificarse. De allí que se torna relevante la posibilidad de que los individuos puedan discriminar dichos cambios situacionales, para modificar en consecuencia su comportamiento.

Roles: el rol social se conceptualiza, según Del Prette (1991), (1995), como un conjunto de comportamientos resultantes de la posición social que ocupa un individuo. Conocer que tipo de rol se ocupa en las interacciones sociales permite al individuo reconocer las respuestas adecuadas a las características del mismo.

Autoconocimiento: según Jonas (1997), el autoconocimiento es más abarcativo que la capacidad de autoobservación (descripción de comportamientos propios, el contexto donde acontecen y las consecuencias mediadas por el ambiente social). Según el autor, el autoconocimiento implica además la capacidad del individuo de evaluar los déficits y excesos que requieren de ajuste a las demandas de las situaciones sociales.

Expectativas y creencias: Las expectativas guían la selección de conductas en una determinada situación, influyendo en los actos del individuo. Los resultados que espera un individuo en situaciones determinadas, dependerán en gran parte de los juicios que desarrolle sobre el tipo de ejecución que se considera capaz de ejercer. Cuando un individuo presenta las

habilidades o competencias necesarias, la creencia de la determinación personal en la influencia de los resultados, podrá inducir en el una sensación de dominio. Según Bandura (1987), de esta manera sería más factible que se cree un sentido de eficacia personal. La consideración de que los resultados obtenidos están determinados por la propia conducta requiere de autoobservación. Las creencias establecidas, funcionan a modo de esquemas que filtran la nueva información receptada. Así, como señalan Trower, Dryden y O'Mahoney (1982), aquellos acontecimientos que no concuerden con las creencias pueden ser negados o distorsionados.

Según Bandura (1987), la capacidad de predecir sucesos importantes puede comportar problemas al individuo cuando este juzga de manera equivocada las situaciones y basa su conducta en creencias que se apartan de la realidad. De esta manera, puede verse afectada la elección de conductas que aseguren resultados deseados y eviten los no deseados.

Las creencias disfuncionales pueden generarse por asociación accidental de acontecimientos fortuitos en conjunción con experiencias desagradables que asumirían un valor predictivo, que a su vez inducirá a respuestas defensivas irracionales por parte del individuo. La generalización inadecuada sería otra fuente que produce creencias disfuncionales. En este caso, se sobregeneralizan experiencias desagradables a acontecimientos inocuos similares al acontecimiento previo traumático.

La adversidad puede ser considerada como una propiedad potencial de los acontecimientos y no una característica fija de aquel que se encuentre con ellos. Al hacer un juicio sobre la probabilidad de ocurrencia de un acontecimiento aversivo, el individuo no solo se basaría únicamente en la lectura de signos externos de peligro, sino que implica una interacción entre las capacidades personales y aspectos potencialmente aversivos del entorno. Los juicios del sujeto sobre sus propias capacidades de afrontamiento determinarían, en parte, la peligrosidad subjetiva de los acontecimientos el entorno.

La autoeficacia percibida por el sujeto actúa influyendo en la calidad de su ejecución; por tanto también en la capacidad de afrontamiento del sujeto.

Los juicios erróneos que dan lugar a conductas inadecuadas pueden producirse a consecuencia de la falla a la hora de considerar que información es pertinente, a partir de percepciones erróneas de un procesamiento cognitivo deficiente de la información obtenida.

Bandura (1987), señala que cuando al sujeto se le proporciona información específica, este tenderá a basar sus juicios en el estereotipo suscitado por la descripción específica. Esto daría lugar a que el sujeto desvíe su atención selectiva de las similitudes relativas a experiencias previas que puedan distorsionar sus juicios predictivos. Además la instrucción, guía y comprensión operativa de la información segura podría colaborar a la mejora en los juicios del individuo.

Planes y metas: Mischel (1979), ha entendido al desempeño social de un individuo como un comportamiento controlado por las metas y objetivos que el mismo se propone y por los patrones que instaura para alcanzarlos. Tomando en consideración a los criterios evaluativos para la competencia social, según Del Prette y Del Prette (2002), la atribución de competencia al individuo no solo es relativa a la obtención de objetivos y metas que se propone, sino que

además alude al tipo de metas que establece a corto y mediano plazo. Los mismos deben contemplar una mejora en la relación con las demás personas, respetando los derechos propios y ajenos.

Estereotipos: Tajfel (1982, p.160), califica al estereotipo como “una imagen mental hipersimplificada de una determinada categoría de individuos, institución o acontecimiento”. Del Prette y Del Prette (2002), señalan que el estereotipo alude a un proceso que guía la adaptación cognitiva y conductual de las personas, simplificando los estímulos que provienen del medio. Existen algunos estereotipos inadecuados relacionados con las características de los miembros de ciertas razas y clases sociales. Estos son elementos generalmente presentes en la conducta no habilidosa socialmente que pueden desviar la interpretación de una situación y/o del comportamiento del otro, generando una evaluación equivocada al respecto y afectando de manera negativa al desempeño.

Autoconcepto: Del Prette y Del Prette (2002), lo definen como un resultante de la experiencia personal del individuo y relativo a la definición que este presente sobre sí mismo. Para esto interviene dos procesos cognitivo-afectivos: la autoimagen y la autoestima. La autoimagen se constituye por la representación evaluativa que el individuo se forma respecto a sí mismo (bonito/ feo); la autoestima es el sentimiento producto de la previa evaluación. Según Albert y Emmons (1978), la habilidad social correlaciona positivamente con la autoestima. Su conclusión se basa en la idea de que un individuo hábil socialmente debería tener un resultado exitoso en sus relaciones interpersonales y de allí aumentar su autoestima.

Autoeficacia y desamparo: la autoeficacia es relativa a la seguridad que presenta una persona de su posibilidad de obtener un resultado exitoso ejecutando una conducta particular. “Un aumento en autoeficacia se asocia a una conducta autoinformada más habilidosa socialmente y a una mayor calidad de actuación observable” (Valerio y Stone, 1982).

Desde Bandura (1987), la autoeficacia interviene en la determinación personal de la acción. La autoeficacia percibida, es definida desde el autor como los juicios emitidos por un individuo acerca de sus propias capacidades operantes. Si bien la misma es capaz de afectar la conducta y la motivación, el rendimiento deseado no se consigue a menos que estén presentes las subcompetencias que permitan el ejercicio de la determinación personal de la acción. Sin embargo, la mera presencia de las habilidades requeridas para llevar a cabo una conducta exitosa, puede no ser suficiente para obtener un rendimiento adecuado.

Esto se debe a que el pensamiento autorreferente actúa como intermediario entre el conocimiento y la conducta. Rogers (1959) y Wylie (1974), conceptualizan la autoevaluación en términos de autoconcepto. Este se concibe como una faceta del pensamiento autorreferente e implica una visión de sí mismo conformada a partir de experiencias directas y de evaluaciones realizadas por personas significativas para el individuo.

Se debe considerar que en determinadas situaciones ciertos aspectos del entorno (restricciones físicas o sociales) limitan el rendimiento de la

conducta a pesar de la presencia de las habilidades necesarias y un fuerte sentido de eficacia personal.

Las actividades que proporcionan información exterior sobre el nivel de rendimiento del sujeto permiten elaborar juicios más realistas acerca de las propias capacidades.

El conocimiento de la propia eficacia puede partir, según Bandura (1987), de cuatro fuentes: los logros de ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y del estado fisiológico. Los logros de ejecución están basados en experiencias de dominio real, y constituyen la mayor fuente de información sobre la eficacia personal (Bandura, Adams y Bayer, 1977; Biran y Wilson, 1981; Feliz, Landers y Reader, 1979).

Según Bandura (1987), una vez establecida una autoeficacia sólida, la misma puede generalizarse a otras situaciones y como resultado de ello, el mejoramiento del individuo podría expandirse a un amplio rango de actividades.

Las experiencias vicarias pueden modificar intensamente la autoeficacia percibida, cuando una persona ha tenido escasas experiencias previas en las cuales basar sus evaluaciones de competencia personal.

La persuasión verbal implica inducir en el individuo creencias realistas de que es lo suficientemente capaz para obtener lo que desea y contribuye a conseguir un rendimiento adecuado.

El grado de activación somática que se hace presente en un individuo y la manera en que este lo interpreta, a la hora de ejecutar una conducta, influye notoriamente en su autopercepción de eficacia.

Seligman (1977), (1990); Peterson y Seligman (1986), definen al desamparo como un estado en que el individuo deja de confiar en la posibilidad de obtener un resultado deseable a partir de su conducta. Este estado no solo es capaz de llevar al individuo a renunciar a comportamientos que permitirían un desempeño logrado. Se trata de un elemento generalmente presentes en la conducta no habilidosa socialmente.

Estrategias y habilidades de procesamiento: Morrison y Bellack (1981), postulan que si los estímulos relevantes no pueden ser receptados

y procesados de forma eficaz, el desempeño interpersonal no alcanzará la eficacia. Los diferentes procesos articulan componentes cognitivos. Tal es el caso del procesamiento cognitivo de la información de autoeficacia. Este sobrelleva dos funciones: la primera es relativa a la atención selectiva que el sujeto da a la información como indicadora de eficacia personal y la segunda está basada en la integración de diversas fuentes de información sobre la eficacia obtenida que influyen en los juicios de autoeficacia (experiencia personal, comparación con ejecuciones y reacciones emocionales de otros ante una situación similar, opiniones de sujetos con competencia evaluadora, acceso a niveles moderados de activación fisiológica .

Por otro lado, Knapp (1984), señala que cada ambiente particular presenta variables distintivas que condicionan la percepción de los sujetos que participan en la situación. Las posibles clases de percepciones, determinadas por diferentes rasgos ambientales se clasifican en: formales (la comunicación pierde libertad y profundidad), cálidos (estimula la propensión a quedarse, sentirse relajado y una comunicación personal, espontánea y eficaz), privados (se favorece una menor distancia al hablar, mayor amplitud, profundidad temática y espontaneidad, familiares (es conocido el rango de respuestas

aceptables, por lo tanto las personas tenderían a una comunicación más flexible que en un ambiente extraño), restrictivos (se basa en la percepción acerca del grado de facilidad con el que es posible abandonar el lugar. La misma se relaciona íntimamente con el espacio disponible y con e grado en que el mismo es privado) y de distancia (se refiere al grado de proximidad / distancia en que el contexto fuerza al sujeto a desarrollar la comunicación con otro. La eliminación de barreras que indiquen distancia facilita una comunicación más íntima).

Lectura del ambiente social: Según Del Prette y Del Prette (2002), se trata de un componente cognitivo aprendido, que se articula con las capacidades de la atención como mirar y reconocer y de seguimiento de instrucciones. Un desempeño social logrado implica el apropiado reconocimiento y descodificación de señales en una determinada situación, asociado tanto a señales verbales como a no verbales: una discriminación adecuada del comportamiento del otro, de la manera en que debe manifestarse el propio comportamiento y de si el mismo tiene lugar o no.

Autobservación: se trata de la atención dirigida hacia uno mismo en la observación de la propia conducta facilitando su autorregulación. Del Prette y Del Prette (2002, pág.80), la conceptúan como “la capacidad de describirse a uno mismo en términos de pensamientos, sentimientos y acciones”.Además, presentan un carácter valorativo ya que pueden desviar las percepciones selectivas relativas al autoconcepto. Se trata de un elemento presente en la conducta habilidosa socialmente.

Autoinstrucción: también denominada autodirección, se ejerce influyendo sobre el entorno externo y atribuye cierto control al sujeto; justamente poniendo en marcha la autoregulación de la conducta. El ambiente puede ser transformado psicológicamente a través de las autoinstrucciones y la imaginación para favorecer los objetivos propios.

Empatía: Roberts y Stryer (1996), la definen como un proceso que implica: la escucha activa (mirar y observar la expresión facial y corporal, estando atento a lo que la otra persona verbaliza), identificación del problema o emoción que experimenta el otro, manifestación de apoyo a partir de mensajes verbales y corporales y expresarse de manera congruente a estos últimos.

2.2.6. Componentes fisiológicos de la habilidad social.

Según Del Prette y Del Prette (2002), se trata de un conjunto de variables orgánicas que pueden afectar o ser afectadas por situaciones interpersonales, al ser percibidas por el individuo como estresantes o relevantes. Se asocian a la ansiedad, el miedo y la fobia social. Según los autores, los principales componentes fisiológicos activados cuando se suscitan tales situaciones son: tasa cardíaca, tensión o relajación muscular, respiración, sudoración y flujo sanguíneo. Sin embargo, Caballo (1993), ha señalado que la ausenta de tales signos no es indicadora de mayor competencia social.

2.3. Técnicas conductuales y cognitivas utilizadas para el entrenamiento en habilidades sociales.

Siguiendo a Del Prette y Del Prette (2002), algunas de las técnicas conductuales, capaces de repercutir en la conducta, son:

El modelado: implica la exposición del individuo a un modelo que muestre adecuadamente la conducta que está siendo objetivo de entrenamiento. De allí se posibilitará el aprendizaje por observación o vicario. 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. Estas les sirven de guía para efectuar las acciones apropiadas. Además, el modelado tendría la ventaja de ilustrar los componentes verbales y paralingüísticos de determinada conducta interpersonal.

Se alude a que el modelado es eficaz con poblaciones que presentan amplias deficiencias. Es importante plantear que quien actúa y quien observa deberán conocer a que conductas son pertinentes para enfocar su atención en ellas y recordarlas. En esto ayudan las discusiones grupales acerca de que conductas ha emitido el modelo observado para obtener como resultado una respuesta habilidosa.

En el aprendizaje vicario, intervienen algunos procesos: de atención, retención, de reproducción y motivación. El proceso de atención implica que ante el modelado, es necesario que las personas atiendan a los rasgos significativos de la conducta que se busca aprender por observación. El segundo proceso básico que interviene en el aprendizaje por observación es la retención de actividades modeladas. Es necesario que las pautas de respuesta puedan ser representadas en la memoria de manera simbólica cuando quienes emitieron el modelado ya no estén presentes. Es por medio de los símbolos que las experiencias de modelado pueden mantenerse en una memoria permanente. Los dos sistemas de representación en que se basa el aprendizaje por observación son el verbal y mediante imágenes. El tercer proceso que interviene en el aprendizaje vicario alude a la conversión de las representaciones simbólicas en acciones apropiadas. El proceso de ejecución comportamental puede segmentarse en varias partes: en principio se organizan cognitivamente las respuestas, esto dependerá de que el sujeto presente las habilidades requeridas para tal fin; luego se llevan a cabo, se comprueban y perfeccionan pudiéndose valer de una retroalimentación informativa acerca de la actuación del sujeto desde una fuente externa.

Desde la teoría cognitiva social, se distingue entre la adquisición de una conducta y su ejecución; ya que las personas no hacen todo aquello que aprenden. La propensión a adoptar conductas facilitadas a partir del modelado dependerá, en parte, de las consecuencias observadas de estas. Según Bandura (1983), cuanto más valiosas sean las consecuencias y menores efectos punitivos tengan; así como cuanto más efectivas aparenten ser determinadas conductas para los demás se verá favorecida la motivación para su actuación.

Una función importante de las influencias del modelado consiste en transmitir 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.

Ensayo conductual: se representan maneras adecuadas y efectivas de afrontar situaciones en la vida real que puedan resultar problemáticas. El objetivo se basa en aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas. Es una técnica que se centra en el cambio de conducta como un fin en sí mismo. El ensayo conductual puede brindar evidencia que altere las atribuciones negativas o creencias irracionales acerca de sí mismo y el mundo. Respecto de las formas que puede asumir el ensayo conductual, se distingue:

Role - plays estructurados: Hidalgo Carmona y Nureya (2000, p. 48), constituye “la principal técnica de adquisición y reforzamiento de conductas sociales”. Kelly (1987), coincide con las autoras al señalar a la presente técnica como de útil para la práctica conductual de sesiones.

El role - play es indicado para cuando el cliente necesita aprender a responder a comentarios relativamente estructurados. La situación que se simula es una aproximación a aquella en que se pretende que el participante mejore. Es importante que quien participe de role - play imagine que se encuentra en un situación real y actúe como tal.

Previo al role - play, es necesario instruir el componente a trabajar. Posteriormente, también se puede modelar el mismo; es decir mostrar al paciente un modelo que ejecute adecuadamente el componente instruido.

El role - play puede ser llevado a cabo a través de una secuencia de pasos: en principio el terapeuta describe el marco de la interacción a cada participante. El cliente recibe instrucciones específicas de manifestar el componente que se ha instruido. El número de escenas a practicar depende del nivel de ejecución que logre el participante. Una vez que se ha logrado un adecuado nivel de ejecución, es importante que el terapeuta proporcione feedback y reforzamiento positivo.

Interacciones semiestructuradas: se basa en el paradigma enunciado por Kelly, Urey y Patterson (1980), en que se pide al sujeto que interactúe con otra persona durante un tiempo determinado. La interacción que se observa en esta técnica es menos estructurada que en el caso del role - play estructurado. En principio el terapeuta describe el papel situacional a representar (por ejemplo, un encuentro casual). La interacción está estructurada en el sentido de que los participantes deben interactuar como si estuvieran en la situación especificada. El participante debe manifestar el componente conductual que ha sido instruido previamente. Es deseable en estos casos contar con la presencia de algún colaborador para que interactúe con el cliente. Esto favorecerá la observación del terapeuta para 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 (ejemplo: intentar conocerse). Mientras se desarrolla la interacción no estructurada, el terapeuta

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.

Retroalimentación: la retroalimentación brinda información específica al individuo, básico para la mejora o el desarrollo de una habilidad. Esta puede ser proporcionada por el entrenador y se concentra en las conductas enseñadas. Dentro de las reglas básicas a la hora de dar retroalimentación, Del Prette y Del Prette (2002), distinguen:

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.

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.

Reforzamiento: se trata de cualquier consecuencia que presentada de manera seguida a una conducta es capaz de fortalecer esa conducta. Puede ser positivo o negativo. Según Del Prette y Del Prette (2002), el reforzamiento positivo es utilizado enfáticamente para instalar, desarrollar y fortalecer el desempeño social. Debe presentar funcionalidad y contigüidad.

Tareas para el hogar: son un medio a través del cual aquellas habilidades aprendidas pueden ser ensayadas en un ambiente real y así generalizarse con mayor facilidad a la vida cotidiana del sujeto. Se puede recomendar al paciente que lleve un registro de su actuación señalando lo sucedido al momento de llevar a la práctica lo aprendido, el éxito en la misma, la ansiedad y dificultades experimentadas.

Entre los beneficios que proporcionan, según Shelton y Levi (1981), distinguen: 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.

Reestructuración cognitiva:

Se trata de un conjunto de técnicas, cuyo objetivo es modificar creencias irracionales (Ellis, 1974), diálogos internos inhibitorios (Meichenbaum, 1977), expectativas de autoficacia erróneas (Bandura, 1977), supuestos y esquemas negativos (Beck, 1976) y estilos atribucionales inadecuados (Girodo, 1984); en su calidad de desajustes cognitivos que afectan al desempeño interpersonal.

Siguiendo a Hidalgo Carmona y Nureya (2000, p.48), en lo relativo al entrenamiento en habilidades sociales, el objetivo de la presente técnica implica “desarrollar un sistema de creencias que valoren tanto los derechos personales como los de los demás, reconocer y remplazar cogniciones inadecuadas y desarrollar habilidades cognitivas que faciliten el desenvolverse mas asertivamente”.

Desde la terapia racional emotiva, Dryden (1984), indica que es posible colaborar con las personas para ayudarles a identificar pensamientos automáticos y a determinar sus distorsiones. La información proporcionada por el terapeuta puede modificar expectativas.

Instrucciones: es 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.

Según Caballo (2000), la retroalimentación debería concentrarse en aspectos positivos, con sugerencias para la mejora y el cambio en caso necesario.

La información acerca de lo que constituye una respuesta apropiada puede ser presentada de varias maneras como a través de: representación de papeles, material escrito, discusiones, descripciones en una pizarra, grabaciones de video, proyecciones.

Las instrucciones no solo apuntan a suministrar a las personas información sobre la conducta social, sino también para proporcionar una explicación razonada para los ensayos de conducta posteriores.

Técnicas de relajación: la incorporación de las mismas responde a la ansiedad que experimentan las personas en situaciones interpersonales. El objetivo de las mismas, es 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. Según Vera y Vila (1996, p.146), “la relajación constituye un proceso psicológico, de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico, no son simples correlatos el uno del otro, sino que ambos interactúan, siendo partes integrantes del proceso”.

Desensibilización sistemática: el objetivo es erradicar el miedo y la ansiedad en las relaciones interpersonales. Del Prette y Del Prette (2002), aluden a la 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 de relajación. A partir de las mismas, el terapeuta expone al individuo imaginariamente a los estímulos jerarquizados previamente, desde los menos hacia los más ansiógenos.

Detención del pensamiento: según Del Prette y Del Prette (2002), la presente técnica 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. Según los autores mencionados, esta técnica está basada en una secuencia de pasos: en 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.

2.4. Taller de entrenamiento en habilidades sociales.

Para Telma Barreiro (1997), 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 ventajas (Caballo, 2002): brinda la posibilidad de práctica a los participantes, en una situación social establecida, a la cual cada uno suministra diferentes modelos, el grupo ofrece a sus miembros un contexto de apoyo, otorgando la posibilidad de conocer a diferentes personas, economiza el tiempo del terapeuta e implica un menor costo económico para el participante.

Según Caballo (1987), el entrenamiento en habilidades sociales alude a un conjunto de técnicas o procedimientos cuya aplicación se orienta a que los sujetos adquieran las habilidades que les permitan mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito de actuación real. Concretamente, el entrenamiento en habilidades sociales apunta a que los sujetos: adquieran y dominen conductas adecuadas durante la interacción, realicen un análisis realista de situaciones sociales específicas, reproduzcan determinadas habilidades en momentos adecuados y de manera espontánea.

García Vera (1998), señala que los programas de entrenamiento en habilidades sociales, dadas las características de estas últimas, toman en cuenta la interacción entre factores personales y ambientales, como también los componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos de las habilidades sociales.

El entrenamiento en habilidades sociales se basa en la colaboración activa de las personas que participen de él. Puede ser considerado un procedimiento psicoeducativo de formación más que una técnica terapéutica destinada a resolver problemas psicológicos. Como procedimiento psicoeducativo, el entrenamiento es capaz de afectar a la motivación del sujeto, porque a través del mismo, este puede intentar modificar los objetivos que persigue en la interacción social y a la sensibilidad, tornándolo más sensible a la comunicación verbal y no verbal. También, puede ser calificado como 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. Por último, es capaz de afectar las respuestas de los sujetos ya que a través del entrenamiento se enseña a dar respuestas hábiles.

2.5. Esquizofrenia.

2.5.1. Criterios diagnósticos de esquizofrenia.

La esquizofrenia se califica como un trastorno mental. Según el DSM IV TR (2001), la definición de trastorno mental hace referencia a un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

La esquizofrenia se clasifica como un trastorno psicótico Según Liberman (1988), un trastorno psicótico está dado cuando el sujeto posee una alteración grave del juicio de realidad. Esto implicaría en el transcurso del trastorno mental, un sujeto que evalúa incorrectamente sus percepciones y pensamientos y hace inferencias erróneas acerca de la realidad externa.

Los pacientes con este trastorno experimentan una sintomatología intermitente o persistente y desadaptación social. Los posibles signos de psicosis son: incoherencia, acentuada falta de asociación, pobreza en el contenido del pensamiento, ilogicidad del pensamiento, afecto embotado, afecto inapropiado, conducta catatónica y conducta extremadamente desorganizada. (Liberman, 1988).

El paciente esquizofrénico es considerado un enfermo mental crónico. Según Goldman y Cols (1981) “el enfermo mental crónico sería una persona que sufre de trastornos mentales severos y persistentes que interfieren en sus capacidades funcionales de la vida diaria; entre estas funciones estarían incluidas la de higiene personal y autocuidado, la autonomía, las transacciones sociales, la capacidad para el trabajo y para las relaciones interpersonales, la capacidad para aprender”.

Una definición operativa del enfermo mental crónico acorde con las pautas establecidas en el Congreso Nacional de la A.P.A (1978), sería: enfermo mental crónico es aquel que sufre ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan e impiden el desarrollo de sus capacidades, y que además dificultan el desarrollo y mantenimiento de su autosuficiencia económica.

Partiendo del concepto dado por el DSM IV TR (2001), acerca de la esquizofrenia, se la puede caracterizar básicamente por la presencia de signos positivos y negativos. El grado de persistencia de dichos signos en el tiempo y los factores a los que se encuentren asociados dan lugar a que se clasifique a la esquizofrenia según criterios diagnósticos (A-B y C). De esta manera, si los signos y síntomas positivos y negativos han persistido durante el período de un mes y si ha habido tratamiento con éxito, se asigna el criterio A.

Si los signos y síntomas del trastorno se asocian a una significativa disfunción social, laboral y cuidados personales, le corresponde el criterio B y si han persistido durante no menos de seis meses, el criterio C. A lo largo de este tiempo debe haber al menos un mes de síntomas que cumplan con el criterio A de la esquizofrenia (fase activa). La presencia de varios signos y síntomas graves agrupados se denomina fase activa.

Los síntomas positivos de la esquizofrenia reflejan un exceso o distorsión de funciones normales y los negativos una disminución o pérdida de las mismas. Los síntomas positivos incluyen: distorsión o exageración del pensamiento inferencial (ideas delirantes), de la percepción (alucinaciones), del lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado y del comportamiento (desorganizaron grave o catatonía). Estos síntomas incluyen a dos dimensiones: psicótica (ideas delirantes, alucinaciones) y de desorganización (comportamiento y lenguaje).

Criterio A1: las ideas delirantes (extrañas). Son creencias erróneas que implican una mala interpretación de la percepción o/y experiencia. Estas pueden contener temas de persecución, autorreferenciales y somáticos.

Las ideas delirantes además deben ser extrañas. Se pueden clasificar de esta manera si son improbables e incomprensibles y si no derivan de experiencias corrientes de la vida que expresen la pérdida de control sobre la mente y el cuerpo. Esto constituye un aspecto suficiente para encontrarnos ante la presencia del criterio A1.

Criterio A2: las alucinaciones.

Pueden manifestarse bajo cualquier modalidad sensorial (visual, auditiva, olfativa, gustativa o táctil) y producirse en un contexto de claridad sensorial. Las más típicas en la esquizofrenia serían las alucinaciones auditivas (dos o más voces conversando o voces con comentarios continuos sobre pensamientos o comportamientos del sujeto). Si están presentes son suficientes para satisfacer el criterio A2.

Criterio A3: pensamiento desorganizado.

Es considerado por Bleuler como la característica más significativa de la esquizofrenia. Las inferencias que parten del contexto clínico para identificar al pensamiento desorganizado se basan en la presencia de lenguaje desorganizado. Se pueden observar diversas formas de desorganización del lenguaje: perder el hilo de lo que se dice, saltar de un tema a otro sin asociación entre sí, dar respuestas sin relación con la pregunta (tangencialidad) y además presentar incoherencias.

Criterio A4: comportamiento gravemente desorganizado.

Se presenta de variadas formas. En general se observan problemas en cualquier clase de comportamiento dirigido a un fin, trayendo dificultades en la realización de actividades típicas de la vida cotidiana, como pueden ser organizar comidas o mantener la higiene.

El sujeto puede observarse exageradamente despeinado, vestir de modo poco usual, presentar un comportamiento sexual inapropiado, o agitarse impredeciblemente sin motivos comprensibles.

Comportamientos motores catatónicos: implican una notoria disminución de reactividad ante el entorno, pudiendo alcanzar un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), con postura rígida (rigidez catatónica, resistencia activa a ordenes o intentos de ser movilizad o negativismo catatónico) o actividad motora exagerada son motivos comprensibles (agitación catatónica). Estos síntomas por sí solos no son específicos de la esquizofrenia.

Los síntomas negativos incluyen: restricciones de la intensidad de expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez, de la productividad del pensamiento y del lenguaje (alogia) y de la iniciativa de un comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

Pueden originarse a partir de los síntomas positivos, efectos secundarios de la medicación, trastornos del estado de ánimo o hipoestimulación ambiental.

Criterio A5: aplanamiento afectivo, alogia y abulia.

Aplanamiento afectivo: Es frecuente y se caracteriza por la inmovilidad y rigidez en la expresión facial del sujeto, pobre contacto visual y lenguaje corporal reducido, persistentes.

Alogia: Implica pobreza en el habla: se manifiesta un descenso de fluidez y productividad en el habla. Puede producirse como consecuencia de creencias delirantes paranoides o alucinaciones.

Abulia: Se refleja a partir de la incapacidad de iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada e inactiva durante largo tiempo, mostrando escaso interés en participar del trabajo o actividades sociales.

Para establecer el criterio A de la esquizofrenia se requiere que al menos dos de los cinco ítems se presenten simultáneamente durante un mes como mínimo. Sin embargo, ante la presencia de alucinaciones auditivas o de ideas delirantes extremas, solo se considera necesaria la presencia de este único ítem.

El inicio del síndrome de esquizofrenia puede ser insidioso o súbdito. Suele comenzar con una fase prodrómica que se caracteriza por retraimiento social y demás cambios sutiles en las respuestas conductuales y emocionales. El paciente puede mostrarse distante, apartado y excéntrico.

El inicio del deterioro del pensamiento y la atención también pueden darse en esta fase.

El curso de la esquizofrenia puede seguir varios patrones. En general, esta es considerada como un trastorno crónico que comienza en la adolescencia tardía y presenta un mal pronóstico a largo plazo.

2.5.2. La calidad de vida familiar ante la esquizofrenia.

Según Liberman (1993), la esquizofrenia puede considerarse una enfermedad capaz de contribuir a un clima emocional que favorezca la recaída del paciente. El autor (1993), afirma que una reaparición de síntomas psicóticos en una persona con predisposición biológica a la esquizofrenia, se puede interpretar como resultado de un equilibrio precario entre el ambiente y las habilidades sociales del paciente y de sus familiares.

La falta de habilidades sociales en la esquizofrenia reflejaría una historia inadecuada de aprendizaje, la ausencia de habilidades por su falta de utilización y la carencia de saludable estimulación ambiental. En consecuencia, la deficiencia en los conocimientos y habilidades se constituirían en limitantes de la libertad de los individuos.

Desde los años cincuenta los investigadores psiquiátricos han venido informando acerca del peso emocional, físico y económico que supone la el

cuidado del enfermo psiquiátrico para los miembros de la familia. Las familias de pacientes con trastornos mentales crónicos están destinadas a asumir la responsabilidad primaria de atención cuando el paciente es desinstitucionalizado. Dicha responsabilidad es a menudo fuente de estrés y conflictos en la familia. Liberman (1993), señala que el estrés asociado a los trastornos mentales crónicos plantea a los familiares, de forma continua, la necesidad de resolver problemas. Aprendiendo maneras de comunicarse eficazmente se posibilita la contribución por parte de los mismos a la reducción del deterioro en el enfermo; como así también a la disminución de la carga familiar, aumentando la adaptación social de los sujetos y mejorando su calidad de vida. Así, para el autor (1993), se torna esencial atender a las necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia

Según Liberman (1993), para el caso de enfermos mentales que conviven con sus familias, la importancia de las mismas es notoria ya que pueden representar la fuente primordial de compañerismo, de participación en actividades y de ayuda, siempre que cuenten con las habilidades necesarias para ello.

Según Bandura (1983), el uso que dará la persona a sus habilidades dependerá, en gran medida, de sus autopercepciones de eficacia. Ciertas creencias que configuran los criterios internos también podrán actuar de manera restrictiva respecto al grado de libertad de la persona.

El cultivo de habilidades sociales, comienza a desplegarse desde el hogar, a través de la familia, a través de la cual comienzan a cobrar sentido las interacciones con las demás personas. La libertad, se verá entonces beneficiada por el cultivo de habilidades sociales, fomentando a través de ello creencias que estimulen una autopercepción de eficacia relativa a su uso y favoreciendo de esta manera la calidad de vida de los familiares de pacientes con esquizofrenia.

Capítulo III.

3. Investigación diagnóstica Operativa.

3.1. Relevamiento Institucional General:

3.1.1. Oferta de servicio:

La clínica Philip Pinel, está abocada al tratamiento de las diferentes patologías psiquiátricas, tanto agudas como crónicas desde el año 1977. En esa época fue fundada por el doctor Dichiara y la misión, en la clínica, no solo se limitaba al aspecto asistencial sino que además se hacía mucho énfasis en fomentar el aspecto cultural a través de la fundación que lleva el nombre de su fundador.

Desde el año 1989, en que fallece el doctor Dichiara, el perfil de la clínica a nivel fundación, comenzó a debilitarse. Actualmente, la labor en la clínica está fundamentalmente avocada a lo asistencial debido a la gran magnitud de demanda que recibe, por ser la única clínica neuropsiquiátrica privada de Río Cuarto y sus alrededores.

Como institución apunta a realizar un enfoque sistémico; 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 en clubes como F.U.N.D.E.M.U.R.

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 dos alternativas terapéuticas: Residencial (internado) y ambulatorio.

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.

Las medidas de rehabilitación propiamente dichas, en la clínica incluyen las actividades recreativas de: educación física y laborterapia. A continuación, se describen los objetivos de cada Taller/Actividad con mayor detalle:

Educación física: consiste en la realización de actividades recreativas como deportivas: gimnasia, fútbol, caminatas, juegos, etc. El objetivo de la actividad, es proporcionar mayor bienestar a los pacientes mediante la realización de actividad física. Así mismo, desde el espacio de esta actividad, se intenta fomentar hábitos que resulten saludables como no fumar.

Laborterapia: consiste en la realización de dibujos y títeres mediante la implementación de técnicas de diferente grado de dificultad, según la patología en juego y materiales, tales como: telgopor, telas, papel, lápices, tizas, temperas, pasteles, etc. El objetivo de la actividad, es que las personas puedan expresar su creatividad, no obstante, su finalidad también es recreativa.

3.1.2. Infraestructura. Sectorización.

A nivel edilicio y de organización interna es una clínica que se encuentra actualmente en un período de transición. En lo que respecta a lo físico se están instaurando reformas totales para aumentar la capacidad de la clínica para albergar a una mayor cantidad de pacientes y brindar una mejor calidad en sus servicios. Esto responde a que un gran número de pacientes internados en la clínica Santa Cecilia fueron derivados a Philip Pinel.

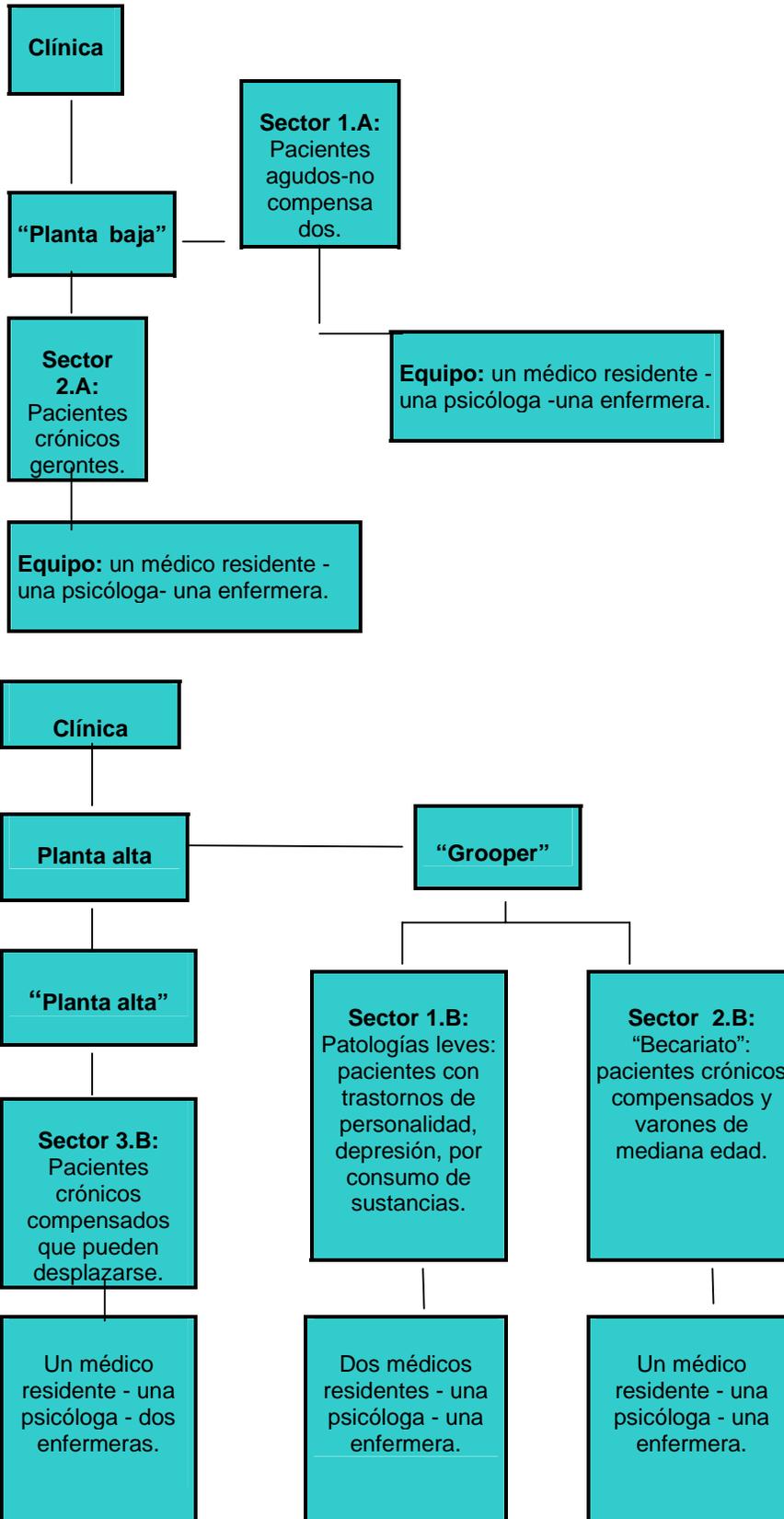
Además se está viviendo un proceso de reforma a nivel organizativo debido a que Sanatorio Morra compró a la clínica en cuestión, se está en proceso de implementar las nuevas reglamentaciones, los cambios administrativos y de organización interna. Algunas nuevas reglas con respecto a los pacientes han sido recientemente aplicadas: luego del horario de levantarse por la mañana se cierran con llave las habitaciones. Además las puertas que tienen acceso al exterior se mantienen bajo llave constantemente; esto ha sido implementado para aumentar el control y evitar problemas legales dado al aumento del número de pacientes en la clínica.

Los horarios de las comidas se han sectorizado debido a que los pacientes del área “grooper” o sector diferencial, de patologías leves, han presentado quejas respecto a su incomodidad al momento de compartir comidas con pacientes deteriorados.

Las actividades de laborterapia también se dividieron según la sectorización de patologías ya que los pacientes que presentan patologías leves manifestaron aburrirse trabajando en las actividades comunes al resto. En el caso de educación física se busca la no sectorización, ya que según la profesora es importante la ayuda mutua entre los que más pueden y los que menos.

Otro aspecto que ha cambiado respecto a la reglamentación es los días de visita de los familiares, se ha establecido que pueden ser realizadas solo en dos días a la semana.

3.2.2.1. Esquema de sectorización:



3.1.3. 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 y grooper) 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.
- Profesora de educación física (una), que trabaja con los pacientes internos
- Enfermeras (cinco): Distribuidas en los diferentes sectores de la clínica.
- Secretarias (dos): encargadas de consignar turnos.
- Personal gastronómico y de limpieza.

Capítulo IV.

4. Plan de diagnóstico.

4.1. Diagnóstico de Necesidades:

4.1.1. Participantes.

En principio se realizaron entrevistas a distintos profesionales de la clínica que se encuentran abocados al tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

El objetivo se basaba en construir un prediagnóstico: explorar acerca de la situación actual de la institución, los servicios que ofrece y las necesidades prioritarias que se presentaban en la misma. A continuación se especifica quienes han sido entrevistados: director de la clínica, un jefe de psiquiatras de hospital de día, cinco psiquiatras residentes de cada sector y dos psicólogas.

Una vez enfocada la demanda de mayor prioridad en la institución, relativa a la necesidad de abordaje de los familiares de pacientes con esquizofrenia crónica, se administró un cuestionario, en el sector de pacientes crónicos a: dos psiquiatras y familiares. La indagación en la fase diagnóstica se focalizó en dicho sector y apunto a familiares de pacientes con esquizofrenia por su pertinencia inferida a partir de las conclusiones arribadas luego de las entrevistas de prediagnóstico También se realizó una segunda entrevista con el director de la clínica y otra al asistente social.

Finalmente, se formuló un cuestionario que fue administrado a cinco familiares de pacientes con esquizofrenia internos en la clínica durante días de visita. Dichos familiares son los que han estado presentes a lo largo de sucesivos días de visita en los que se ha asistido durante la fase de diagnóstico. Si bien la población total de pacientes con esquizofrenia actualmente es de ocho pacientes, tres de ellos son gerontes, asistidos a través de PAMI, de estancia mayor a diez años en la clínica, respecto a los que no se ha observado la visita de sus respectivos familiares en la clínica.

4.1.2. Herramientas e instrumentos.

Para recolectar información y detectar focos de intervención se utilizaron entrevistas estructuradas. Se optó por la entrevista estructurada para recabar información, debido a que mediante la misma se puede centrar la atención sobre ciertos aspectos o datos que resultan útiles. Además a partir de este tipo de preguntas es posible acceder a una mejor estandarización de respuestas, necesario a la hora de discriminar demandas prioritarias. Fueron diseñadas tomando en cuenta el grado de ansiedad que podría generar en los entrevistados, abarcando desde temas más generales a más particulares y en su mayoría se apeló al recurso de la pregunta abierta. Esto último por un lado brinda flexibilidad en el sentido que otorga la posibilidad de profundizar o explayarse en la respuesta.

La información que se recolectó en las entrevistas de prediagnóstico involucraban temas como: el rol del psicólogo en la institución, estrategias de trabajo, áreas de vacancia, el impacto del cambio por la situación actual de reconstrucción edilicia y organizativa en la clínica y el aumento de la población

de pacientes. Además de estos temas se indagó más particularmente con el director cuestiones relativas a la historia, fundación y organigrama de la institución.

A partir de las respuestas obtenidas en el primer acercamiento a la institución y su respectivo análisis, se delinearon algunos temas surgidos como áreas de vacancia en la clínica. El considerado como más prioritario, resultó ser el abordaje a las familias de pacientes crónicos compensados, con diagnóstico de esquizofrenia, internos en la institución. (Se remite al análisis de información recogida, cito Pág. 45).

Para este segundo momento de diagnóstico se utilizó nuevamente una entrevista estructurada con preguntas abiertas para la obtención de mayor riqueza en las repuestas.

La información acerca de la temática familiar del paciente esquizofrénico, se centró más puntualmente en : enfoque y modalidad de trabajo institucional con la familia ,visita familiar y continuidad de las mismas, reuniones familiares organizadas por la clínica y asistencia de los familiares a las mismas, la respuesta del familiar ante el pedido de permisos, conflictos ante el involucramiento en la recuperación del paciente, proyectos relativos al tema y disponibilidad personal por parte de los profesionales para aportar trabajo y experiencia.

La entrevista realizada al director fue semiestructurada para darle mayor flexibilidad a la misma y obtener una perspectiva más abarcativa. Se siguieron pautas como: Enfoque y modalidad de trabajo institucional con la familia, conflicto ante el involucramiento familiar en el tratamiento y la rehabilitación, antecedentes de proyectos previos y actuales para abordar la familia, resultados de los mismos, disponibilidad de espacio y tiempo en la clínica para realizar un abordaje familiar.

Finalmente, para sondear demandas y déficits a nivel familiar se administró un cuestionario a las familias de pacientes esquizofrénicos, internos en la clínica en sucesivos días de visita. Se optó por la formulación de preguntas cerradas con múltiple opción para luego contar con la posibilidad de delimitar y uniformar las respuestas. Solo en dos preguntas del cuestionario, relativas a opiniones de carácter más personal se formuló preguntas abiertas para permitir la fluidez de una mayor cantidad de información.

Las preguntas allí contenidas se orientaron hacia temáticas relativas a : contacto con profesionales de la clínica, conocimiento de reglamentos para familiares y pacientes, frecuencia de visitas a la clínica, conocimiento acerca de los objetivos, frecuencia de asistencia a las reuniones allí realizadas, conocimiento acerca de las posibilidades del familiar interno de visitar el hogar, frecuencia, clima familiar, comunicación y motivos de su retorno a la clínica, calificación de la comunicación familiar cuando la familia asiste a la clínica, factores de la comunicación a mejorar en la clínica y el hogar, tiempo de ingreso y permanencia del familiar internado, contactos con otras familias de pacientes esquizofrénicos, espacios en la clínica en el que se aborden temas concernientes a la familia y disponibilidad de las mismas para participar en dichos espacios. Además, se consignaron datos relativos a las familias y los pacientes: edad actual de familiar y paciente interno, años transcurridos desde el primer diagnóstico del paciente, años bajo tratamiento, tipos de tratamientos recibidos, nivel de escolaridad del grupo familiar.

4.1.3. Análisis de la información recogida:

Una vez obtenidos los datos, se analizó de manera cualitativa, descriptiva la información aportada por las entrevistas realizadas en las fases de prediagnóstico y de diagnóstico.

4.1.3.1. Fase prediagnóstica:

En función de los datos recolectados, respecto al rol de la psicología en la institución todos los entrevistados acordaron que la misma era tomada como parte de un todo integral en lo que hace a la función de tratamiento y rehabilitación.

- El trabajo interdisciplinario es el asumido por todos los profesionales de la clínica.
- El enfoque con el cual se trabaja es cognitivo - conductual e institucionalmente sistémico.
- El sector menos desarrollado en la clínica sería el de niños. Los entrevistados afirman que solo una psicóloga trabaja con ellos y que falta profundizar. Sin embargo, en ningún caso los entrevistados han manifestado que la misma sea un área que requiera de un abordaje inmediato.
- En todos los sectores se hallaron áreas de prevención no cubiertas.
- El cambio observado en la clínica, no fue compensado por acciones preventivas para los pacientes que se encontraban internados allí ni para los que llegaban de la clínica Santa Cecilia, según los profesionales. Sin embargo, ellos acordaron en que no hubo un impacto negativo, en lo que hace a la integración entre dichos pacientes. Para solucionar esta demanda en principio se recurrió a la sectorización de pacientes en planta baja, planta alta y Grooper. En planta alta a su vez se subdividió en dos sectores: en uno de ellos pacientes agudos y descompensados que necesitan mayor contención, en el otro a pacientes crónicos gerontes. En planta alta, los pacientes crónicos estables que pueden desplazarse y en grooper también dos subdivisiones: por un lado las patologías leves con atención diferencial y por otro a pacientes crónicos compensados de mediana edad que llevan más de diez años de internación.
- En cada sector trabaja un equipo conformado básicamente por: un médico residente - una psicóloga - una enfermera. En el sector de pacientes crónicos se reforzó el servicio con la incorporación de dos enfermeras y en el sector grooper, de atención diferencial, con dos médicos.
- Los entrevistados coinciden en que se generaron algunos efectos negativos, a nivel individual en algunos pacientes crónicos internados

como descompensaciones y crisis, a raíz de cambios en la reglamentación de la clínica que implican mayor control.

- En función de los datos recabados se observó un alto grado de coincidencias respecto a la urgencia en la necesidad de profundizar el trabajo con las familias de pacientes crónicos internados en la institución, más especialmente de esquizofrénicos, como una de las demandas no cubiertas y de carácter más urgente en lo que atañe a la institución.
- Los distintos profesionales entrevistados reconocen la necesidad de fomentar el compromiso de la familia para con el paciente, mejorar las interacciones entre familia y paciente y de que la familia se involucre más en el proceso de salud. En relación a dicha demanda, la clínica ha incorporado a un asistente social con el objetivo de reinsertar a pacientes crónicos compensados en el seno familiar que trabaja con los respectivos familiares de los internos. El trabajador social, en sus reuniones con los familiares da información específica relativa a: Si hay curación de la enfermedad mental, cuales son sus tratamientos, acerca de posibles cambios en el estado clínico del paciente, como acceder a servicios en momentos de crisis. Sin embargo, a través de las respuestas se podría inferir que esto por sí solo no resultaría suficiente, ya que la dimensión familiar continúa siendo mencionada reiteradamente como la demanda más relevante que no se está pudiendo cubrir en su totalidad en el presente.
- Actualmente no se está realizando un abordaje complementario que refuerce su labor e involucre a las familias de los pacientes con esquizofrenia internados.

4.1.3.2. Fase diagnóstica:

En función de los datos recabados durante las entrevistas realizadas a los profesionales de sector crónicos se arribó a la conclusión de que en la institución se trabaja con la familia buscando lograr una alianza entre profesional o institución y familia en lo que hace al tratamiento y la rehabilitación del paciente. Sin embargo, se dificulta que la familia asuma la responsabilidad y mantenga un compromiso constante como complemento de la rehabilitación del paciente esquizofrénico.

Quien actualmente se encuentra en mayor contacto, trabajando con los familiares de estos pacientes es el asistente social. Su objetivo se basa en revincular a la familia con el paciente y con la institución. El recalca la complejidad que implica el trabajo con estas familias, aunque no deja de lado la importancia que esto presenta.

Los pacientes crónicos compensados esquizofrénicos que se encuentran internos están autorizados a salir a visitar su familia, en este punto el asistente social hace referencia a que la familia, como sistema enfermo, mantiene un funcionamiento cerrado y rígido que expulsa al paciente fuera de ella. De allí que aún teniendo la posibilidad, el paciente no logra más que pasar unos pocos

días de visita en el hogar, la visita del paciente a la casa es un motivo de queja para la familia y de descompensación para el paciente.

Según los entrevistados, las visitas por parte de los familiares al paciente internado son frecuentes y la asistencia a las reuniones que realiza la clínica también, aunque las primeras a partir de la nueva reglamentación son de dos veces por semana y las reuniones que se realizan una vez al mes son de carácter administrativo, únicamente para informar acerca de cuestiones reglamentarias y pedir permisos a los familiares.

En los casos de pacientes crónicos gerontes, con esquizofrenia cuya internación es de larga data, las visitas son escasas, así como también se expresa una demora de parte de los familiares en responder a los permisos que solicita la clínica para permitir que los pacientes realicen salidas o paseos.

Según los profesionales entrevistados el papel de la familia es importante a la hora de ayudar en la rehabilitación del paciente crónico y podría pensarse que la familia también contribuye a que suceda lo opuesto. Varios entrevistados expresan que las familias suelen actuar como factor de descompensación para estos pacientes, evidenciándose en la presencia de factores en el seno familiar que contribuyen a crear un clima familiar que empobrece la calidad de vida tanto del paciente como de los familiares mismos.

Todos los profesionales entrevistados implicados en el sector de pacientes crónicos han manifestado disponibilidad personal para realizar aportes ante la implementación de un abordaje complementario para trabajar con las familias de estos pacientes a partir de su experiencia y conocimientos.

Durante la entrevista semiestructurada con el director de la institución surgió la propuesta explícita de su parte de realizar algún abordaje complementario avocado a los familiares de pacientes con esquizofrenia. Según él estas familias son disfuncionales y suelen poseer escasa información respecto como manejarse con el familiar enfermo cuando va a casa, lo cual provoca conflictos y terminan devolviendo al paciente a la institución, aunque este se encuentre compensado y con posibilidades de vivir en el hogar.

Respecto a los proyectos realizados con anterioridad para las familias argumentó que estas concurrían motivadas a los abordajes psicoeducativos realizados sobre trastornos como psicosis o esquizofrenia. En relación a la modalidad de trabajo con la familia en la clínica el director coincidió con lo dicho anteriormente por profesionales del sector de crónicos: se busca formar una alianza con la familia para beneficiar el tratamiento y la rehabilitación del paciente, sin embargo señaló que la familia no siempre se involucra con la responsabilidad que le concierne.

En relación a la disponibilidad de tiempo y espacio que habría en la clínica para trabajar con los familiares de pacientes con esquizofrenia, el director dio una respuesta afirmativa, expresando que se hace tiempo y lugar para toda actividad que “sume” en la institución, sobretodo si es de relevancia para las necesidades actuales.

De los cinco familiares entrevistados, tres son mujeres y dos son hombres. Las edades de los mismos rondan en un promedio de cuarenta y cinco a cincuenta y cinco años. El nivel de escolaridad de todos los familiares es primario y secundario completo. Dos de ellos han realizado además carreras terciarias: uno de martillero público y otro de visitador médico. Los familiares internos presentan en tres casos primario completo y secundario incompleto. En los otros dos, primario y secundario completos.

Una de las mujeres y uno de los hombres entrevistados son hermanos de pacientes internos. Las dos mujeres y el hombre restantes son padres de los mismos.

Los pacientes cuyos familiares han sido entrevistados, tienen cobertura social privada para cubrir su asistencia en la clínica. Las edades de los respectivos pacientes rondan en un promedio de los veinte y los cuarenta años. Desde el primer diagnóstico de uno de ellos ha transcurrido aproximadamente diez años, en otros dos casos alrededor de un año y en los restantes no más de seis meses. Todos los pacientes han recibido tratamiento farmacológico desde el primer diagnóstico; es decir asistencia psiquiátrica y psicológica, fuera de la clínica hasta ser internados en la institución.

En función de los datos recabados a través de los cuestionarios a cinco familias de diferentes pacientes con esquizofrenia, se pudo observar que los familiares mantienen mayor contacto con psiquiatras, director y asistente social.

Los reglamentos para familiares y pacientes son conocidos por tres de los entrevistados y en dos casos se respondió que no se conocía ninguno de los reglamentos. Sin embargo los dos días en que se permite la visita al familiar interno son conocidos por todos los familiares abordados a través del cuestionario. A pesar de ello de cinco familias solo tres cumplen con la visita pautada de dos veces semanales, el resto asiste en menor medida.

Parecería circular escasa información relativa a los reglamentos para la familia y el paciente interno, así como también al carácter y al objetivo de las reuniones que organiza la clínica para los familiares. Hay mucha variabilidad en las respuestas al respecto: en dos casos no se conocen, en otro se les adjudica el carácter de terapéuticas, otro de administrativas y en el último caso de administrativas y terapéuticas. Solo dos familiares, de un total de cinco, respondieron asistir siempre a las reuniones que organiza la clínica, el resto respondió que lo hace excepcionalmente o nunca. Esto también podría ser atribuido a un no acabado conocimiento del objetivo para el cual la familia es convocada a dichas reuniones, razón por la cual podría disminuir el interés y la motivación por asistir a las mismas.

Lo mismo sucedería respecto a información relativa a la realización de abordajes psicoeducativos. Tres de las cinco familias admitieron no saber si en la institución se realizan charlas psicoeducativas con el objetivo de desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables en el plano psicológico. Los otros dos entrevistados negaron la realización de este tipo de abordajes.

Respecto a las visitas, todos los familiares respondieron conocer que el familiar interno tendría posibilidades de asistir de visita al hogar estando compensado. En dos ocasiones la respuesta es un día de visita en el hogar, el resto de un fin de semana, quince días y más tiempo. En dos casos se observa que el motivo asignado al retorno del familiar a la clínica no es válido, ya que es adjudicado al cumplimiento de un plazo de autorización médica. Otra de las respuestas atinentes al tema tiene que ver con un regreso por voluntad del paciente, luego por voluntad de la familia y en el último caso porque se descompensa en el hogar.

Se podría inferir una ausencia de conductas saludables al interactuar, en el seno familiar que tiende a mantener una solución estática ante la visita del paciente al hogar, cristalizando como solución su regreso a la clínica. Sin embargo, podría estar ausente una auténtica toma de conciencia al respecto,

por parte de los familiares, Solo un familiar entrevistado emitió una respuesta afirmativa en torno a la modificación del clima del hogar ante la visita del paciente, el resto negó observar cambios al respecto. Aunque la mayoría de los entrevistados asignaron como motivos del regreso del paciente identificado a la clínica su propia voluntad, la voluntad de la familia y descompensación, quedaría implícito que en ningún caso hay reconocimiento de que el regreso obedezca a causas relativas al contexto familiar.

En lo referente al tema de la comunicación familiar, ninguno de los entrevistados respondió comunicarse siempre, de manera óptima y entenderse perfectamente con el paciente identificado. Las respuestas giraron mayormente en torno a la opción de falta de entendimiento y pobre comunicación y dos familiares respondieron generalmente lograr comunicarse bien pero quedarse con la sensación de no poder expresar todo aquello que sienten o necesitan. Los familiares entrevistados apelaron a las mismas opciones cuando se les cuestionó acerca de la comunicación entre ellos y su familiar interno al momento de visitarlo en la clínica. De aquí se podría inferir que el déficit en la habilidad para comunicarse no solo estaría presente en el paciente identificado.

Las preguntas abiertas relativas a factores a mejorar tanto en el hogar como en la clínica para favorecer la comunicación no fueron respondidas por tres familiares, atribuyendo no saber sobre el tema. Se haría evidente la escasez de información de la que disponen los familiares en relación a la comunicación. Otro entrevistado propuso la necesidad de alguien en la clínica con quien hablar para motivar a su familiar interno, más compañerismo para evitar que se aisle. El último entrevistado respondió que en la clínica sería bueno más afecto y menos frialdad. De alguna manera, la responsabilidad que concierne a los familiares respecto a conductas mantenedoras del problema y de acceso a cambios favorables en la relación con el paciente identificado, sería por un lado derivada a la institución y por otro desconocida.

Tres de los familiares internos de los entrevistados hace un año o más tiempo que ingresaron a la clínica por primera vez y el mismo período de tiempo que permanecen allí internados estando compensados. Los familiares de dichos pacientes aludieron como causas del regreso del paciente a la clínica su propia voluntad, voluntad de la familia y cumplimiento del plazo de autorización médica. Además, en estos casos, la permanencia del familiar de visita en el hogar no sobrepasa el fin de semana.

Los otros dos pacientes hace menos de un mes que hicieron su ingreso y permanecen allí internados y sus familias son los que mayormente cumplen con las dos visitas permitidas a la clínica y en los que se observan períodos de visitas más extensos y frecuentes al hogar por parte del familiar interno (quince días y más tiempo). En una de estas dos familias el regreso del paciente a la clínica se daría porque este se descompensa en el hogar, mientras que en la otra el regreso se adjudicó a un cumplimiento de autorización médica.

Ninguna de las familias entrevistadas afirmó tener relación con otras familias de pacientes con esquizofrenia internados en la institución. Es decir que no tienen actualmente la posibilidad de sentirse más contenidos a través de una experiencia conjunta en la que en compañía de otros familiares, en su misma condición, puedan compartir, transmitir y expresar sus experiencias e inquietudes.

Todos los familiares de los distintos pacientes con esquizofrenia internos en la clínica, afirmaron como necesaria la creación de un espacio

especialmente dedicado a ellos.

En la mayoría de los entrevistados habría disponibilidad total para asistir y participar de estos abordajes dedicados a las inquietudes y temáticas concernientes a la familia de pacientes esquizofrénicos, internos, excepto uno de ellos que afirma no saber por cuestiones horarias.

A partir de las sucesivas entrevistas realizadas a profesionales de la clínica y de los servicios más involucrados en el sector de pacientes crónicos ; así como también de las conclusiones que arrojan los cuestionarios administrados a los familiares de pacientes con esquizofrenia, se infiere que sería pertinente abordar a la familia a través de un programa psicoeducativo en el cual los familiares de miembros institucionalizados con diagnóstico de esquizofrenia crónica puedan ,a través del aprendizaje de habilidades de comunicación acceder a una mejor en su calidad de vida y contribuir con el proceso de revinculación entre paciente - familia - institución iniciado en la clínica. También encuentro pertinente para tal fin incluir en dicho abordaje un espacio en el cual pueda circular formalmente, previa conformación de cronograma mensual, información actualizada acerca de reglamentos, cuestiones legales, actividades, reuniones, talleres, charlas psicoeducativas y sus respectivos objetivos para dar a conocer a estas familias.

Este abordaje se inscribiría como un complemento, en el marco global en el que se insertan las actividades que hacen al proceso de rehabilitación y revinculación entre familia - paciente - institución al que se orienta la clínica desde hace aproximadamente un año.

4.2. Resultados Diagnósticos (FODA).

Gache y Otero, plantean una modalidad de diagnóstico compuesta por cuatro ejes: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. La misma 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 Philip Pinel es una institución de larga data (1978) 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, considero 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 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 atinente 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. Por otra parte, los familiares cuyo familiar interno no habían sido enviados a la institución a través del PAMI se mostraron disponibles e interesados a nivel personal en el caso de que se inicie algún abordaje en la clínica que los involucre.

Se ha establecido durante el último año, 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 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 desde el año 2006. Además se vienen realizando reformas internas para mejorar su organización y servicio 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 recientemente según patologías y se han realizado reformas atinentes al reglamento para pacientes y familiares. El objetivo de esta modificación se orienta a una mejora en la calidad de su funcionamiento.

Oportunidades.

La clínica Philip Pinel tiene la oportunidad de ser actualmente la única institución neuropsiquiátrica en la ciudad de Río Cuarto y sus alrededores abocada al tratamiento de distintas patologías psiquiátricas, tanto agudas como crónicas. Esta ofrece dos alternativas terapéuticas: Residencial (internado) y ambulatorio.

Como empresa, podría decir que la clínica Phillip Pinel tiene la oportunidad de acaparar el mercado en la ciudad de Río Cuarto y la zona, ya que al no haber otra clínica psiquiátrica, 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.

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 los pacientes con esquizofrenia, con una mayor probabilidad de obtener resultados consistentes dado el respaldo del contexto familiar.

Debilidades.

Actualmente la clínica no se encuentra dotada de capacidad física suficiente para retener a todos los pacientes que requieren de internación. Si bien se están realizando los reacondicionamientos edilicios y organizativos necesarios; no se ha enfocado en una previa labor de adaptación al cambio para los pacientes que ya se encontraban internos y para aquellos que ingresaban, enviados desde la clínica Santa Cecilia.

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.

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. Esto habría sido manifestado a través de los cuestionarios realizados a dichas familias.

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.

4.3. Consideraciones éticas.

El director de la institución ha otorgado la autorización para ingresar en la misma, como así también para entrevistar al personal que allí trabaja y a los familiares de pacientes internos en la institución.

Según lo que establece el código profesional de psicología, se solicitó el consentimiento personal de cada uno de los encuestados, con la explicitación del objetivo de las entrevistas y cuestionarios; dándoles la opción a libre elección de participar en los mismos. Se explicitó al encuestado su 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. Su identidad ha sido preservada, debido a que la información indagada es de implicancia institucional. Así, los cuestionarios y entrevistas aplicados son 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.

Capítulo V.

5. Proyecto de Aplicación Profesional.

5.1. Tipo de estudio.

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.

En este caso se apunta a la implementación de un abordaje psicoeducativo en habilidades de comunicación para grupos de familiares de pacientes con esquizofrenia, internos en la Phillip Pinel. Se apuntaría a psicoeducar sobre habilidades de comunicación que efectivicen las interacciones de los participantes, se tomó a la familia en su potencial terapéutico, para actuar a favor de la mejora en su calidad de vida e indirectamente en la del paciente. Además se llevaría a cabo una reunión informativa mensual acerca de temas institucionales donde se actualice información para las familias.

Este abordaje ha sido propuesto porque podría actuar de complemento con la tarea iniciada en 2006 por el asistente social, Sergio Martínez, de revinculación 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.

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.

Las familias de pacientes con esquizofrenia, internos en la clínica se encuentran actualmente desprovistas de un espacio necesario, que se dedique a abordar de manera psicoeducativa temáticas relativas a la comunicación y que permita desarrollar habilidades y fortalecer capacidades para mantenerse saludables desde el punto de vista psicológico.

En otro plano, se ha manifestado repetidamente que la clínica necesita mayor espacio para la internación de pacientes. Para ello es necesario que las interacciones disfuncionales en el hogar, que pueden implicar escasa información y práctica por parte de los familiares de modos saludables de comunicarse, no terminen devolviendo al paciente a internación.

A través de la reunión informativa mensual se posibilitaría satisfacer la necesidad que manifiestan los familiares entrevistados de mantenerse informados y actualizados acerca de actividades y temas que conciernen al funcionamiento del sistema de salud. Además, de esta manera, se estaría fomentando un reconocimiento como parte integral en lo que atañe al proceso de salud - enfermedad, por parte de los familiares participantes.

Se presta en la oportunidad para desarrollar una intervención de acuerdo a problemáticas planteadas y en trabajo conjunto con profesionales que ya se encuentran trabajando en la clínica y mantienen contacto estrecho con estas familias.

Cabe tener en cuenta que la institución presenta recursos de tiempo, espacio y materiales, junto con la disponibilidad necesarios por parte de profesionales y familiares entrevistados para llevar a cabo la intervención que aquí se plantea.

5.2. Modalidad de intervención.

La idea se formula para ser concretada en la institución de la cual se desprende la demanda: Phillip Pinel.

Se fundamenta en la idea de que las familias de pacientes con esquizofrenia internos en dicha institución, a través de talleres psicoeducativos en habilidades de comunicación tengan la posibilidad de aumentar sus capacidades para desarrollar interacciones más saludables en el seno familiar.

Se trabajará con grupos multifamiliares conformados por un máximo de diez personas para optimizar recursos. Se habilitará la inclusión de familiares de pacientes con esquizofrenia de diferentes edades que se encuentren interesados en participar del taller propuesto. Los participantes de mismo estarán agrupados según edad y nivel sociocultural. También se requerirá que el familiar interno de los participantes que conformen cada grupo, presente tiempo de internación y edades homogéneas entre sí. De esta manera, se pretende optimizar el impacto para el cambio en el contexto familiar del paciente con esquizofrenia. 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 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.

5.3. Cronograma.

El total de duración del presente proyecto es de diez meses y medio. Los encuentros se desarrollarán con una frecuencia quincenal (2º y 4º sábado de cada mes), con una duración de 2 horas aproximadamente por cada encuentro.

Una vez al mes se llevará a cabo una reunión informativa, de una hora de duración a cargo del director, con la colaboración del asistente social, con el objetivo de informar a las familias acerca de cronogramas de actividades e información actualizada acerca de todo lo que concierne a la institución.

5.4. Planificación.

Se proporcionarán los contenidos relativos al taller gradualmente 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 dividido en cuatro módulos principales. Cada módulo se encontrará dividido en segmentos, de una duración de dos 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 completo lleve siete meses de duración, conformado por un total de veinte encuentros con los 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 importancia de la realización de tareas asignadas para el hogar; apuntando a obtener un compromiso por parte de los miembros de las familias. 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.

5.5. Lugar: contexto institucional, clínica.

5.6. 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 cinco familiares de pacientes con esquizofrenia.

El director de la institución y asistente social coordinarán la reunión informativa mensual.

5.7. Recursos materiales.

Espacio físico: salón que funciona destinado para ateneos abiertos a la comunidad, dotado de sillas, mesas e instalaciones eléctricas.

Instalaciones eléctricas.

Material didáctico:

1	Pizarra chica.
2	Marcadores.
11	*Colchonetas.
10	Cuadernos de notas.
10	Lapiceras.
90	Hojas de ejercicios.
70	Hojas de tareas para el hogar.

Material técnico.

1	*Reproductor de CD.
1	Disco compacto de música instrumental
1	DVD de película.

*Dichos recursos son facilitados por la institución.

5.8. Honorarios: contempla el salario del psicólogo a cargo. Se pretende cobrar \$ 2.954.50 de honorarios por el total del programa a razón de \$ 140 pesos por encuentro.

5.9. Presupuesto general en materiales.

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra.	\$50.00
2	Marcadores.	\$7.00
10	Cuadernos de notas.	\$70.00
10	Lapiceras.	\$15.00
70	Hojas de tareas para el hogar.	\$105
90	Hojas de ejercicios.	\$135
1	CD de entrevistas.	\$2.00
1	DVD de película.	\$2.00
1	CD de música instrumental	\$2.00
Total		\$388

5.10. 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.

Encuentro	Costo
1º	\$270.00
2º	\$142.00
3º	\$140.00
4º	\$140.00
5º	\$140.00
6º	\$141.50
7º	\$141.50
8º	\$141.50
9º	\$140.00
10º	\$143.00
11º	\$143.00
12º	\$140.00
13º	\$142.00
14º	\$141.50
15º	\$141.50
16º	\$140.00
17º	\$141.50

Encuentro	Costo
18º	\$141.50
19º	\$143.00
20º	\$140.00
Total	\$2.954.50

Capítulo VI.

6. Programa de talleres: “Aprendiendo a comunicarnos”.

6. 1. Encuentro 1:” introducción”.

Vicente Caballo (2000), plantea como estrategia para el inicio de actividades de grupo el ejercicio propuesto a continuación, que funciona como eje introductorio del taller.

Objetivos.

- Presentar a los participantes al grupo y a los miembros del equipo (profesional y colaboradores).
- Introducir y explicitar las características generales del programa a desarrollar.
- Explicitar por parte de los participantes, expectativas respecto del programa.
- Generar un aumento en la toma de conciencia respecto al compromiso personal para con la participación en el programa.
- Introducir un clima relajado y de diálogo entre los participantes.

Actividades.

- 1) Psicólogo a cargo se presenta e introduce al resto del equipo colaborador.
- 2) Los participantes en ronda darán sus nombres.
- 3) Los participantes se agruparán en parejas. 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) Se le entregará a cada participante un cuaderno de notas con una lapicera para utilizar durante los sucesivos encuentros.
- 5) Los participantes escribirán individualmente acerca de las expectativas que les genera el programa: sentimientos y pensamientos referidos.
- 6) El psicólogo informará a los participantes acerca de los objetivos que se pretenden alcanzar a través del programa y sobre las expectativas de compromiso de todo el equipo respecto de los participantes.

Presupuesto.

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra chica	\$ 50.00
2	Marcadores	\$7.00
10	Hojas de ejercicio	\$1.50
10	Lapiceras	\$1.50
10	Cuadernos de notas	\$70
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$270

Equipo: psicólogo a cargo y practicantes de psicología.

6.2. Encuentro 2: “darse cuenta”.

Vicente Caballo (2000), plantea la relevancia de mirar en principio que es lo que cada persona quiere lograr, considerando las respectivas consecuencias de la conducta, a corto y largo plazo y en consonancia con el respeto hacia los derechos interpersonales.

Objetivos.

- Determinar, por parte de participantes, objetivos personales vinculados al aprendizaje de habilidades sociales.
- Observar por parte de los participantes, ejemplos de experiencias resultantes en personas que han participado de programas que han abordado el tema de las habilidades sociales.
 - Facilitar el “darse cuenta” de la responsabilidad personal implicada en las acciones que se llevan a cabo.
 - Motivar a los participantes y reforzar autopercepciones de eficacia relativas al aprendizaje de habilidades sociales a través de la observación de consecuencias beneficiosas enunciadas por los entrevistados en el video.
 - Generar expectativas positivas en los participantes, relativas a la influencia del programa en lo que hace a una mejora en la calidad de vida.

Actividades

1) El psicólogo realizará una apertura del módulo, haciendo una introducción al tema “el darse cuenta”: “se trata de saber lo que uno quiere y de ahí en más considerar las consecuencias de lo que hacemos a corto y largo plazo, respetando a su vez los derechos interpersonales. Implica poder mirar primero dentro de uno mismo, antes de mirar alrededor para ver que es lo que los demás quieren o esperan de uno” (Caballo, 2000).

2) Se pedirá a los participantes que anoten en el cuaderno de notas los objetivos personales relativos al programa.

3) Se solicitará a los participantes que los pongan en común con el grupo.

4) Se presentará a los participantes un video con entrevistas realizadas a personas que ya han participado en un programa de abordaje de habilidades sociales. Se mostrarán entrevistas con preguntas orientadas a: atractivos del curso, satisfacciones y beneficios observados luego del aprendizaje de habilidades sociales, el valor personal atribuido a la experiencia de aprendizaje, posibles riesgos de implementar conductas socialmente habilidosas e implicaciones positivas de llevar a cabo dichas conductas.

5) Se hará una puesta en común de conclusiones extraídas de lo observado en el video.

6) Se pedirá a los participantes que en el próximo encuentro asistan con ropa cómoda, tipo deportiva.

Presupuesto.

Cantidad	Materiales	Importe
1	Televisor	*
1	Reproductor de DVD	*
1	Disco compacto de entrevistas	\$ 2.00
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$142

* Facilitado por la institución.

Equipo: psicólogo a cargo.

6. 3. **Módulo 1: “habilidades de proceso”.**

Objetivos:

- Facilitar a los participantes el aprendizaje y puesta en práctica de habilidades de proceso conductuales (componentes verbales y no verbales), cognitivas y fisiológicas para su posterior generalización al contexto próximo.
- Facilitar a los participantes la emisión de señales verbales y no verbales congruentes para la consecución de un desempeño interpersonal eficiente.
- Facilitar en los participantes la identificación de la manera en que sus conocimientos, expectativas, creencias y estereotipos pueden obstaculizar o favorecer un desempeño social satisfactorio.
- Aportar al sistema de creencias bases que se enfoquen en el respeto por los derechos personales y de los demás.
- Facilitar la distinción por parte de los participantes de los derechos interpersonales y aumentar la toma de consciencia respecto a su relevancia.
- Generar opciones para los participantes, a través del aprendizaje, para afianzar el respeto por los derechos interpersonales.
- Enseñar a los participantes a iniciar procedimientos que les permitan relajarse ante situaciones sociales que les generan ansiedad.
- Identificar y comprender la influencia de pensamientos automáticos y diálogos internos respecto de la ansiedad por parte de los participantes.
- Facilitar el aprendizaje, por parte de cada participante, en lo que hace a la identificación de síntomas más usuales ante situaciones sociales generadoras de ansiedad y favorecer su manipulación a partir de la presente técnica de relajación física.
- Aprender a identificar el grado de ansiedad experimentado en determinadas situaciones sociales por parte de los participantes.
- Facilitar la comprensión los participantes acerca del grado de influencia de la interpretación personal de los acontecimientos (pensamientos automáticos y diálogos internos), en lo que hace al desenvolvimiento en las relaciones sociales.
- Favorecer en los participantes la elección de conductas que aseguren resultados deseados y la evitación de los no deseados.

6.3. 1. Encuentro 3: “componentes conductuales de la habilidad social”.

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

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”.

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 instruirá a los participantes acerca de la implicancia de la apariencia personal y el atractivo físico en las interacciones sociales: “la apariencia personal y el atractivo físico tienen un papel muy importante en la impresión que causamos en los demás. La apariencia personal, es indicadora de cómo nos vemos a nosotros mismos y de cómo quisiéramos que nos traten”.

6) 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 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.

Consigna: en grupos de dos personas, 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.

Presupuesto.

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra chica	✓
2	Marcadores	✓
10	Lapiceras	✓
10	Cuadernos de notas	✓
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$140

Equipo: psicólogo a cargo.

6.3.1. A. Encuentro 4: “señales paralingüísticas”.

Actividades:

1) Se instruirá a los participantes acerca de la implicancia de las señales paralingüísticas en la interacción social: lo paralingüístico se refiere a aquellas señales vocales capaces de comunicar mensajes por sí mismas (silbar, suspirar; etc.); otras están relacionadas con su contenido verbal: volumen, tono, timbre, claridad, velocidad, énfasis, fluidez, las pausas y vacilaciones (Wilkinson y Canter, 1982). Las señales vocales influyen en el significado de lo que se dice y la recepción del mensaje. La gente se puede formar juicios de los demás a partir de señales vocales. Los elementos paralingüísticos dependen del contexto en que se emiten.

Latencia del habla: es el intervalo de tiempo establecido entre la finalización de una oración por parte de una persona y la iniciación de otra oración por una segunda persona. Las latencias largas se perciben como indicadoras de pasividad. Se pueden incluir frases cortas, comentarios para reducir la latencia. Las interrupciones serían percibidas como indicadoras de agresividad. (Borraem y Flowers, 1978). Una persona hábil socialmente deja que la otra persona finalice su frase o idea a menos que su objetivo sea finalizar la conversación.

Volumen de voz: la función del volumen de la voz sería que la frase emitida llegue a oídos del oyente. Un volumen demasiado bajo de voz puede tomarse como indicador de tristeza; mientras que uno alto como indicador de dominio, extraversión, seguridad. El volumen adecuado debería ser moderado y con ciertas variaciones en el mismo para mantener la atención del oyente.

Timbre, tono e inflexión de la voz: el timbre de voz hace referencia a la resonancia de la misma. Las voces resonantes se consideran de mayor atractivo que las finas y/ o nasales. El tono e inflexión de la voz comunican sentimientos y emociones.

Una inflexión débil, con un tono bajo pueden indicar aburrimiento o tristeza. Según Caballo (2000), se percibe a la gente como más dinámica y extravertida si utiliza una inflexión y tono variados. Bajando el tono además se expresa la finalización de un tema y elevándolo la formulación de una pregunta.

Perturbaciones del habla: se refiere a vacilaciones, repeticiones que causan en el oyente la impresión de inseguridad, incompetencia, escaso interés o ansiedad. Hay tres clases de perturbaciones del habla: períodos de silencio excesivos, empleo excesivo de palabras de relleno durante pausas y las repeticiones, omisiones, tartamudeos y pronunciaciones fallidas.

Tiempo del habla: en ambos extremos, el tiempo del habla indicaría una baja habilidad social.

Claridad del habla: ciertos patrones del habla pueden resultar desagradables para el oyente: chapurreo o arrastrar las palabras. El chapurreo puede indicar impaciencia y el arrastrar palabras aburrimiento.

Velocidad del habla: según Knapp (1982), la velocidad normal del habla sería de 125 a 190 palabras por minuto. La comprensión comenzaría a disminuir cuando la velocidad se encuentra entre los 275 a 300 palabras por minuto.

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 las señales paralingüísticas son empleadas 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 en la interacción. 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.

Consigna: En grupos de dos personas, 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.

Presupuesto.

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra chica	✓
2	Marcadores	✓
10	Lapiceras	✓
10	Cuadernos de notas	✓
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$140

Equipo: psicólogo a cargo.

6.3.1. B. Encuentro 5: "la conversación".

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.
- *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.

Consigna: En grupos de dos personas, 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.

Presupuesto.

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra chica	✓
2	Marcadores	✓
10	Lapiceras	✓
10	Cuadernos de notas	✓
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$140

Equipo: psicólogo a cargo.

6.3.2. Encuentro 6: “componentes cognitivos de la habilidad social”.

Actividades:

1) Se instruirá a los participantes acerca de la implicancia del conocimiento en la interacción social: “es fundamental conocer las normas de la cultura que regulan nuestro comportamiento. hábitos y valores, que tipo de rol ocupamos en las interacciones sociales porque nos permite reconocer las respuestas adecuadas esperadas del mismo, autoconocerse porque permite ajustar nuestro comportamiento si es necesario y conocer el ambiente en que nos manejamos habitualmente. Si bien un ambiente determinado puede conservarse con atributos permanentes, las situaciones que se den en él pueden modificarse. Es necesario poder discriminar dichos cambios, leerlos, para modificar en consecuencia nuestro comportamiento. A su vez, cada ambiente particular presenta atributos particulares como: de formalidad (la comunicación pierde libertad y profundidad), de calidez (cuando el ambiente estimula la propensión a quedarse, sentirse relajado y la comunicación personal es espontánea y eficaz), de privacidad (se favorece una menor distancia al hablar, mayor amplitud, profundidad temática y espontaneidad), de familiaridad (ambiente en el que son conocidas las respuestas aceptables, por lo tanto las personas tenderían a una comunicación más flexible que en un ambiente extraño), de restricción: (la reacción de una persona hacia un lugar se basa en su percepción acerca del grado de facilidad con el que es posible abandonar el lugar. La intensidad con la que es posible percibir la restricción de un ambiente se relaciona con el espacio y con el grado en que el ambiente es privado), de distancia (se refiere al grado de proximidad / distancia en que el contexto fuerza al sujeto a desarrollar la comunicación con otro. La eliminación de barreras que indiquen distancia facilitan una comunicación más íntima).

2) Se instruirá a los participantes acerca de la implicancia de expectativas, creencias y estereotipos en la interacción social: “nuestras expectativas influyen en los actos que llevamos cabo. Los resultados que esperamos en situaciones determinadas, dependerán en gran parte de los juicios que desarrollemos sobre la eficacia con que consideramos podemos llevarlos a cabo.

Las creencias filtran la nueva información receptada y aquellos acontecimientos que no concuerden las mismas pueden ser negados o distorsionados. La generalización inadecuada sería una fuente que produce creencias disfuncionales. Se pueden sobregeneralizar experiencias desagradables a acontecimientos inocuos.

Los estereotipos son imágenes que categorizan a los individuos, instituciones y a los acontecimientos. Existen algunos estereotipos inadecuados que categorizan a las personas de ciertas razas y clases sociales. Los mismos pueden desviar nuestra interpretación de una situación y/o del comportamiento de otro, generando una evaluación equivocada al respecto y afectando de manera negativa a nuestro desempeño social.”

3) Se entregará a cada participante una hoja de ejercicios.

Consigna: piensa en una situación de interacción social que frecuentemente te genere incomodidad. Luego realiza un listado especificando en que tipo de ambiente se suscita, las creencias, expectativas y sentimientos relativos a la situación y/o la otra persona y la acción que llevas a cabo en ese momento.

4) Cada participante expondrá su listado en voz alta. El psicólogo apelará a la reestructuración cognitiva implementando la técnica de detención del pensamiento, con cada uno de los participantes.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra chica	✓
2	Marcadores	✓
10	Lapiceras	✓
10	Cuadernos de notas	✓
10	Hojas de ejercicios	\$ 1.50
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$141.50

Equipo: Psicólogo a cargo.

6.3.2. A. Encuentro 7: “los derechos interpersonales”.

Vicente Caballo (2000), señala que el aprendizaje de los derechos interpersonales constituye una habilidad primaria para poder acceder a una mayor habilidad social. Asimismo, Jakubowski (1973), postula la importancia de desarrollar en las personas sistemas de creencias que ayuden a sostener una actuación socialmente habilidosa.

Actividades.

1) Se presentará a cada participante una hoja con los derechos interpersonales derivados de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como la que sigue a continuación (Kelley,1979;Lange y Jakubowski,1976):

- Derecho de ser tratado con respeto y dignidad.
- Derecho de tener opiniones y expresarlas.
- Derecho de ser oído y tomado en serio.
- Derecho de estar solo cuando se lo desee.
- Derecho de experimentar y expresar los sentimientos propios.
- Derecho de defender a quien no es respetado.
- Derecho de defender la vida y la naturaleza.
- Derecho de hacer menos de lo que se es capaz de hacer.
- Derecho de cambiar de opinión.
- Derecho a solicitar información.
- Derecho de obtener aquello por lo que pagas.
- Derecho de tener necesidades propias y satisfacerlas.
- Derecho de rechazar pedidos cuando se lo considere conveniente.
- Derecho de cometer errores por ignorancia y de intentar reparar el daño ocasionado.
- Derecho de tener necesidades propias y considerarlas tan importantes como las de las demás personas.
- Derecho de hacer cosas mientras los derechos de otros no sean violados.
- Derecho a decidir que hacer con el propio cuerpo, tiempo y propiedades.

Consigna: identifica tres derechos de la lista que reconozcas como cumplidos con menor frecuencia. Ejemplifica por escrito, individualmente, alguna situación de la vida cotidiana dentro del seno familiar en la que no sea respetado alguno de los tres derechos elegidos.

Responde: ¿en tal situación, que opción se podría llevar a cabo para hacer que tal derecho se respete?.Se planteará al grupo la situación elegida por cada participante y se generará una lluvia de ideas al respecto.

2) El psicólogo dará reforzamiento verbal positivo hacia aquellas tareas ejecutadas con éxito y retroalimentación correctiva, en un lenguaje comprensible y claro, en caso de que sea necesario.

3) Se informará a los participantes que asistan al próximo encuentro con ropa cómoda, tipo deportiva.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
10	Hojas de derechos interpersonales	\$ 1.50
	Honorario del psicólogo	\$ 140
	Total	\$141.50

Equipo: psicólogo a cargo.

6.3.3. Encuentro 8: "componentes fisiológicos de la habilidad social".

Vicente Caballo (2000), plantea que un individuo con elevados niveles de ansiedad puede no razonar con claridad, generando distorsiones en la información que receipta. De allí se infiere la importancia de que cada participante pueda reconocer los posibles síntomas de ansiedad que presenta ante situaciones sociales determinadas y de esta manera facilitar el control sobre ellos.

Actividades.

1) Es necesario que los participantes estén informados acerca de los síntomas de ansiedad. Para ello se le entregará a cada participante una hoja con los posibles síntomas que expresan ansiedad, confeccionada por Cotler y Guerra (1976):

1. Temblor en las rodillas.
2. Brazos rígidos.
3. Rascarse, frotarse.
4. Movimiento limitado de manos.
5. Temblor en las manos.
6. Sin contacto ocular.
7. Tensión en los músculos de la cara.
8. Inexpresión facial.
9. Palidez facial.
10. Rubor en la cara.
11. Humedecerse los labios.
12. Tragar saliva.
13. Respirar con dificultad.
14. Cambios de ritmo en la respiración.
15. Sudar.
16. Tartamudeos o frases entrecortadas.
17. Aligerar el paso.
18. Balancearse.
19. Arrastrar los pies.
20. Despejar la garganta.
21. Boca seca.
22. Dolor o acidez e estómago.
23. Aumento de la tasa cardíaca.
24. Balanceo de piernas y/o pies.
25. Morderse las uñas.
26. morderse los labios.
27. Sentir nauseas.
28. Sentir mareos.
29. Sentir ahogo.
30. Sentirse inmobilizado.
31. No saber que decir.

2) Se le dará diez minutos a cada participante para que repase la lista e identifique en ella síntomas más frecuentes suscitados en situaciones tensas.

3) Se procederá a instruir a los participantes en el “método de relajación progresiva de Jacobson” (1982), en la que se utilizan ejercicios basados en la tensión y relajación de músculos para conseguir la relajación total del individuo.

Consigna: cada grupo de músculos enunciado a continuación se tensa, durante diez segundos, y luego se relaja. A continuación se repite esta secuencia con el mismo grupo de músculos. Así, las sensaciones de relajación van intensificándose. Luego se procede de la misma forma con el resto de los grupos musculares. Cada vez que se tensa se mantiene la respiración y cuando se afloja se suelta el aire.

Manos: se aprietan los puños. Luego se sueltan.

Antebrazo: se doblan los dos brazos por el codo y se aprieta el antebrazo contra el brazo, luego se distienden.

Brazos: se ponen los brazos rectos, con manos sueltas, estirados hacia delante, luego se vuelven a relajar.

Hombros: se alzan hacia arriba, luego se sueltan.

Parte posterior del cuello: se aprieta la barbilla contra el pecho, se vuelve la cabeza a posición inicial.

Nuca: se colocan las manos sobre la nuca y se las utiliza como punto de apoyo, se vuelve la cabeza hacia atrás y luego se vuelve a la posición inicial.

Frente: se alzan las cejas hacia arriba arrugando la frente, luego se alisa la cara.

Ojos: se aprietan los párpados, luego se distienden.

Boca: se abre la boca tanto como se pueda, luego se aprietan los labios y después se relaja.

Mandíbulas: se aprietan las mandíbulas, luego se ablandan.

Lengua y parte inferior del cuello: se presiona con la punta de la lengua la parte superior del paladar, donde se junta con los dientes superiores, luego se relaja.

Pecho: se toma aire por la nariz, se mantiene en el pecho, luego se exhala lentamente por boca.

En posición acostada:

Abdomen: se empujan hacia delante los músculos abdominales, luego se afloja.

Nalgas: se empujan hacia adelante las nalgas con las caderas y luego se relaja.

Muslos: se extienden las piernas, se levantan y estiran hacia arriba, luego se afloja.

Pantorrillas: las piernas van extendidas, con los dedos en los pies apuntando en dirección recta.

Pies: se curvan y tensan los dedos hacia abajo y luego se estiran hacia arriba.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
11	Colchonetas	*
10	Hojas de ejercicios	\$1.50
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$141.50

* Facilitado por la institución.

Equipo: psicólogo a cargo.

6.3.3. A. Encuentro 9: "los pensamientos automáticos"

Vicente Caballo (2000), señala la utilidad de mostrar a los participantes la manera en que los pensamientos automáticos influyen en los sentimientos, pudiendo llevar a experimentar una elevada ansiedad ante determinadas situaciones sociales.

Actividades.

1) Durante la primera hora del encuentro se realizará la puesta en común de la tarea para el hogar prescrita en el encuentro previo acerca de conductas asertivas. El psicólogo a cargo dará refuerzo positivo a los participantes sobre las tareas ejecutadas con éxito. Este consistirá en expresiones verbales de reconocimiento, claras y comprensibles. También brindará retroalimentación correctiva sobre la tarea, en caso de que sea necesario.

2) Se Instruirá verbalmente a los participantes acerca de la utilización de la escala SUDS (Unidades subjetivas de ansiedad) de Cotler y Guerra, 1976: se solicitará a los participantes que se sienten en ronda para aplicar una técnica de reestructuración cognitiva.

Consigna: "ya habíamos identificado los síntomas que tenemos cuando nos sentimos ansiosos ante ciertas situaciones sociales.

Ahora...vamos a cerrar los ojos, tomamos aire por nariz soltamos lentamente por boca...

Cada uno de ustedes va a imaginar que se encuentra completamente relajado, como podría ser cuando flotan en el agua, descansan. (Pausa). A esta manera de sentirse le pondremos una puntuación cero. Ahora imagina que estás en una situación en la que tu ansiedad es extrema. Imagínate como te sientes. Tus manos pueden estar frías y con temblores, puedes sentirte acalorado o mareado. Una situación semejante podría ser el estar ante una fatalidad como el accidente de algún conocido o algún otro tipo de fatalidad que te haya ocurrido en los últimos tiempos. (Pausa). Da una puntuación de 100 para la manera en que te sientes en esta situación.

Ahora imagina una escala que vaya de 0, que es el estado en el que te encuentras completamente relajado hasta 100 que es totalmente tenso, ansioso".

3) Se llevará a cabo un ejercicio planteado por Wessler (1983), a partir de la siguiente consigna: "Con los ojos cerrados, inspiramos nuevamente, retenemos el aire por un momento...ahora vamos soltándolo lentamente por boca. Nos mantenemos relajados y livianos con los ojos cerrados. Voy a pedirles que cada uno piense en algo secreto...Quizás puede ser algo que hayas hecho en el pasado, o algo actual; como un hábito secreto.¿ estás pensando en eso?. Bien, podemos abrir los ojos... ahora voy a pedir que alguno de ustedes diga en voz alta lo que está pensando y que lo describa en detalle (pausa corta).

Seleccionaré a alguien (pausa y mirada en dirección a los

participantes). Ya se a quien elegir (Pausa) Pero, antes de decir su nombre permítanme que les pregunte:¿qué están sintiendo en este momento?¿qué puntaje de la escala SUDS se darían?”.

4) Una vez obtenidas las respuestas, el psicólogo introducirá a los participantes el tema de los pensamientos automáticos: “vemos que es el pensamiento de hacer algo y no el hecho de hacerlo realmente lo que determina a estos sentimientos que decían sentir en este momento. Así, vemos como nuestras reacciones pueden estar determinadas por nuestras suposiciones y pensamientos automáticos en muchas circunstancias. Entonces la ansiedad que sentimos no sería provocada por la situación en sí, sino por la interpretación que nosotros hacemos de esa situación. De lo contrario, si una situación determinada pudiera dar como resultado una consecuencia fija, todas las personas reaccionarían de la misma forma. El problema es que las creencias que influyen en nuestra interpretación de los hechos, a veces son equivocadas (irracionales) y no favorecen nuestro buen desenvolvimiento con las personas. Es importante aprender a distinguir entre creencias racionales e irracionales”.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
11	Colchonetas	*
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$140

* Facilitado por la institución.

Equipo: psicólogo a cargo.

6.4. Módulo 2: “empatía y expresión de sentimientos positivos”.

Encuentro 10.

Kelly (1987), plantea a la adecuación afectiva como la manifestación, durante la conversación, de calidez, cordialidad, interés; etc. Dependiendo del suceso que esté siendo relatado por el otro. La inadecuación afectiva, se refiere a la no adecuación de dichas manifestaciones con el contenido de la conversación y a la ausencia de las mismas. Según el autor, los pacientes con esquizofrenia manifiestan a menudo un afecto monótono que les hace parecer poco interesados en los demás.

Objetivos:

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

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 (Del Prette 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.

Consigna: identifica en la lista que maneras de expresar afecto utilizas con mayor frecuencia en tu hogar.

- Expresión verbal.
- Autorrevelación: expresar intimidades.
- 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.

Consigna: con el colaborador "X" llevaremos a cabo una puesta en escena en la que se manifestarán conductas empáticas y de expresión abierta de sentimientos positivos. Observa y registra las maneras en que dichas conductas se manifiestan. Luego, expone al grupo las observaciones registradas.

4) Se solicitará a los participantes la realización de un rol - play 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 descrita.

- 5) Se entregará a cada participante una hoja de ejercicios.

Consigna: de a pares se escenifica una situación análoga a la presentada previamente, de 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.

Consigna: realiza un autoregistro por escrito acerca de una situación de la vida cotidiana en la que elijas expresar empatía y sentimientos positivos hacia un familiar, especificando: la situación en la que te encuentras en ese momento, el pensamiento relativo a la misma,

los sentimientos experimentados, la acción llevada a cabo en consecuencia (que se dijo y que se hizo) y los sentimientos posteriores a la concreción de la acción. Además, deberás registrar que observaste en la otra persona a partir de las nuevas respuestas emitidas. La tarea será puesta en común en el siguiente encuentro.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra chica	✓
2	Marcadores	✓
10	Cuadernos de notas	✓
10	Lapiceras	✓
10	Hojas de ejercicio	\$1.50
10	Hojas de tareas para el hogar	\$1.50
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$143

Equipo: psicólogo a cargo.

6.5. Módulo 3: “Habilidades conversacionales”.

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 y/o albergan creencias irracionales que constituyen un obstáculo para tal fin.

Objetivos:

- Facilitar el inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones a partir de la adquisición de herramientas para tales fines por parte de los participantes.
- Facilitar a los participantes maneras alternativas de iniciar conversaciones, fomentando la capacidad del individuo de construir activamente conductas habilidosas.
- Identificar ideas irracionales frecuentes y comprender sus efectos obstaculizadores en el inicio de conversaciones 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 la puesta en común, a través de la persuasión verbal, para la estimulación de percepciones de autoeficacia en los participantes.
- Facilitar a los participantes maneras alternativas de mantener conversaciones.
- Fomentar el ensayo de conductas aprendidas con supervisión externa.
- Retroalimentar y dar refuerzo positivo de conductas emitidas por los participantes durante el ensayo conductual a través de persuasión verbal, para facilitar el estímulo de autopercepciones de eficacia.
- Facilitar a los participantes maneras alternativas de finalizar conversaciones, a partir de la ejemplificación de situaciones para la facilitación de su comprensión y puesta en práctica.

6.5.1. Encuentro 11: “introducción al inicio de conversaciones”.

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 encontramos.

De manera general se pueden señalar ocho maneras de iniciar conversaciones (Gambрил y Richey, 1985):

- Hacer una pregunta o comentario sobre la situación o actividad 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. Se pueden agregar preguntas del tipo: ¿Cómo lo hiciste?.
- Hacer preguntas u observaciones sobre lo que está haciendo 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 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) Hoja de ejercicio.

Consigna: elige una frase con la que te identifiques 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".
- 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 presentará a los participantes el extracto del film "cuando Harry conoció a Sally" en el que se manifiestan maneras de iniciar conversaciones. En principio se presentará la escena sin sonido. Se les indicará a los participantes que atiendan a los indicios no verbales que

expresan los personajes. Luego se presentará la misma escena con sonido.

Se hará una puesta en común acerca de las conclusiones que se desprenden de las dos formas de presentación de la escena, relativas al inicio de conversaciones.

7) Se llevarán a cabo interacciones no estructuradas de cinco minutos cada una. El grupo se dividirá en parejas. 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.

Consigna: forma un subgrupo de dos personas con algún compañero con el que aún hayas 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.

8) Tarea para el hogar: “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”.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra	✓
2	Marcadores	✓
10	Cuadernos de notas	✓
10	lapiceras	✓
1	Televisor	*
1	Reproductor de DVD	*
10	Tareas para el hogar	\$1.50
10	Hojas de ejercicios	\$1.50
	Presupuesto del psicólogo	\$140
	Total	\$143

Equipo: psicólogo a cargo.

6.5.2. Encuentro 12: "introducción al mantenimiento de conversaciones"

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

Actividades.

1) Durante la primera hora del encuentro se realizará la puesta en común de la tarea para el hogar prescrita 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: no se antecede por una pregunta necesariamente. 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 autrrevelarse durante los primeros intercambios para no intimidar al otro. 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 instruídas 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.

Consigna: El grupo se dividirá en dos. Cada subgrupo deberá llevar a cabo una conversación. El psicólogo comunicará el momento de finalización de la conversación.

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.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
2	Marcadores	✓
10	Cuadernos de notas	✓
10	Lapiceras	✓
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$140

Equipo.

- Psicólogo a cargo.
- Practicantes de psicología.

6.5.3. Encuentro 13: "procedimientos para la finalización de conversaciones".

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

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 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.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra	✓
2	Marcadores	✓
11	Colchonetas	✓
1	Reproductor de CD	*
1	CD de música instrumental	\$2.00
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$142

Equipo: psicólogo a cargo.

6.6. Módulo 4: “Asertividad”.

Vicente Caballo (2000), plantea que la conducta asertiva puede ser aprendida. Según el autor, el objetivo de la aserción es la comunicación clara, directa y entraña ventajas interpersonales porque implica respeto hacia los derechos y necesidades propias y de las demás personas. De allí, se infiere la importancia de que los participantes puedan diferenciar entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva.

Objetivos:

- Facilitar la comprensión acerca de los conceptos de conducta asertiva, no asertiva, agresiva generalizar lo aprendido a la vida cotidiana, por parte de los participantes.
- Facilitar a los participantes la distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas.
- Favorecer la toma de conciencia acerca de la relevancia de comportarse asertivamente en interacciones con otros.
- Fomentar la generalización de conductas asertivas a la vida cotidiana de cada participante, con la correlativa corroboración de sus efectos positivos consecuentes.
- Facilitar a los participantes maneras alternativas de hacer y rechazar peticiones, para facilitar su desenvolvimiento en situaciones sociales.
- Aprender, por parte de los participantes a partir de la observación de la representación de una situación cotidiana relativa al tema de hacer y rechazar pedidos.
- Identificar por parte de los participantes creencias irracionales que interfieren al momento de hacer y rechazar pedidos de manera eficaz.
- Afianzar en los participantes el respeto por los derechos personales y de los demás.
- Facilitar a los participantes maneras adecuadas de expresar disgusto, molestia y desagrado, para facilitar la eficacia en el desenvolvimiento en situaciones sociales.
- Aprender, por parte de los participantes a partir de la observación, maneras frecuentes y disfuncionales de expresión de molestia, disgusto y desagrado.
- Reforzar el aprendizaje, a partir de la confección de un guión, de procedimientos que hacen a la consecución de cambios de conductas en los demás.

-
- Facilitar a los participantes, maneras adecuadas de afrontar críticas, para mejorar la calidad de sus relaciones sociales.
 - Enseñar a los participantes, a través de modelado, las técnicas defensivas para afrontar críticas previamente instruídas.
 - Fomentar la generalización de las técnicas aprendidas a la vida cotidiana.
 - Estimular percepciones de autoeficacia a partir de la retroalimentación y el refuerzo positivo por parte del psicólogo de las conductas que se hayan logrado con éxito.
 - Facilitar en los participantes la discriminación entre creencias irracionales y derechos personales a la hora de expresar sus opiniones.
 - Posibilitar la identificación en los participantes de maneras utilizadas para expresar opiniones y/o la toma de consciencia de alternativas posibles con el mismo fin, para ser puestas en práctica y favorecer el fortalecimiento de las relaciones interpersonales.
 - Facilitar a los participantes maneras alternativas de hacer y recibir cumplidos, para facilitar el mantenimiento de conversaciones.
 - Identificar por parte de los participantes creencias irracionales que interfieren al momento de hacer y recibir cumplidos de manera eficaz.
 - Identificar situaciones y poner en práctica lo aprendido con la posterior supervisión del psicólogo a cargo.

6.6.1. Encuentro 14: “maneras de controlar mejor el ambiente”.

Actividades:

1) Se realizará la puesta en común relativa a la tarea para el hogar solicitada en el encuentro previo. En dicha actividad, el psicólogo dará reforzamiento positivo a través de expresiones verbales de reconocimiento respecto a aquellas tareas ejecutadas con éxito y retroalimentación correctiva en caso de que sea necesario.

2) Se Instruirá verbalmente a los participantes acerca de los conceptos relativos a los tres estilos conductuales: conducta asertiva, conducta no asertiva y conducta agresiva.

Conducta asertiva: se la considera la más adecuada porque ayuda a la libre expresión y facilita la consecución de objetivos que la persona se propone. Este tipo de conductas se manifiesta a través de la expresión directa de sentimientos, necesidades, derechos, opiniones; respetando a su vez los derechos de los demás. Además, debería ir acompañada de conductas no verbales como la mirada, la expresión facial, el tono y volumen de voz armónicos, al momento de interactuar con otro. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en determinadas situaciones aun en presencia de una conducta asertiva, puede que cause molestia a otro. Por ejemplo al expresar una crítica a alguien.

Oposición asertiva: se refiere a la capacidad para transmitir una respuesta asertiva de oposición hacia la conducta o comentario inaceptable de otro, con el objetivo de conseguir una conducta o comentario más aceptable en el futuro. Según Kelly, (1987), durante la emisión de la oposición asertiva es importante que esté presente el contacto visual mientras se habla, un tono emocional firme, convincente y adecuado a la situación, gestos con las manos y brazos para dar énfasis a las respuestas, expresiones de entendimiento del punto de vista de la otra persona, un tono de voz en que las respuestas puedan ser oídas de forma clara y frases que indiquen desacuerdo con la acción poco razonable del otro.

Aceptación asertiva: se refiere a la habilidad para transmitir calidez y expresar cumplidos, elogios y sentimientos personales a los otros cuando las respectivas conductas o comentarios positivos lo justifican. Según Kelly (1987), durante la emisión de aceptación asertiva es importante que esté presente el contacto visual mientras se habla, un tono emocional cálido y cordial y un tono de voz en que las respuestas puedan ser oídas de forma clara.

Conducta no asertiva: demuestra una falta de respeto hacia las necesidades, opiniones y derechos propios. Están generalmente pendientes de satisfacer los deseos de las demás personas por agradar. También tienen tendencia a expresar los sentimientos y pensamientos de forma autoderrotista, a modo de disculpa. El objetivo de este estilo es evitar los conflictos por todos los medios, pudiendo generar sentimientos de baja autoestima. Caballo (2000), subraya que estas personas pueden sentirse inferiores y evaluarse a si mismos de modo equivocado y

negativo. Para quien reciba esta forma de comportamiento se puede generar una sensación de pesada carga, ya que no es posible adivinar lo que la otra persona esta pensando o sintiendo.

Conducta agresiva: implica la defensa y expresión directa o indirecta de derechos, pensamientos, sentimientos y opiniones de forma no apropiada, violando los derechos de los otros. Las consecuencias de la agresión a largo plazo son por lo general negativas, generando tensión y evitación por parte de la persona agredida.

3) Se plantearán un ejemplo de conductas opuestas a la oposición asertiva a partir de la representación de papeles (escenas breves) por parte de psicólogo a cargo y colaboradores.

- A. psicólogo. (Madre).
- B. colaborador 1. (Padre).
- C. colaborador 2. (Juan- hijo).

Introducción: “es el día de cumpleaños de Juan. Ana, su madre le avisó esta mañana que lo esperan luego a cenar, para agasajarlo con una cena familiar”.

- A. Hace casi una hora y media que debería haber llegado Juan. ¡La comida está fría y todos esperandolo!... ¡El sabía que lo esperábamos todos a cenar!.
- B. ¿No llamó?... ¿le habrá pasado algo?...
- A. No llamó, ni avisó, como de costumbre...pero seguro que no le pasó nada, siempre hace lo mismo.
(Llega Juan).
- A. ¡Sos un desconsiderado, a esta hora!, todos esperándote...¡es la última vez que me esfuerzo tanto por agasajarte!.

4) El psicólogo preguntará a los participantes acerca de la escena representada, luego dará retroalimentación acerca de las respuestas.

Consigna:

¿Qué clase de conducta sería la reciente?. ¿Porqué?.

Respuesta: agresiva. Porque se insulta y amenaza a la persona.

¿Y si la respuesta de “A” hubiese sido: “¿Pasa, la cena está servida”? ¿Porqué?.

Respuesta: no asertiva. Porque no se expresa la molestia que genera la conducta de “C”.

La respuesta asertiva ante esta situación es: “Juan, hace más de una hora que estamos esperándote para cenar y me molesta tu actitud. Me gustaría que te acuerdes de llamar cuando vayas a retrasarte tanto”.

Esta respuesta es asertiva de oposición porque no ofende a la otra persona, respeta sus derechos y expresa la molestia que genera la conducta de “C”.

5) Se plantearán ejemplos de aceptación asertiva, como técnica de modelado, a partir de la representación de papeles (escenas breves) por parte de psicólogo a cargo y colaboradores.

A: psicólogo. (Carlos).

B: colaborador 1. (Juan).

Introducción: "Carlos (A) y Juan (B) son amigos y están conversando:

A: ¿Cómo están tus cosas, todo en orden?

B: más o menos; hace meses que necesito tramitar importantes papeles en el banco, pero como trabajo de corrido hasta las tres de la tarde me es imposible asistir.

A: yo puedo hacerte ese favor, no tengo problemas...justamente mañana pensaba ir al banco. Dame los papeles que necesito para hacer el trámite.

B: es muy amable de tu parte, realmente agradezco tu ofrecimiento; me siento muy bien por tener un amigo como vos y ya sabes...si alguna vez puedo ayudarte a salir de un apuro podés contar conmigo.

6) El psicólogo preguntará a los participantes acerca de la escena representada, luego dará retroalimentación acerca de las respuestas:¿Qué clase de conducta sería la reciente?. ¿Porqué?.

Respuesta: asertiva de aceptación. Porque "B" transmite aprecio, calidez y expresa cumplidos hacia "A" en función de la conducta positiva hacia el. Entre A y B se dan conductas positivas recíprocas.

7) Se ejecutará de a pares rol - plays sobre dos tipos de situaciones elegidas por los participantes de la vida cotidiana: en uno de ellos se representarán situaciones que requieran de conductas asertivas de oposición y en otra de conductas asertivas de aceptación.

Consigna: los participantes se agruparán de a pares. Cada subgrupo recreará a través de rol - plays una situación de la vida cotidiana en la que sea necesario manifestar conductas asertivas de oposición y otra en la que se manifiesten conductas asertivas de aceptación. Las situaciones serán escenificadas frente al resto del grupo.

8) El psicólogo ofrecerá reforzamiento positivo sobre las conductas logradas y retroalimentación correctiva en caso de que sea necesario.

9) Tarea para el hogar: Se entregará una hoja de tareas para el hogar:

Consigna: cada participante aplicará una conducta asertiva de oposición y de aceptación en alguna situación de la vida cotidiana y realizará un autoregistro conductual sobre las mismas. En el próximo encuentro se realizará una puesta en común sobre la actividad.

Autoregistro conductual.

Situación	Pensamiento	Sentimiento	Acción asertiva	Sentimiento

Reflexión: ¿qué efectos observó en las personas implicadas en la situación luego de comportarse asertivamente?.

Presupuesto.

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra	✓
2	Marcadores	✓
10	Cuadernos de notas.	✓
10	Lapiceras	✓
10	Hojas de tareas para el hogar	\$ 1.50
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$141.50

Equipo.

- Psicólogo a cargo.
- Practicantes de psicología.

6.6.2. Encuentro 15: “procedimientos para hacer y rechazar pedidos”.

Vicente Caballo (2000), señala que aprender a pedir lo que se necesita o desea respetando los derechos propios y de los demás, constituye el medio más eficaz para proteger los derechos personales.

Actividades.

1) Durante la primera hora del encuentro se realizará la puesta en común de la tarea para el hogar prescrita en el encuentro previo. El psicólogo a cargo dará retroalimentación sobre la tarea y refuerzo positivo de los logros obtenidos.

2) Se hará una introducción por parte del psicólogo al tema de hacer y rechazar pedidos: “cuando hablamos de hacer pedidos, nos estamos refiriendo a pedir favores, cambios en la conducta de otro o ayuda. Esto implica tener siempre presente el respeto por los derechos propios y de las demás personas. Hacer pedidos contínuos a otro indicaría una actitud de nuestra parte de falta de respeto por sus derechos. Entre los derechos que deberíamos respetar, estaría la posibilidad de que el otro rechace nuestra petición”.

3) Se entregará a cada participante una hoja de ejercicios sobre creencias irracionales al hacer y rechazar pedidos (Galassi y Galassi, 1977):

Consigna:” Identifica que creencias tienes frecuentemente al momento de hacer y/o rechazar pedidos”:

- a) “Si pido y recibo un favor, estaré obligado con la otra persona. Se esperara que haga un favor igual o mayor en el futuro y no quiero tener esa obligación”.
- b) “Si pido algo, la otra persona no será capaz de decir que no, incluso aunque prefiera rechazar mi pedido”.
- c) “Si soy un amigo de verdad, debería acceder a la petición”.

4) Puesta en común grupal de la actividad previa.

5) El psicólogo dará retroalimentación informativa acerca de la actividad previa: “nadie está obligado a hacer un favor o responder positivamente a un pedido, ni siquiera por el hecho de haberlo recibido de nuestra parte en otra ocasión. La persona que nos hace un favor está en todo su derecho a decir que no.

Galassi y Galassi (1977), señalan una serie de razones por las que es importante aprender a decir que no: ayuda a no implicarse en situaciones de las cuales luego lamentaríamos las consecuencias, a evitar que se susciten circunstancias en las que puedan manipularnos y llevarnos a hacer algo con lo que no estamos de acuerdo, a ser capaces de tomar decisiones personales y respetar nuestros derechos. Sin embargo, para que un rechazo sea apropiado, “debería acompañarse de razones y no de excusas”, (Caballo, 2000).

6) El psicólogo y un practicante de psicología representarán una escena en la que se rechaza un pedido, apelando a la técnica de modelado:

A: hola, ¿cómo estás?. Justo estaba pensando en llamarte...

B: hola, ¡muy bien!. Ibas a llamarme... ¿por qué?.

A: ¿te acordás que te había dicho que me mudaba en este mes?. Bueno, necesitaba preguntarte si podrías ayudarme mañana por la tarde a llevar algunas cosas a la nueva casa... como vos tenés la camioneta...

B: Me encantaría ayudarte, pero mañana por la tarde tengo que acompañar a mi hija al médico, no va a poder ser.

A: Mmm... ¿a la tarde?... ¡y que te parece si mejor vamos a la siesta entonces!.

B:

7) Se les preguntará a los participantes que observaron en la situación presentada.

8) Se pondrán en común las inferencias y opiniones de los participantes acerca de la situación representada con anterioridad.

9) El psicólogo realizará una retroalimentación relativa a las conclusiones arribadas por el grupo con respecto a la situación representada.

10) El psicólogo realizará una introducción al tema del rechazo de peticiones: "cuando las personas dan excusas en lugar de razones, están intentando justificar su rechazo" (Booraem y Flowers, 1978).

Una verdadera razón implica que si un hecho cambiase, mutaría también la respuesta; es decir, la negación del pedido por la aceptación del mismo. Las excusas, según Caballo (2000), no dignifican la conducta social.

Dentro de las posibilidades al momento de rechazar peticiones tenemos: decir solo no, pedir el tiempo necesario para pensarlo, pedir que se aclare y amplíe la información del pedido. Si quien realiza el pedido, luego del rechazo del mismo, continúa insistiendo se repite el "no". También se le puede solicitar que no continúe con el pedido ya que la respuesta seguirá siendo la misma ".

11) El grupo se dispondrá en parejas para llevar a cabo rol - plays de cinco minutos cada uno. Los integrantes de los subgrupos invertirán roles: en principio, uno de ellos tendrá la tarea de hacer un pedido y luego de rechazarlo. Cada pareja escenificará la situación en frente al resto del grupo. El psicólogo registrará las maneras en que estos procedimientos son llevados a cabo. Una vez finalizada cada ejecución dará reforzamiento positivo sobre las conductas logradas y retroalimentación informativa (correctiva si es necesario).

Consigna: en subgrupos de dos personas realiza un rol - play escenificando una situación en la que haces un pedido a otro. Luego se invertirán los roles y deberás rechazar un pedido.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra	✓
2	Marcadores	✓
10	Hojas de ejercicios	\$1.50
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$141.50

Equipo.

- Psicólogo a cargo.
- Un practicante de psicología.

6.6.3. Encuentro 16: “procedimientos para expresar molestias, disgustos y desagrado”

Vicente Caballo (2000), subraya que una situación generadora de molestia, disgusto y/o desagrado puede ser modificada a partir de la expresión socialmente adecuada de los respectivos sentimientos implicados.

Actividades.

1) El psicólogo instruirá a los participantes acerca del tema de expresión de molestia, desagrado y disgusto: parte de nuestros derechos se basan en la posibilidad de expresar nuestros sentimientos cuando algo nos disgusta. Pero hacerlo de manera adecuada implica respeto por los derechos de la persona a quien va dirigida la observación.

Según Caballo (2000), ciertas cuestiones pueden ser tomadas en cuenta a la hora de expresar molestia, disgusto o desagrado: determinar si realmente es necesario criticar la conducta de otro, ser conciso al expresar lo que causa la molestia, ser específico a pedir un cambio en la conducta del otro, no expresar sentimientos en términos absolutos, tener disposición para escuchar activamente el punto de vista del otro, finalizar la conversación si vemos que puede terminar en pelea.

Bower y Bower (1976), plantea la estrategia DESC por su utilidad para la expresión adecuada de sentimientos negativos. Consta de cuatro pasos:

Paso 1: describir: en principio se ha de describir la conducta que causa molestia o disgusto, el momento, lugar y frecuencia con que se ha llevado a cabo. (“Cuando vos...”).

Paso 2: expresar: la expresión de lo que molesta se enfoca en la conducta y no en la persona (“me molesta que llegues tarde” y no “me molesta que seas impuntual”). Los sentimientos o pensamientos relativos se expresan en actitud calma.

Paso 3: especificar: el cambio concreto que se pretende en la conducta de otra persona (“quisiera que...”). Se le puede preguntar si está de acuerdo. También se puede negociar que conducta uno estaría dispuesto a modificar a cambio.

Paso 4: señalar consecuencias positivas: que tendrían lugar en caso de que el otro acceda al cambio y las negativas que puedan surgir en caso contrario (“Si haces x..., si no...”).

2) Psicólogo y un practicante de psicología representarán una escena: A y B se encuentran en situación de almuerzo. A está almorzando y B ya ha terminado de comer. A está molesta porque le disgusta que se fume mientras ella come.

A: ya te pedí que no fumes delante mío... ¡Sos un egoísta, siempre pensando en vos y los otros no te importan.

B: ¡pero si vos también fumás!

3) Se hará una puesta en común de las opiniones de los participantes respecto de la expresión de disgusto de A. Luego el psicólogo introducirá una pregunta: ¿Qué no hizo A para favorecer el cambio de conducta de B?.

Respuesta:

A no describió adecuadamente la conducta que le molesta, en que momento y lugar le causa molestia. Además absolutizó la conducta de B no favoreciendo el cambio en la misma.

A no expreso los sentimientos o pensamientos relativos en una actitud calma.

A no especificó que cambio concreto de conducta espera de B, ni tomó una actitud de negociación con el.

A no señalo las consecuencias positivas de cambio y loas negativas que podrían ocurrir en caso de que B no cambie.

4) El psicólogo introducirá una pregunta a los participantes: ¿Cómo sería un guión adecuado para que A logre que B cambie la conducta que molesta?. El grupo se dividirá en dos y cada subgrupo escribirá el guión.

5) Se hará una puesta en común de los guiones elaborados por cada subgrupo a través de un rol - play que escenificarán dos personas de cada subgrupo. El psicólogo dará refuerzo positivo de las conductas ejecutadas con éxito y retroalimentación correctiva en caso de que sea necesario.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra	✓
2	Marcadores	✓
10	Cuadernos de notas	✓
10	Lapiceras	✓
	Honorario de psicólogo	\$140
	Total	\$140

Equipo.

- Psicólogo a cargo.
- Un practicante de psicología.

6.6.4. Encuentro 17: “procedimientos para afrontar críticas”.

Vicente Caballo (2000), plantea que aprender acerca del afrontamiento de críticas determinaría de manera favorable la calidad de las relaciones sociales.

Actividades.

1) El psicólogo instruirá a los participantes acerca de la temática de afrontamiento de críticas: la posibilidad de afrontar las críticas cobra un papel muy importante en la calidad de nuestras relaciones. Las típicas opciones a la que la mayoría de las personas recurren cuando reciben una crítica son (Garner, 1981):

- Ignorar la crítica.
- Negarse a discutirla.
- Cambiar de tema.
- Responder con otra crítica.
- Rebajar la importancia de la crítica que recibimos.

Si bien es natural que las personas tiendan a defenderse cuando son criticadas, la defensa debería tener lugar una vez que quien nos critique haya finalizado. (Booraem y Flowers, 1978). Si quien nos hace la crítica demuestra no estar respetando nuestros derechos, se pueden poner en marcha técnicas defensivas, (Caballo, 2000):

Disco rayado: Es repetir el punto central de la petición, sin prestar atención a otros temas en la conversación.

Recorte: Se utiliza cuando no se está seguro de haber cometido una equivocación y se está siendo atacado. Una manera sería dar libre información mínima (responder si, no), hasta aclarar la situación, antes de dar una respuesta.

Aserción: Cuando se recibe una crítica justa, pero además se está siendo atacado. Se admite el error y se pasa a otro tema.

Ignorar selectivamente: Se atiende selectivamente a expresiones que no sean destructivas o agresivas al responder.

Separar temas: Se separan temas para poder discriminar que nos está pidiendo el otro.

Desarmar la ira: En una situación de gran tensión, se desvía el contenido de la crítica para enfocarse en el enojo del otro. Se puede rechazar de forma cortés seguir hablando de la crítica hasta que la otra persona se calme.

Ofrecer disculpas: Si la crítica es justa, pedir disculpas hace que la otra persona se sienta reconocida en sus derechos, sentimientos. También puede ser útil para desarmar la ira.

Preguntas: si la crítica es agresiva, hacer preguntas puede ayudar a que el otro se de cuenta de su actitud contraproducente

2) Psicólogo y un colaborador llevarán a cabo un rol play; con escenas de corta duración, que ejemplifiquen y modelen las técnicas defensivas citadas.

3) Los participantes deberán identificar que técnicas defensivas han sido ejecutadas por los mismos. Luego se hará una puesta en común de las respuestas participantes. Finalmente el psicólogo expondrá las respuestas relativas al rol - play.

A1: tenemos que hablar... no soporto más tu costumbre de no avisar que no vas a venir y me dejes esperando como si fueras dueño de mi tiempo. ¡Sos un irresponsable e irrespetuoso y veo que no te importan los demás!...

B1: no es así, parece que hubo un mal entendido, necesito que me escuches.

A2: yo tuve que organizar todo para esperarte. Ayer cuando hablamos por teléfono quedábamos en que pasabas a buscarme y me avisabas antes para que me aliste y no lleguemos a la cena con demora, además...

B2: necesito que me escuches, hubo un mal entendido...

A3: si, si...vos siempre justificándote, ¿no? Eso no se hace. Me perdí de ir a la cena por tu culpa, sabias que mi auto estaba en el taller y que te estaba esperando.

B3: está bien, siento mucho que ayer hayas estado esperándome sin embargo, ¿leíste el mensaje de aviso que te envié ayer por la tarde?

A4: si.

B4 ¿y que decía?.

A5: decía que estabas en una reunión y que ibas a hacer lo posible por terminar temprano, y que si quería ir llendo, mejor; que nos veíamos allá. Igualmente, no dijiste que era seguro que no fueras a venir, ahora no te justifiques....¡Como se nota que no te importa nadie más que vos mismo!.

B5: ¿realmente crees que actúo así?.

A6: si, al menos eso demostraste ayer conmigo...y la otra vez, cuando te pedí que me acompañes a un lugar, llegamos tarde por tu culpa...

B6: es verdad. La otra vez me equivoqué y te pedí disculpas. No mezclamos las cosas, este es otro tema.

A7: de todas maneras, ya veo que no puedo contar con vos...

B7: veo que estas muy enojado y no me estas escuchando, me gustaría que te calmes para que podamos aclarar esta situación. Será mejor dejar esta charla para cuando estés más tranquilo y puedas escucharme.

Respuestas:

A1 comienza su crítica acusando e insultando a B y expresando su enojo de manera inadecuada.

B1 se da cuenta de que el enojo de A se ha ocasionado por un malentendido. B1 recurre a la técnica de Ignorar selectivamente el insulto de A y pide ser escuchado.

A2 no escucha el pedido de B, su ira va incrementándose y continúa acusándolo.

B2 repite el pedido de escucha, sin prestar atención a otros temas, recurriendo a la técnica de disco rayado.

A3 hace caso omiso a la petición de B y continúa expresando su enojo y culpándolo.

B3 ofrece a manera de disculpa un “lo siento” para desarmar la ira de A, pero sin tomar la responsabilidad por su espera. Luego recurre a un recorte a través de preguntas para asegurarse de que su mensaje de aviso había sido recibido por A.

A4 responde afirmativamente.

B4 recurre nuevamente a una pregunta acerca del contenido del mensaje, para ayudar a que A se de cuenta de su equivocación y actitud contraproducente.

A5 demuestra no haber entendido el contenido del mensaje de aviso y continúa enojado, generalizando y expresándose de manera agresiva hacia la persona de B.

B5 formula una pregunta a A para que se de cuenta de la actitud contraproducente hacia su persona.

A6 continúa sin dar lugar para el diálogo y menciona otra situación en la que se ha enojado con B.

B6 recurre a la técnica de separar los temas para poder discriminar el motivo actual de enojo de A.

A7 continúa enojado y sin escuchar a B.

B7 apela a la técnica de desarmar la ira, rechazando de forma cortés seguir hablando con A hasta que se calme.

4) Se solicitará a los participantes que en subgrupos de dos inventen un guión con una situación análoga a la anterior, en la que sea necesario utilizar técnicas defensivas ante críticas que no respetan los derechos personales. Luego, llevarán a cabo el respectivo rol - play con inversión de roles.

Cuando cada pareja finalice la ejecución del rol - play, el psicólogo dará reforzamiento verbal positivo sobre las conductas logradas y retroalimentación correctiva si es necesario.

Consigna: en subgrupos de dos inventa un guión para llevar a cabo un rol - play, con una situación análoga a la anterior, en la que sea necesario defender tus derechos personales al estar siendo atacado a través de críticas. Luego, cambia de rol con tu compañero. La tarea será puesta en común en el siguiente encuentro.

5) Tarea para el hogar: se entregará a cada participante una hoja de tarea para el hogar:

Consigna:

- Registra una situación familiar en la vida cotidiana en la que debas afrontar una crítica, utilizando técnicas aprendidas en el encuentro.

- Realiza un autoregistro por escrito, tomando en cuenta: como te sentiste antes y después de implementar las técnicas de afrontamiento ante críticas (nivel de ansiedad experimentado) y que observaste en la otra persona a partir de las nuevas respuestas emitidas.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra	✓
2	Marcadores	✓
10	Cuadernos de tareas	✓
10	Lapiceras	✓
10	Hojas de tareas para el hogar	\$1.50
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$141.50

Equipo: Psicólogo a cargo.

6.6.5. Encuentro 18: “procedimientos para expresar opiniones”

Vicente Caballo (2000), afirma que la expresión de opiniones, y sentimientos, respetando los derechos propios y de los demás, constituye una relevante habilidad social. Galassi y Galassi (1977), señala que el ejercicio de tales derechos fortalece y profundiza las relaciones entre las personas.

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 de procedimientos para afrontar críticas. El psicólogo a cargo dará refuerzo positivo de los logros obtenidos. Este consistirá en expresiones verbales de reconocimiento respecto a las tareas ejecutadas con éxito por los participantes. Se brindará retroalimentación correctiva sobre la tarea en caso de que sea necesario.

2) El psicólogo introducirá el tema relativo a la expresión de opiniones: existen ciertas posibles creencias acerca de la expresión de opiniones (Galassi y Galassi, 1977):

- “si expreso mi opinión y estoy equivocado, quedaré mal”.
- “No soy lo suficientemente experimentado para expresar mi opinión sobre un determinado tema”.

Las personas tienen el derecho de expresar sus opiniones respetando el derecho de los demás de estar de acuerdo o no.

3) Tarea para el hogar: Se entregará a cada participante una hoja de tarea para el hogar. La tarea será puesta en común en el siguiente encuentro.

Consigna:

- Registra una situación familiar en la vida cotidiana en la que expreses tu opinión hacia un familiar.
- Realiza un autoregistro por escrito acerca de una situación en la que elijas expresar una opinión hacia un familiar, especificando: la situación en la que te encuentras en ese momento, el pensamiento relativo a la misma, los sentimientos experimentados, la acción llevada a cabo en consecuencia (que se dijo y que se hizo) y los sentimientos posteriores a la concreción de la acción. Además, deberás registrar que observaste en la otra persona a partir de las nuevas respuestas emitidas.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra	✓
2	Marcadores	✓
10	Hojas de tareas para el hogar	\$1.50
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$141.50

Equipo: psicólogo a cargo.

6.6.6. Encuentro 19:” procedimientos para hacer y recibir cumplidos”.

Según Vicente Caballo (2000), los cumplidos actúan como reforzadores sociales.

Actividades.

1) Se realizará la puesta en común de la actividad solicitada en el encuentro previo. El psicólogo dará reforzamiento positivo a través de expresiones verbales de reconocimiento respecto a aquellas tareas ejecutadas con éxito y retroalimentación correctiva en caso de que sea necesario. Luego, se planteará una pregunta a los participantes para cerrar el tema, apelando a la autoevaluación de sus propias conductas:

¿Consideras que has podido expresar tus opiniones respetando que los demás estén o no de acuerdo?.

2) Se entregará a cada participante una hoja de ejercicio sobre creencias al hacer y recibir cumplidos (Galassi y Galassi, 1977).

Consigna: ¿con qué frase te identificas?:

- “Si voy por ahí haciendo cumplidos a la gente y diciéndoles cuanto los aprecio pensarán que no soy sincero”.
- “¿Por qué debería hacerle un cumplido?. Ese es su deber”.
- “Si alguien me hace un cumplido y lo acepto, la gente pensará que soy un engreído”.
- “No deberían hacerme cumplidos porque no los merezco”.

3) Se hará una puesta en común grupal de la actividad previa.

4) El psicólogo dará retroalimentación acerca de la actividad previa: “se trata de creencias contraproducentes asociadas al hacer y recibir cumplidos (Galassi y Galassi, 1977). Por lo general, las personas no tienen muy en claro como reaccionar cuando reciben un cumplido y suelen responder negándolos, cambiando de tema o rechazándolos. El dar las gracias puede resultar suficiente cuando se recibe un cumplido.

5) El psicólogo hará una introducción al tema de hacer cumplidos:¿por qué es importante hacer cumplidos?. Porque las personas disfrutan al oír expresiones positivas sobre sí, porque fortalece y profundiza una relación y cuando necesitamos expresar sentimientos negativos, quejas, críticas, defender los derechos. Es más probable el logro de un cambio en la dirección deseada en la conducta de otro, si previo a la crítica se ha expresado algún cumplido hacia ella.

6) En una ronda, cada participante hará un cumplido sincero a su compañero de la derecha. Este le responderá y luego le hará otro cumplido a su compañero de la derecha. (Así sucesivamente).

7) Se hará una puesta en común acerca de la tarea previa, poniendo el acento en como se sintieron al hacer y recibir un cumplido.

8) Tarea para el hogar: se entregará una hoja de tarea para el hogar a cada participante:

Consigna:

- Identifica dos oportunidades en la vida cotidiana para hacer cumplidos, teniendo en cuenta lo aprendido. Específica a quien, que cumplido, que reacción notamos en la otra persona, como nos sentimos después y el nivel de ansiedad experimentado.
- La tarea será puesta en común y supervisada en el próximo encuentro.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
1	Pizarra	✓
2	Marcadores	✓
10	Hojas de ejercicios	\$1.50
10	Hojas de tareas para el hogar	\$1.50
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$143

Equipo: psicólogo a cargo.

6.6.7. Encuentro 20: " cierre del taller"

Objetivos:

- Dar un cierre al taller, permitiendo que tanto participantes como colaboradores y psicólogo puedan expresar vivencialmente su experiencia a partir del mismo.
- Estimular a los participantes el mantenimiento de expectativas de autoeficacia respecto del aprendizaje sobre habilidades de comunicación a través de la focalización en su potencial para ejecutarlas de manera satisfactoria.

Actividades:

1) Se realizará la puesta en común relativa a la actividad prescripta en el encuentro previo. El psicólogo dará reforzamiento verbal positivo sobre las conductas logradas y retroalimentación correctiva en caso de que sea necesario.

2) Se trabajará con los participantes sobre el tema de la finalización del taller. Se dispondrán colchonetas en círculo, en el piso y música instrumental para inducir un ambiente relajado.

El psicólogo realizará 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 de la misma. Lo mismo realizarán los colaboradores. Luego, preguntará en voz alta a los participantes si alguien desea compartir los cambios que ha vivenciado a partir de su participación en el taller. Se apuntará a que todos los participantes tengan oportunidad de expresarse.

3) Una vez finalizada la puesta en común de los aspectos vivenciales del taller, el psicólogo realizará una sinopsis sobre los aspectos positivos mencionados por los participantes y agregará una conclusión personal resaltado el potencial del grupo en cuestión.

Antes de despedirse, el psicólogo mencionará a los participantes la posibilidad de contactarlo en las reuniones mensuales efectuadas en la clínica.

Presupuesto:

Cantidad	Materiales	Importe
	Honorario del psicólogo	\$140
	Total	\$140

Equipo: Psicólogo a cargo.

6.8. Reunión Informativa mensual.

Se realizará una reunión informativa mensual en el espacio destinado para ateneos, en la clínica. Se solicitará la presencia del director de la institución por ser el responsable legal de la misma y quien mejor conoce acerca de su organización interna y funcionamiento. Además, se solicitará la colaboración del trabajador social por ser quien mayor vínculo y experiencia posee con las familias de pacientes en la clínica. El psicólogo asistirá a las reuniones con el fin de dar apoyo y respuestas a los participantes en caso de que sea necesario y considerando que muchos de los que asistan a las mismas serán los participantes del taller con quienes habrá un vínculo establecido.

La duración de cada reunión mensual se espera que no sobrepase los 60 minutos. La fecha de realización será propuesta para el primer sábado de cada mes.

Objetivos:

- Promover la circulación de mayor cantidad y calidad de información actualizada, acerca de las actividades mensuales que se realicen en la institución para la familia y el paciente.
 - Integrar a las familias de los pacientes a la institución, creando espacios de diálogo.
 - Generar en los participantes sensación de reconocimiento y apoyo en su derecho a pedir información.
 - Fomentar la participación y motivación de familiares en lo atinente a paciente - institución.
 - Promover un espacio donde las familias se sientan contenidas, respecto a sus necesidades de información y de resolución de inquietudes relativas a la institución.

Cuestiones a abordar.

- Información actualizada en cada mes.
- Pedidos específicos de información institucional que surjan de los familiares.
- Información básica sobre reglamento institucional para pacientes y familiares.
- Pedidos de permisos necesarios para el paciente, por parte de la institución hacia las familias.
- Cuestiones legales y administrativas.
- Inquietudes personales relativas a la enfermedad mental.

Actividades.

- Se formulará un cronograma de actividades con información actualizada de cada mes.
- Se informará acerca de cuestiones legales y administrativas.
- Se informará acerca de reglamentos para pacientes y familiares en la institución.

- Se responderán pedidos de información específicos acerca de temas relativos a lo institucional o a inquietudes personales relativas a la enfermedad mental.

- En el caso de no poder responder a algún familiar inquietudes en el momento de la reunión, se devolverá la respuesta en el momento oportuno a través de una llamada telefónica o de una cita personal con quien corresponda.

- En caso de ser necesario la institución realizará pedidos de permisos a los familiares para los pacientes.

Presupuesto por reunión: psicólogo: \$70.

Equipo.

- Psicólogo.
- Director de la clínica: Guillermo Fernández.
- Asistente social: Sergio Martínez.

6.9. Cronograma de actividades del PAP.

Módulos	Actividad	Meses																				
		1	2	3																		
	Encuentro 1: Introducción	X	X																			
	Encuentro 2: Darse cuenta																					
1	Habilidades de proceso																					
1.A	Encuentro 3: Conductuales																					
1.A	Encuentro 4: Señales Paralingüísticas																					
1.A	<i>Encuentro 5:</i> La conversación.																					

Módulos	Actividad	Meses																
		4			5			6										
1.B	Encuentro 6: Cognitivas	X	X					X				X						
1.B	Encuentro 7: Los Derechos Interpersonales					X												
1.C	Encuentro 8: Fisiológicas							X										
1.C	<i>Encuentro 9:</i> Los Pensamientos Automáticos									X								
2	<i>Encuentro 10:</i> Empatía y Expresión de sentimientos positivos.																X	
3	Habilidades conversacionales																	
3.A	Encuentro 11: Introducción al inicio de conversaciones																	X

Módulos	Actividad	Meses																				
		7			8			9														
3.B	Encuentro 12 Introducción al mantenimiento de conversaciones	X	X																			
3.C	Encuentro 13: Procedimientos para la finalización de conversaciones.																					
4	Asertividad																					
4.A	Encuentro 14: Maneras de controlar mejor el ambiente																					
4.B	Encuentro 15: Procedimientos para hacer y rechazar pedidos																					
4.C	Encuentro 16: Procedimientos para expresar molestias, disgustos y desagrado																					
4.D	Encuentro 17: Procedimientos para afrontar críticas.																					

Módulos	Actividad	Meses	
		10	11
4.E	Encuentro 18: Procedimientos para expresar opiniones	☒ ☒	☒
4.F	Encuentro 19: Procedimientos para hacer y recibir cumplidos		☒
	Encuentro 20: Cierre del taller		☒

☒: Taller (Segundo y cuarto sábado de cada mes).

☒: Reunión informativa mensual (Primer sábado de cada mes).

Capítulo VII.

7. Seguimiento y evaluación del impacto del proyecto.

7.1. Seguimiento.

Para ir corroborando en que medida los objetivos de los módulos se van cumpliendo, se realizarán entrevistas a cada participante, mensuales, a lo largo del período de los diez meses y medio que dura el taller. En total serán once entrevistas de seguimiento por participante. Para cada entrevista de seguimiento individual se destinarán dos horas aproximadamente.

Las entrevistas se iniciarán en la semana posterior al último encuentro del primer mes. A lo largo de dicha semana, se realizará una entrevista por día con cada participante. Esta modalidad se aplicará en la realización del resto de las sucesivas entrevistas de seguimiento.

El análisis de los datos aportados será de tipo cualitativo.

En las entrevistas se indagará de manera progresiva y a medida que se vayan incorporando en el abordaje, diferentes temáticas relativas a:

- La responsabilidad personal implicada en las acciones que se llevan a cabo.
- La utilización de procedimientos que permitan relajarse ante situaciones sociales que generan ansiedad.
- La implementación del respeto por los derechos interpersonales y la toma de conciencia de su relevancia en interacciones de la vida cotidiana.
- La habilidad en la puesta en práctica de conductas asertivas en la vida cotidiana, con la correlativa corroboración de sus efectos positivos consecuentes. La reducción de conductas no asertivas y agresivas en el repertorio del participante.
- La identificación y modificación de pensamientos automáticos y diálogos internos que determinan la conducta de manera no favorable.
- La habilidad para implementar maneras alternativas satisfactorias de iniciar conversaciones y de reducción de ideas irracionales que obstaculizan en el inicio de conversaciones.
- La habilidad para implementar maneras alternativas satisfactorias de mantener conversaciones.
- La habilidad para implementar maneras alternativas satisfactorias de hacer y recibir cumplidos y de reducción de creencias irracionales que interfieren al momento de hacer y recibir cumplidos de manera eficaz.
- La habilidad para implementar maneras alternativas satisfactorias de hacer y rechazar pedidos y de reducción de creencias irracionales que interfieren al momento de hacer y rechazar pedidos de manera eficaz.

-
- La habilidad para implementar maneras alternativas satisfactorias de expresar disgusto, molestia y desagrado.
 - La habilidad para implementar maneras alternativas satisfactorias de afrontar críticas.
 - La habilidad para implementar maneras alternativas satisfactorias de expresar los sentimientos y opiniones y de discriminación entre creencias irracionales y derechos personales a la hora de expresar sus opiniones.
 - La habilidad para implementar maneras alternativas satisfactorias de finalizar conversaciones.

7.2. Evaluación.

Las técnicas empleadas para la evaluación de las habilidades sociales se aplicarán en el esquema citado por León y Montero (2003), de diseño pre - post con un solo grupo.

El mencionado 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. Por cada encuentro relativo a las evaluaciones pre - test y post - test se destinarán tres horas aproximadamente.

El beneficio obtenido a partir del entrenamiento suministrado, es decir, la diferencia entre el pre y post tests, o puntuación de ganancia (P.G), es indicadora de la proporción del potencial de aprendizaje de la persona en la temática abordada a partir del entrenamiento. (Baltes et.al, 1997, Baltes & Kuhl, 1995).

Para evaluar el impacto del taller de entrenamiento sobre habilidades sociales en familiares de pacientes con esquizofrenia, se llevará a cabo un análisis conductual para determinar el déficit en habilidades sociales que presentan los destinatarios del programa. En este período también se evaluarán cogniciones que pueden interferir en la expresión de la conducta socialmente habilidosa. Además se evaluarán la ansiedad social y las conductas asertivas de aceptación y oposición. A partir de role - plays se sondeará de manera complementaria en qué medida se ha modificado la percepción de autoeficacia en los participantes.

Las pruebas se aplicarán antes de la realización del abordaje propuesto. De esta manera, se podrá establecer la línea de base. Una vez finalizado el taller se realizará una evaluación post - entrenamiento utilizando las mismas pruebas que al comienzo.

Para una medición pueda ser generalizable debe ser válida y fiable. Según la APA (1999), la validez puede ser definida como la adecuación, significación y utilidad de inferencias hechas a partir de las puntuaciones de las pruebas o tests. Dentro de los posibles tipos de validez que es necesario considerar, se contemplan:

Validez aparente: implica que el instrumento desempeñe la función para la cual fue diseñado.

Validez de contenido: se refiere a que los elementos que componen la medida representan todos los aspectos que se necesitan medir.

Validez orientada a un criterio: es concurrente siempre que se disponga de las medidas de un criterio al momento de hacer una predicción y predictiva si las medidas de criterio son enunciadas con posterioridad.

Validez de constructo y discriminante: implica que el instrumento correlaciona con variables que la teoría postula que debe correlacionar. Si no correlaciona con las variables que la teoría indica que no debe correlacionar es discriminante.

Validez discriminativa: se refiere a que la prueba pueda diferenciar entre grupos de sujetos que son distintos.

Dentro de las posibles fuentes de evidencia de validez de los tests, cobran relevancia:

La evidencia basada en el proceso de respuesta al test: abarca la congruencia entre un constructo medido y la respuesta emitida por los participantes. Este tipo de evidencia se consigue interrogando a los participantes acerca de sus estrategias para responder a la prueba, a partir del análisis de respuestas individuales.

La evidencia basada en el contenido: implica que el contenido de la prueba sea representativo de un dominio o del conjunto de situaciones respecto de la cual se desea realizar inferencias determinadas. Este tipo de evidencia se obtiene a partir de procedimientos computacionales y del juicio de expertos, que confirman la relación entre las partes del test y el universo de contenido.

La evidencia basada en la estructura interna del test: indicadora del grado en que las relaciones entre ítems de la prueba ratifican la existencia de constructos sobre los que se basan las interpretaciones de la prueba en cuestión. Para aportar este tipo de evidencia se recurre al análisis factorial que es una técnica estadística utilizada para analizar intercorrelaciones entre datos (Martínez Arias, 1995); lo cual permite inferir la presencia de factores comunes y reducir el número de variables.

La evidencia convergente y discriminante: se basa en correlacionar los resultados obtenidos de una prueba con otras diseñadas para medir un mismo atributo. Si las correlaciones entre ellos es alta (.50 o más) hablamos de evidencia convergente. Si las pruebas correlacionadas miden rasgos diferentes y la correlación entre ellos es baja (.20 o menos) es discriminante.

La evidencia de relaciones test - criterio: implica la efectividad con que a partir del resultado de una prueba es posible predecir el rendimiento del individuo en una situación real. Para aportar este tipo de evidencia se emplea un estadístico (usualmente se recurre al coeficiente producto - momento de Pearson) que indica la correlación entre la puntuación obtenida en la prueba y la clasificación de algún criterio indicador representante de los logros externos a la misma. El coeficiente de correlación debe ser significativamente distinto de cero para que la prueba resulte predictora de criterio.

La confiabilidad de las pruebas utilizadas en las evaluaciones pre - post se remite a la propiedad de las puntuaciones del test, basada en la consistencia de las mediciones, cuando el mismo es repetido por los mismos individuos en diferentes situaciones (Cortada de Kohan, 1999). Dentro de las

dimensiones relevantes a tomar en cuenta respecto de la confiabilidad de una prueba, se encuentran:

La estabilidad temporal: para ello se utilizan métodos como: el método de Formas Equivalentes y test - Re test. A través de ellos se indica en que medida una prueba se encuentra libre de errores de medición causados por fluctuaciones temporales azarosas. Según la APA (1999), para ser equivalentes dos pruebas deben presentar las mismas categorías formales y estadísticas, haber sido confeccionadas con las mismas tablas de especificaciones, presentar medias y desviaciones estándar análogas y coeficientes de correlación elevados y que cada prueba incluya una muestra representativa de ítems. El coeficiente de confiabilidad resultante del método de formas equivalentes se denomina coeficiente de equivalencia (r o Rho). Por otra parte, el método test Re - test se basa en aplicar una prueba a una misma muestra de participantes en dos momentos distintos. Luego se calcula la correlación entre los puntajes obtenidos en ambas aplicaciones de la prueba. El coeficiente de confiabilidad resultante del método test - Re test se denomina coeficiente de estabilidad (r de Pearson o Rho de Spearman)

La consistencia interna: se refiere al grado en que los distintos elementos de la prueba miden la misma variable. Dentro de los posibles métodos para evaluarla se encuentran: método de Formas Equivalentes, Partición en mitades y Método de Análisis de varianza de los ítems. En el Método de Partición en mitades la prueba dividida en dos mitades comparables, es aplicada en una sola oportunidad a un grupo de sujetos. Los dos tipos de puntuaciones obtenidas por cada sujeto son correlacionadas a través del coeficiente r de Pearson, con fórmula de corrección de Spearman - Brown para calcular la confiabilidad de la prueba completa. En el Método de análisis de varianza de los ítems se lleva a cabo una única aplicación de la prueba a una muestra de participantes para estimar el grado de co - varianza de los ítems. El procedimiento llevado a cabo para tal fin es el estadístico Alfa de Cronbach o Kuder Richardson 20.

Confiabilidad inter- examinadores: se utiliza para estimar en que la resultante de una medida a través de un instrumento es independiente de la subjetividad de quien evalúa. El método de acuerdo entre jueces o examinadores es el indicado para evaluar esta dimensión de la confiabilidad. A partir del mismo, los resultados de las pruebas administradas a una muestra de sujetos son entregados a un grupo de jueces que realzará su evaluación de manera individual. Luego se correlacionan los resultados obtenidos a través de dichas evaluaciones individualizadas. El procedimiento estadístico empleado para tal fin es el Índice Kappa, Y de Yule o Q de Kendall. Se considera adecuado un coeficiente de acuerdo de .80 o mayor.

La batería de pruebas utilizadas para las evaluaciones pre - post precisan ser adaptadas ya que pertenecen o han sido adaptadas a contextos culturales diferentes del de la población a evaluar. Para lograr valorar si un determinado rasgo existe en culturas disímiles se requiere de instrumentos que sean equivalentes. La creación de los mismos en un contexto cultural diferente genera dificultades que constituyen una fuente de sesgo. Entre las posibles fuentes de sesgo se consideran: el sesgo de constructo (el constructo medido no es idéntico en las diversas culturas), metodológico (las muestras son incomparables entre sí, como la edad de los sujetos y años de escolaridad), del instrumento (relativo a la familiaridad de los sujetos con los estímulos

presentados) y del ítem (un mismo ítem presenta diferentes significados en culturas distintas). La adaptación de los instrumentos implica agregar o sustraer algunos ítems; es decir transformar una escala de origen según las pautas de los tests adaptadas de la International Test Comision. Se trata de directrices elaboradas en torno a cuatro secciones: contexto, desarrollo del instrumento y adaptación, administración e interpretación.

Una vez adaptados los instrumentos, se apelará a un análisis estadístico denominado prueba de diferencias entre medias para grupos pequeños y la prueba T de Student, para valorar las diferencias entre pretest y postest de las muestras dependientes. En ambos casos el nivel de significación será menos a alfa = 0.05.

Para llevar a cabo estos procedimientos se utilizará el paquete estadístico para Ciencias Sociales - SPSS (versión 9.0 para PC).

Establecimiento de Línea Base/pretest: Se tomará un día, antes del inicio del taller para aplicar a los participantes dos instrumentos de evaluación: Los instrumentos son:

Prueba semiestructurada de interacción:

Se trata de una técnica de medida conductual, citada por Caballo (2000), que consiste en que un participante y un colaborador (practicante de psicología) sean asignados a la tarea de mantener una conversación durante quince minutos. El colaborador es conocido por el participante como un igual, en situación de aprendizaje de habilidades de comunicación. Se les indicará que se quiere tener una idea sobre cómo se comportan cuando se comunican con alguien y que estará permitido hablar de cualquier tema, excepto del experimento mismo.

Se grabará un video de cada interacción. El participante será informado de que la situación será registrada en video. Para estandarizar la participación del colaborador, se le pedirá que se abstenga de iniciar la conversación a las iniciaciones del participante, que limite sus respuestas a alrededor de cinco palabras y que haga comentarios específicos solo después de pausas de silencio de cinco a sesenta segundos. Además, se le solicitará que mantenga un comportamiento moderadamente positivo, inhiba fuertes sonrisas, asentimientos de cabeza y otras formas positivas de comunicación no verbal y que no responda de manera hostil o desagradable a las iniciaciones del participante. Las respuestas del colaborador serán cálidas o neutrales.

Las limitaciones impuestas al colaborador tendrán la función de asegurar que la conversación no esté dominada por variables personales.

La filmación será evaluada por dos jueces expertos en habilidades sociales, a partir del SECHS (Sistema de Evaluación Conductual De La Habilidad Social), de manera independiente. SECHS es un "Sistema de evaluación conductual de la habilidad social".Caballo (2000), cita el presente sistema de evaluación. A través de ella, se pueden evaluar las conductas moleculares manifestadas por el sujeto durante la interacción semiestructurada.

Los jueces evaluarán la actuación de cada participante puntuando de uno a cinco el ajuste de cada elemento molecular incluido en la SECHS.

Una puntuación de tres o mayor en una conducta es indicadora de que la conducta es adecuada. Si la puntuación es de tres o menos indicaría la necesidad de ajuste del elemento molecular implicado. Para estimar el grado de acuerdo entre jueces se utilizará el índice Kappa.

Test de Autoverbalizaciones en la Interacción Social:

Traducido y adaptado por Caballo (2000), se trata de un cuestionario cognitivo muy útil al trabajar con interacciones sociales reales o simuladas. A partir del cuestionario es posible evaluar los pensamientos del sujeto antes, durante y después de la interacción.

El cuestionario presenta un espacio de respuestas en su parte izquierda.

Los ítems que presentan cruz aluden a los pensamientos positivos del cuestionario y si está el menos, a los negativos. Ambos tipos de ítems se suman por separado. La sumatoria resultante de los dos tipos de puntuaciones obtenidas es reflejo de la frecuencia de las autoverbalizaciones positivas y negativas que se suscitaron en el participante antes, durante y después de la interacción social semiestructurada que recientemente tuvo lugar.

Beidel, Turner y Dancu (1985) y Turner y Beidel (1985), han encontrado que una puntuación de 34 en la subescala negativa parece ser un punto de corte apropiado para designar a una muestra de individuos como poseedores de una frecuencia relativamente alta o baja de cogniciones negativas. A partir de estudios realizados, se encontró que no había diferencias significativas en cogniciones positivas durante la interacción entre sujetos de alta y baja habilidad social, pero si se hallaron diferencias en cuanto a las cogniciones negativas, teniendo los sujetos de baja habilidad social mayor cantidad de pensamientos negativos que los de alta habilidad social (Caballo y Buela, 1989).

Inventario de aserción.

Sus autores Gambrill y Richey (1975), construyeron el presente cuestionario de asertividad. El mismo está constituido por cuarenta descripciones de situaciones y el sujeto debe indicar en una escala de cinco puntos el nivel de ansiedad que es capaz de experimentar y la probabilidad de emitir la conducta enunciada en cada ítem. Los componentes del inventario se refieren a la oposición y a la aceptación asertiva. Las puntuaciones más bajas en cuanto al nivel de ansiedad indican que el sujeto se siente tranquilo respecto a las situaciones descritas; mientras que las puntuaciones bajas relativas a la probabilidad de emitir la conducta propuesta manifiestan que la probabilidad de responder asertivamente es alta. La puntuación total puede fluctuar entre cuarenta (extremadamente tranquilo y asertivo) y doscientos (extremadamente ansioso y falta de asertividad). Los datos normativos arrojan una media de noventa y noventa y seis relativa a la ansiedad y de ciento dos a ciento once respecto a la probabilidad de respuesta asertiva.

El presente inventario constituye una medida de asertividad que además evalúa la ansiedad.

Escala de evitación y ansiedad social.

Se trata de una escala creada por Watson y Friend (1969), utilizada para evaluar la ansiedad durante interacciones sociales informales. La misma se enfoca en las conductas o sentimientos del sujeto a lo largo de conceptos como la evitación social (tendencia a evitar y escapar de las interacciones) y la ansiedad social (tensión o malestar durante las interacciones sociales). Comprende veintiocho ítems, diseñados para controlar el sesgo de respuesta hacia la aquiescencia. Los participantes deben responder verdadero o falso a los ítems propuestos. Las puntuaciones elevadas son indicadoras de una mayor ansiedad social. Según los datos normativos las medias, de un total posible de 25 puntos, de estudiantes universitarios hombres se corresponden con un puntaje de 11,20; mientras que las de mujeres de 8,2.

A partir del presente cuestionario es posible evaluar si la mejora en habilidades conversacionales a lo largo del entrenamiento va acompañada por modificaciones en el autoinforme general del participante en relación a la evitación social. Se espera que si el entrenamiento ha tenido éxito, es decir si las nuevas conductas relativas a las habilidades conversacionales entrenadas van siendo aplicadas por los participantes a sus interacciones cotidianas, la ansiedad social evaluada desde el autoinforme disminuya.

Role - play.

Se llevarán a cabo role - plays para evaluar las creencias que los participantes tienen acerca de sus capacidades para un desempeño interpersonal adecuado. Se realizarán como parte complementaria de la evaluación de preentrenamiento, así como posteriormente, en el post-entrenamiento a fin de determinar si se han producido cambios en las percepciones de autoeficacia de cada individuo.

Se realizarán interacciones estructuradas orientadas a conocer la percepción de los participantes respecto a su autoeficacia para: emitir conductas empáticas y de expresión de sentimientos positivos, rechazar pedidos, expresar molestias, disgustos y desagrado, afrontar críticas, expresar opiniones y realizar y recibir cumplidos.

Las interacciones semi - estructuradas que se llevarán a cabo se enfocarán en la autoeficacia que perciben los participantes, en relación a: su autoeficacia para emitir conductas de oposición y aceptación asertiva.

Se ejecutarán interacciones no estructuradas dirigidas a conocer la percepción de los participantes acerca de sus habilidades conversacionales.

Evaluación Post - entrenamiento / post-test.

A los tres meses de finalizado el taller se realizará una nueva evaluación compuesta por las pruebas administradas previamente (evaluación pre- test), se seguirá con los mismos procedimientos utilizados para establecer la línea base. De esta manera, se apela a conocer con que grado de estabilidad se han mantenido los cambios en el tiempo. Asimismo, se realizará una segunda evaluación post- test tres meses después de efectuada la primera.

7.3. Resultados esperados.

Desde la presente propuesta de aplicación profesional se espera que los familiares de pacientes con esquizofrenia alojados en la institución Philip Pinel logren, a través del taller psicoeducativo sobre habilidades de comunicación logren adquirir conocimientos relativos a: conductas asertivas, manejo de la ansiedad ante situaciones sociales, iniciación, mantenimiento y finalización de conversaciones, expresión de disgusto, molestia y desagrado, afrontamiento de críticas, expresión de sentimientos y opiniones, realización y recepción de pedidos y cumplidos.

También se espera que a través del taller, los participantes puedan mejorar sus percepciones de autoeficacia para posibilitar la generalización a la vida cotidiana de las habilidades aprendidas.

Otra dimensión de la que se esperan modificaciones favorables remite a la inclusión en el sistema de creencias de las participantes bases que se enfoquen en el respeto por los derechos personales propios y de los demás. También se espera la obtención de modificaciones relativas a creencias irracionales, pensamientos automáticos y diálogos internos que puedan obstaculizar el desenvolvimiento adecuado en las interacciones sociales.

Para finalizar, se considera de vital importancia implementar talleres de Psicoeducación en habilidades de comunicación con el objetivo de dotar a los familiares del paciente con esquizofrenia de herramientas que favorezcan su libertad de elección para una mejora en la calidad de vida de los mismos.

Bibliografía.

- Alberti, R. E. y Emmons, M. L. (1978). Your perfect right (3ª ed) .San Luis Obispo, California: Ed. Impact.
- Argyle, M. (1981). The nature of social skill. Londres: Ed. Methuen.
- Argyle, M y Cook, M. (1976). Gaze and mutual Gaze. Nueva York: ed. Cambridge University.
- Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona: ed. Martínez Roca, S.A.
- Barlow, D. H.; Abel, G. G.; Blanchard, E.B.; Bristow, A.R. y Young, L. D. (1977). A heterosocial skills behavior checklist for males. Behavior Therapy, 8, pp. 229 - 239.
- Barreiro, T (1993). Trabajos en grupo. Buenos Aires: ed. Kapeluz.
- Bellack, A.S. (1979). Behavioral assessment of social skills. Nueva York: Ed. Plenum.
- Bucell, M. (1979). An empirically derived self - report inventory for the assessment of assertive behavior. Tesis doctoral sin publicar, Kent State University.
- Caballo, V. E. (1986). Evaluación d las habilidades sociales, en R. Fernández Ballesteros y J. A. Carboles (comps), Evaluación conductual: metodología y aplicaciones (3ª edición), Madrid: ed. Pirámide.
- Caballo, V. E. y Buela, G. (1988). Molar /molecular assessment in an analogue situation: relationships among several measures and validation of a behavioral assessment instrument. Perceptual and Motor Skills, 67, pp. 591 - 602.
- Caballo, V.E. y 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.
- Caballo, V.E. (2000). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. España: ed. Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Cherulnik, P.D.; Nelly, W. T.; Flanagan, M. y Zachau, M. (1978). Social skill and visual interaction. The Journal of Social Psychology, 104, pp. 263 -270.
- Conger, A.J.; Wallander, J. L.; Mariotto, M.J. y Ward, D. (1980). Peer judgements of heterosexual – social anxiety and skill: What do they pay attention to anyhow?. Behavioral Assessment, 2, pp. 243 - 259.

-
- Conger, J. C. y Conger, A. J. (1982). Components of heterosocial competente, en J. P. Curran y P. M. Monti (comps.), *Social skills training: A practical handbook for assessment and treatment*. Nueva York: ed. Guilford.
 - Conger, J.C. y Farrell, A.D. (1981). Behavioral components of heterosocial skills. *Behavior Therapy*, 12, pp. 41 - 55.
 - Del Prette, A y Del Prette, Z. (2002). *Psicología de las habilidades sociales*. México: ed. El manual moderno, S.A.
 - Eisler, R.M. y Frederiksen, L.W. (1980). *Perfecting social skills: A guide to interpersonal behavior development*. Nueva York: ed. Plenum.
 - Ekman, P. y Friesen, W.W. (1974). Nonverbal behavior and psycopathology, en R. J. Friedman y M. M. Katz (comps.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Nueva York: ed. Wiley.
 - Farrel, A. D.; Rabinowitz, J.A.; Wallander, J.L. y Curran, J. P. (1985). An evaluation of two formats for the intermediate – level assessment of social skills. *Behavioral Assessment*, 6, pp. 1 -14.
 - Fernández, A; Olaz, F; Pérez, E & Tornimbeni, S. (2004). *Introducción a los tests psicológicos*. Argentina: ed. Brujas.
 - Furnham, A. y Henderson, M. (1984). Assessing assertiveness: a content and correlational analysis of five assertiveness inventories. *Behavioral Assessment*, 6, pp.79 - 88.
 - Gache, F y Otero, D. (s.f.). Evoluciones dinámicas en el diagrama FODA. <http://www.fce.unam.edu.ar>.
 - Galassi, J.P y Galassi, M. D. (1977). Assessment procedures for assertive behavior, en R.E. Alberti (comp). *Assertiveness: Innovations, applications, issues*. San Luis Obispo, California: ed. Impact.
 - Gambrill, E. D. y Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, pp.550 - 561.
 - Gay, M. L.; Hollandsworth, J. G.jr. y Galassi, J. P. (1975). An assertive inventory for adults. *Journal of Counseling Psychology*, 22, pp. 340 - 344.
 - Hidalgo .C, C. G y Nureya .A, M. (2000). *Comunicación interpersonal. Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Santiago de Chile: ed. Ediciones Universidad Católica de Chile.
 - Kelley, C. (1979). *Assertion training: A facilitator's guide*. San Diego, California: University Associates.

-
- Kelly, J. A. (1987). Entrenamiento de las habilidades sociales. Bilbao: ed. Desclée De Brouwer, S. A.
 - Kendall, P.C. (1983). Methodology and cognitive - behavioral assessment. *Psychotherapy*, 11, pp.285 - 301.
 - Kendon, A. (1973). Some functions of gaze - direction in social interaction, en M. Argyle (comp.), *Social encounters: Readings in social interaction*. Middlesex, Penguin.
 - Kolko, D. J. y Milan, M.A. (1985). Conceptual and methodological issues in the behavioral assessment of heterosocial skills, en L´ Abate y M. A. Milan (comps.), *Handbook of social skills training and research*. Nueva York: ed. Wiley.
 - Lange, A.J. y Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Illinois: ed. Research.
 - Lemos Guiraldez, S y Vallina Fernández, O. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema/vol 12*, Artículo 004. Universidad de Oviedo, España. Documento recuperado el 12/01/08, de <http://www.redalyc.org/esquizofrenia>.
 - Lemos. G, S y Vallina. F, O. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema/vol 13*, Artículo 003. Universidad de Oviedo, España. Documento recuperado el 12/01/08, de <http://www.redalyc.org/esquizofrenia>.
 - León, O. G; Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. España: ed Mc Graw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
 - Liberman, R.P; Vaughn, C; Aitchison, R.A y Faloon, I. (1977). *Social skills training for relapsing schizophrenics*, Funded grant from the National Institute of Mental Health.
 - Liberman, R.P (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: ed. Martínez Roca, S.A.
 - López - Ibor Aldiño, J. J. y Valdés, M. M. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales TR*. [versión electrónica] España: ed. Masson.
 - Lorr, M. y More, W .W. (1980). Four dimension of assertiveness. *Multivariate Behavioral Research*, 2, pp.127-128.
 - Lorr, M.; More, W. W. y Mansueto, C.S. (1981). The structure of assertiveness: A confirmatory study. *Behavior Research and Therapy*, 19, pp. 153 -156.

-
- Michelson, L.; Molcan, K y Poorman, S. (1986). Development and psychometric properties of the nurses. Assertiveness inventory. Behavior Research and Therapy, 24, pp.77 - 81.
 - Monti, P.M.; Boice, R. ; Fingeret, A. L. ; Zwick, W. R.;Kolko, D. ;Munroe, S. y Grunberger, A. (1984). Midi - level measurement of social anxiety in psychiatric and non psychiatric samples. Behavior Research and Therapy, 22, pp. 651 - 660.
 - Pilkonis, P.A. (1977). The behavioral consequences of shyness. Journal of Personality, 45, pp. 585 - 595.
 - Rathus, S.A. (1975). Principles and practices of assertive training: An eclectic overview. The Counseling Psychologist, 5, pp.9 - 20.
 - Rinn, R. C. y Markle, A. (1979). Modification of social skills déficits in children, en A.S. Bellack y M. Hersen (comps). Research and practice in social skills training. Nueva York: ed. Plenum.
 - Riviere, A. (1982). Teoría del aprendizaje social. Madrid: ed. Espasa - Calpe, S. A.
 - Romano, J. M. y Bellack, A. S. (1980). Social validation of a component model of assertive behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, pp. 478 - 490.
 - Rose, Y. J. y Tryon, W.W. (1979). Judgments of assertive behavior as a function of speech loudness, latency, content, gestures, inflection and sex. Behavior Modification, 3, pp. 112 -123.
 - Royce, W. S. (1982). Behavioral referents for molar ratings of heterosocial skill. Psychological Reports, 50, pp. 139 - 146.
 - Safran, J. D. y Greenberg, L. S. (1985). Hot cognition and psychotherapy process: An information processing/ ecological approach, en P. C. Kendall (comp.), Advances in cognitive – behavioral research and therapy, vol 5. Nueva York: ed. Academic.
 - Spitzberg, B.H. y Cupach, W. R. (1985). Conversational skill and locus of perception. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 7, pp. 207- 220.
 - Stefanek, M. E. y Eisler, R. M. (1983). The current status of cognitive variables in assertiveness training, en R. M. Eisler; M. Hendersen y P. M. Miller (comps.), Progress in behavior modification, vol. 15. Nueva York: ed. Academic.
 - St Lawrence, J. S. (1982). Validation of a component model of social skill with outpatients adults. Journal of Behavioral Assessment, 4, pp. 15 - 26.

-
- Trower, P.; Bryant, B. y Argyle, M. (1978). Social skills and mental health. Londres: ed. Methuen.
 - Trower, P. y O' Mahony, J. (1978). Problems of social failure- can social psychology help?. Comunicación presentada en la British Psychology Society, Loughborough.
 - Tyler, P. y Tapsfield, P. (1984). Review of self ratings devices in social skills assessment and the preliminary investigation of a new scale (S.O.C.S.I.T). Behavioural Psychotherapy, 12, pp. 223 - 236.
 - Wilkinson, J. y Canter, S. (1982). Social Skills training manual: Assessment, programme design and management of training. Chichester: ed. Wiley.

“Universidad Empresarial Siglo 21”



Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Graduación

**“Taller de Entrenamiento en Habilidades Sociales para
Familiares de Pacientes con Esquizofrenia”.**

Anexos

(2008)

Marinaccio Agustina

Datos Institucionales.

Nombre de la Institución: Philip Pinel.

Director: Guillermo Fernández.

Tipo de Institución: privada.

Rubro: Salud mental.

Historia / fundadores: La clínica fue fundada hace 30 años, por el doctor Dichiara.

Una parte de la institución está conformada por lo asistencial y la otra por la fundación Doctor Dichiara.

La parte asistencial de la clínica, está representada por Philip Pinel, quien en el año 1943 libera a los pacientes psiquiátricos de las cadenas, tal como lo simboliza la escultura ubicada en la entrada.

Hace 30 años, a través de la fundación Doctor Dichiara, se fomentó mucho el ámbito cultural en la clínica. Entre otros, vino Borges a dar conferencias. Cuando el doctor Dichiara fallece en el año 1989 decae el empuje de esta fundación y el perfil cultural de la institución.

Luego asumió como director el doctor Rica y desde hace 4 años a esta parte, desde que la clínica fue vendida a Morra, yo fui enviado desde Carlos Paz a cubrir este puesto de director.

Misión: Curar pacientes, hacer prevención y clasificar. Es decir, intentar volver al paciente a la familia.

Organigrama:

- Director: Dr. Guillermo Fernández.
- Ambulatorio: Dr. José Ricca.
Dr. Guillermo Cucco.
- Médicos de planta: Dra. Maria Marta Abruñero.
Dr. Juan José Sáez.
Dra. Paola de Siervi.
Dr. Luis Maria Aramburu.
Dra. Tatiana Ross.
- Psicología: Lic. Maria Laura Acevedo.
Lic. Ana Julia Lubrina.
Lic Marga Venturín.
Lic Carolina Ricca.
Lic Julieta Rosso.
- Laborterapia: Lic Laura Lucero.
- Nutricionista: Lic Nancy Ojeda.
- Profesora de Educación Física.
- Asistente Social: Sergio Martínez.
- Enfermeros.
- Secretarias.

Entrevistas de prediagnóstico.

Director.: Dr. Guillermo Fernández.

1. ¿Cómo se insertaría la psicología en la institución?
Acá se realizan tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos. La psicología es parte del todo. Está completamente integrada. La clínica tiene un perfil muy abierto.
2. ¿Con que enfoque se trabaja?
Con la línea cognitiva conductual. Institucionalmente hay que ser sistémico y lograr una alianza con la familia.
3. ¿Se trabaja con la interdisciplinariedad? ¿Qué actividades podrían considerarse interdisciplinarias en la clínica?
Sí. Todas las actividades son interdisciplinarias... Por ejemplo en hospital de día, laborterapia.
4. ¿Qué servicios brinda la institución?
En ambulatoria e internación: psiquiatría, psicoterapia, talleres, laborterapia.
5. ¿Quedarían cubiertas todas las demandas necesarias a través de dichos servicios?
Acabamos de cubrir con la inclusión del trabajador social el tema de la descompresión de gente en la parte de internación.
En un momento, cuando cerraron ALUBA y los pacientes derivaron a esta clínica surgió la necesidad de actuar interdisciplinariamente y así se hizo.
6. ¿Existe actualmente un servicio específicamente orientado a niños?
No tan específico. Solo hay una psicóloga que, entre otras cosas, trabaja con niños.
7. ¿Como es integrada la familia del paciente en esta institución?
Se hacen reuniones de sondeo de demanda con familiares. Pero estas se centran más bien en cuestiones como por ejemplo si al paciente le faltó algo que le había sido dado por la familia.
8. ¿Actualmente existe algún proyecto llevado a cabo para cubrir alguna necesidad importante de la institución?
No. Bueno, se incorporó al asistente social para volver a algunos pacientes esquizofrénicos, que están bastante estables a la familia.
9. ¿Existe alguna área en la que pueda realizarse una labor de prevención no cubierta?
Sí, en todas las áreas.
10. ¿El cambio es solo a nivel edilicio?
No. La reestructuración es total. Nuevos pacientes enviados desde la clínica Santa Cecilia. Un 60% son del PAMI, nuevas reglas, sectorización....todo desde enero.

Esta antes, era una clínica más chica. Ahora aumento mucho a población de pacientes. De allí la necesidad de incluir al trabajador social para que reubique a algunos pacientes.

11. ¿El cambio fue gradual?

No fue gradual. Todos tuvimos que adaptarnos de un momento a otro.

12. ¿Se recurrió a alguna estrategia preventiva para la adaptación de aquellos pacientes que ya estaban y para los que llegaban a la clínica?

No.

13. ¿Se generaron dificultades a la hora de la integración entre los pacientes que estaban y los nuevos?

No, salvo algunos pacientes como los del Grooper que no querían compartir actividades con los demás. Por eso se sectorizó.

14. Se observaron efectos negativos en los pacientes a raíz del cambio?

No significativamente.

Entrevista de prediagnóstico a médicos residentes.

Entrevistado nº 1.

1. ¿Cómo se insertaría la psicología en la institución?
Como parte del tratamiento para los pacientes.
2. ¿Con que enfoque se trabaja?
Cognitivo conductual.
3. ¿Se trabaja con la interdisciplinariedad? ¿Qué actividades podrían considerarse interdisciplinarias en la clínica?
Sí. Todas: psicólogos, psiquiatras, enfermería, educación física, nutrición.
4. ¿Qué servicios brinda la institución?
Terapéutica, psicología, psiquiatría. Estimulación para los pacientes por parte de educación física, nutrición.
5. ¿Quedarían cubiertas todas las demandas necesarias a través de dichos servicios?
Faltarían actividades recreativas para planta baja que son los pacientes crónicos con mayor deterioro físico.
También hay pacientes que están solos, que son sentados para la familia como un problema.
6. ¿Existe actualmente un servicio específicamente orientado a niños?
Hay una psicóloga que también trabaja con niños.
7. ¿Cómo es integrada la familia del paciente en esta institución?
Se trata de formar una alianza con la familia para que se comprometan con el paciente.
8. ¿Actualmente existe algún proyecto llevado a cabo para cubrir alguna necesidad importante de la institución?
Se integró a Sergio Martínez, asistente social, para que reinserte a algunos pacientes compensados, esquizofrénicos, en el seno familiar.
El sistema social beneficia a que los pacientes queden en la institución.
9. ¿Existe algún área en la que pueda realizarse una labor de prevención no cubierta?
Sí. Por ejemplo con el tabaco. Aquí entre los pacientes hay muchos fumadores crónicos. Fuman tres o cuatro paquetes por día. Sería fundamental para evitar problemas mayores.
También con el tema de la sexualidad para padres de pacientes con trastornos histriónicos, por ejemplo medidas de prevención para estos padres.

10. ¿El cambio es solo a nivel edilicio?

No, también cambió la organización interna de la clínica. A los pacientes este cambio les va a llevar más tiempo. Antes era algo más casero. No había tanta burocratización, no había sectorización. Había un mayor contacto con el paciente.

11. ¿El cambio fue gradual?

No, fue repentino. Por ejemplo un viernes eran 30 pacientes y el lunes siguiente eran 50. Bajaron líneas desde Córdoba, en una visión más bien empresarial. Se dio una paradoja; en vez de diálogo y comunicación, para la visión empresarial es un no diálogo y no comunicación.

12. ¿Se recurrió a alguna estrategia preventiva para la adaptación de aquellos pacientes que ya estaban y para los que llegaban a la clínica?

No. Esta reestructuración afecta más a los pacientes crónicos que estaban en la clínica.

13. ¿Se generaron dificultades a la hora de la integración entre los pacientes que estaban y los nuevos?

No. A los crónicos se los hizo permanecer juntos.

14. ¿Se observaron efectos negativos en los pacientes?

En algunos de los que estaban surgieron crisis y descompensaciones.

Entrevistado nº 2.

1. ¿Cómo se insertaría la psicología en la institución?
Como parte de los servicios que da la clínica y en conjunto con los demás profesionales.
2. ¿Con que enfoque se trabaja?.
Con el cognitivo conductual.
3. ¿Se trabaja con la interdisciplinariedad?. ¿Qué actividades podrían considerarse interdisciplinarias en la clínica?.
Entre psiquiatras y psicólogos, con el área de educación física....Pero falta una mayor coordinación y fluidez en la interdisciplinariedad.
4. ¿Qué servicios brinda la institución?.
Psiquiatría, psicología, nutrición, educación física para los pacientes.
5. ¿Quedarían cubiertas todas las demandas necesarias a través de dichos servicios?.
No. Falta un servicio como quinesioterapia para los pacientes que no se pueden movilizar.
6. ¿Existe actualmente un servicio específicamente orientado a niños?.
Sí, hay una psicóloga que trabaja con niños pero no se puso tanto énfasis en este servicio aún.
7. ¿Cómo es integrada la familia del paciente en esta institución?.
Se trabaja con la familia. Médico y familia tienen un contacto permanente. Hay problemas en establecer una alianza con familias de esquizofrénicos, que suelen abandonarlos en la clínica.
8. ¿Actualmente existe algún proyecto llevado a cabo para cubrir alguna necesidad importante de la institución?.
Actualmente se está en vías de sectorización. Se sectorizaron pacientes según las patologías. También se va a sectorizar el patio. Se sectorizó la laborterapia en dos grupos: el primer grupo son pacientes con demencias y esquizofrenias y el otro grupo con pacientes más estables y con menor deterioro cognitivo.
9. ¿Existe algún área en la que pueda realizarse una labor de prevención no cubierta?
Sí. Aunque hubo mejoras por la inclusión de la asistente social, faltan mejoras en el tema de incorporar algo pensado para las familias de los pacientes, algo que estimule conductas saludables.
10. ¿El cambio es solo a nivel edilicio?.
No, también en la parte organizativa, nuevas reglas, nueva sectorización.

11. ¿El cambio fue gradual?

No fue gradual.

12. ¿Se recurrió a alguna estrategia preventiva para la adaptación de aquellos pacientes que ya estaban y para los que llegaban a la clínica?

No se preparó a los pacientes. No hubo prevención. Peso más lo Institucional sin tanto interés por el paciente. Falta interés por promover la salud.

13. ¿Se generaron dificultades a la hora de la integración entre los pacientes que estaban y los nuevos?

No. Como se sectorizó se trató de que los crónicos que ya estaban, permanezcan juntos.

14. ¿ Se observaron efectos negativos en los pacientes?

Sí, en los pacientes esquizofrénicos. Ellos fueron los más afectados. Se lo puede notar en los cambios en hábitos de alimentación, ritmo intestinal, ánimo. No estaban acostumbrados a un ir y venir tan grande de gente.

Entrevistado nº 3.

1. ¿Cómo se insertaría la psicología en la institución?.

Las psicólogas son parte integral en el tratamiento de los pacientes.

2. ¿Con que enfoque se trabaja?.

Cognitivo conductual.

3. ¿Se trabaja con la interdisciplinariedad?. ¿Qué actividades podrían considerarse interdisciplinarias en la clínica?.

Si. La interdisciplina se ve en situación de indicaciones a las pacientes respecto a las salidas, en los permisos y en las actividades de grupo, recreativas para los pacientes. En pacientes con retraso mental por ejemplo se trabaja en equipo entre asistente social, psicólogos, psiquiatras y los pacientes asisten a los talleres municipales. En este momento están asistiendo a esos talleres tres adolescentes. Hacen deporte en FUNDEMUR.

4. ¿Qué servicios brinda la institución?.

Psiquiatría, psicología, asistencia social, educación física, laborterapia , talleres.

5. ¿Quedarían cubiertas todas las demandas necesarias a través de dichos servicios?.

En un momento surgió una dificultad con los pacientes del grupo. Ellos les tenían miedo a las reacciones de los demás pacientes menos estables. De allí que se sectorizó el área, las comidas, las labores.

También se está trabajando con la familia de pacientes crónicos para volver al paciente estable al hogar.

6. ¿Existe actualmente un servicio específicamente orientado a niños?.

No específicamente. Aunque hay una psicóloga que trabaja con niños.

7. ¿Cómo es integrada la familia del paciente en esta institución?.

Se busca institucionalmente trabajar con la familia del paciente. Pero hay problemas con las familias de algunos crónicos que están estables y no quieren llevarse a estos pacientes de la clínica. Así estos pacientes no pueden acceder a una vida más funcional Además los pacientes vuelven descompensados de la casa. Evidentemente, algo no funciona bien en estas familias, cuando los pacientes se contactan con ellos.

8. ¿Actualmente existe algún proyecto llevado a cabo para cubrir alguna necesidad importante de la institución?.

El asistente social está reubicando a los pacientes estables en otros lugares.

Se sectorizó a los pacientes del grooper para que estén mas cómodos y para organizar mejor.

9. ¿Existe algún área en la que pueda realizarse una labor de prevención no cubierta?

Si. En el sector grooper, con los internados por períodos mas breves. No hay un plan concreto para mejorar la calidad de vida de los pacientes; por ejemplo todos fuman.

10. ¿El cambio es solo a nivel edilicio?.

No. Hay un nuevo organigrama, hay un doble de pacientes, antes no había sectorización porque eran pocos. Se busca la organización.

11. ¿El cambio fue gradual?.

No, fue de un día para otro.

12. ¿Se recurrió a alguna estrategia preventiva para la adaptación de aquellos pacientes que ya estaban y para los que llegaban a la clínica?.

No se previno. El cambio fue para todos y de repente.

13. ¿Se generaron dificultades a la hora de la integración entre los pacientes que estaban y los nuevos?.

Los pacientes que llegaron del Santa Cecilia se integraron bien. La mayor dificultad fue para los que ahora están sectorizados en el grooper. Ellos no querían compartir con el resto las comidas ni las actividades.

14. ¿ Se observaron efectos negativos en los pacientes?.

Los crónicos, para los que la clínica era su casa. También los del grooper; aunque con la sectorización se mejoró su situación de incomodidad y miedo.

Entrevistado nº 4.

1. ¿Cómo se insertaría la psicología en la institución?
Como parte del tratamiento y la asistencia a los pacientes.
2. ¿Con que enfoque se trabaja?
La línea que se trabaja es cognitivo conductual.
3. ¿Se trabaja con la interdisciplinariedad?. ¿Qué actividades podrían considerarse interdisciplinarias en la clínica?
Sí. De Córdoba, del Sanatorio Morra nos piden interdisciplinariedad. Piden mayor interacción Médico, psicólogo, enfermeros. Recientemente desde Córdoba nos han enviado las plantillas de interacción a las que recurren médicos y enfermeros, donde se registran las indicaciones para los pacientes.
4. ¿Qué servicios brinda la institución?
Los servicios son: psicoterapia individual y grupal, educación física, psiquiatría. La terapia ocupacional y educación física ahora están divididas en grupos de pacientes.
5. ¿Quedarían cubiertas todas las demandas necesarias a través de dichos servicios?
Sí. No encuentro faltas muy notorias en los servicios que hay.
6. ¿Existe actualmente un servicio específicamente orientado a niños?
No es un servicio muy desarrollado, hay solo una psicóloga que trata a niños
7. ¿Cómo es integrada la familia del paciente en esta institución?
Se trabaja con la familia. Se trata de formar una alianza con ellos para que se comprometan, por el bien del paciente. Igualmente en algunos casos de pacientes esquizofrénicos falta mayor relación, mejor contacto con el familiar.
8. ¿Actualmente existe algún proyecto llevado a cabo para cubrir alguna necesidad importante de la institución?
El asistente social, Sergio está contactándose con las familias para pedir ropa, interviene a la hora de organizar permisos, pero tal vez no sea suficiente para modificar lo que comentaba antes.
9. ¿Existe algún área en la que pueda realizarse una labor de prevención no cubierta?
Sí. Por ejemplo charlas a la comunidad sobre suicidio. En general, en todas las áreas sería bueno desarrollar una tarea preventiva para así mejorar la interacción en el sistema, en especial entre familia e institución.
10. ¿El cambio es solo a nivel edilicio?.

No, el cambio es para todo el sistema.

11. ¿El cambio fue gradual?

No fue gradual. Nosotros no sabíamos y de repente llegaron nuevos lineamientos para todos.

12. ¿Se recurrió a alguna estrategia preventiva para la adaptación de aquellos pacientes que ya estaban y para los que llegaban a la clínica?

No hubo prevención.

13. ¿Se generaron dificultades a la hora de la integración entre los pacientes que estaban y los nuevos?

A los pacientes se los sectorizó, creo que gracias a esto se integraron mejor.

14. ¿Se observaron efectos negativos en los pacientes?

Sí. Para algunos crónicos que hacía muchos años vivían acá; aunque se buscó ubicarlos juntos y para los pacientes de las obras sociales privadas, del grooper, con trastornos de personalidad, cuadros no graves. Ellos se asustaron y no querían compartir actividades o almuerzos con pacientes con deterioro cognitivo. Para solucionar eso se los sectorizó.

Entrevistado nº 5.

1. ¿Cómo se insertaría la psicología en la institución?

La psicología es parte de los servicios que da la clínica.

2. ¿Con que enfoque se trabaja?

Cognitivo- conductual.

3. ¿Se trabaja con la interdisciplinariedad?. ¿Qué actividades podrían considerarse interdisciplinarias en la clínica?

Todas las actividades. Las que tienen que ver con la psiquiatría, psicología, enfermería, laborterapia. Pero aunque están así programadas no en todos los casos se concreta tanto esto de la interdisciplinariedad. Creo que la comunicación debería ser mayor a la establecida.

4. ¿Qué servicios brinda la institución?

Los servicios son de psiquiatría, psicología, nutrición, educación física, laborterapia.

5. ¿Quedarían cubiertas todas las demandas necesarias a través de dichos servicios?

No. Considero que el punto de urgencia pasa por recolectar a familiares, con los pacientes crónicos sobretodo. Algunos pacientes con esquizofrenia, obviamente que estabilizados podrían pasar más tiempo en su casa, pero suelen volver porque se descompensan ahí. Faltan también emprendimientos para que estos pacientes, sobretodo los pacientes con esquizofrenia, se levanten todos los días y tengan actividades fijas. Pasa por mejorar su condición de vida en este lugar y fuera de el.

6. ¿Existe actualmente un servicio específicamente orientado a niños?

No tan específico. Solo una psicóloga trabaja con niños.

7. ¿Cómo es integrada la familia del paciente en esta institución?

En el sector de crónicos como dije, la familia muchas veces se desentiende del paciente; pero la idea sería que la familia esté integrada al tratamiento.

8. ¿Actualmente existe algún proyecto llevado a cabo para cubrir alguna necesidad importante en la institución?

Solo asistencia social para tratar de reubicar a pacientes que no necesitan seguir internados en la clínica.

9. ¿Existe algún área en la que pueda realizarse una labor de prevención no cubierta?

Si. Para mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos. Fomentar la salud desde la actividad.

10. ¿El cambio es solo a nivel edilicio?

No solo edilicio. También en la organización, la reglamentación. Hay más pacientes. Por ejemplo antes eran 8 los pacientes crónicos y ahora son casi treinta entre los del PAMI y los privados, en total.

11. ¿El cambio fue gradual?

No. Ninguno de estos cambios fue gradual.

12. ¿Se recurrió a alguna estrategia preventiva para la adaptación de aquellos pacientes que ya estaban y para los que llegaban a la clínica?

No hubo prevención. Ni para los que llegaban, ni para los que estaban, ni para los profesionales.

13. ¿Se generaron dificultades a la hora de la integración entre los pacientes que estaban y los nuevos?

No. Entre ellos bien porque los crónicos que estaban en la clínica permanecieron juntos y en ese sentido no hubo dificultades.

14. ¿ Se observaron efectos negativos en los pacientes?

Claro. Las complicaciones se dieron más que nada en el caso de los crónicos y tienen que ver con la nueva reglamentación. Algunos se descompensaron.

Por ejemplo hay un caso de trastorno obsesivo compulsivo, una persona muy retraída cuya única actividad era salir a darle de comer a los perros. Como ahora se cerraron con llave todas las puertas, dadas las nuevas reglas, no puede salir a darle de comer a los perros. Se solicitó a su hermana que firme un permiso para que salga. Pero esta autorización demoró. A la paciente le agarraban crisis de ansiedad e hipotensión, se descompensaba.

Jefe de psiquiatras.

1. ¿Cómo se insertaría la psicología en la institución?

La psicología esta integrada con su jerarquía y oblicuidad de roles.

2. ¿Con que enfoque se trabaja?

La línea es cognitivo conductual.

3. ¿Se trabaja con la interdisciplinariedad? ¿Qué actividades podrían considerarse interdisciplinarias en la clínica?

Si. Psiquiatras, psicólogos, laborterapia, neurólogos, médicos clínicos, profesora de educación física, enfermeras.

4. ¿Qué servicios brinda la institución?

Psiquiatría, psicología; tanto en ambulatorio como en internación.

5. ¿Quedarían cubiertas todas las demandas necesarias a través de dichos servicios?

La parte de niños sería la más desprotegida.

También la parte cultural que fomentaba el doctor Dichiara está apagada actualmente.

Cuando todo este más tranquilo se reactivará.

6. ¿Existe actualmente un servicio específicamente orientado a niños?

No, aunque hay una psicóloga que se dedica a niños.

7. ¿Cómo es integrada la familia del paciente en esta institución?

Hacemos reuniones de sondeo con los familiares. Se busca trabajar sistemicamente con ellos.

8. ¿Actualmente existe algún proyecto llevado a cabo para cubrir alguna necesidad importante en la institución?

Se realizan actividades de investigación y docencia. Se está llevando a cabo la labor asistencial para reubicar a algunos pacientes con esquizofrenia, estabilizados, .Por supuesto que están internados actualmente.

9. ¿Existe algún área en la que pueda realizarse una labor de prevención no cubierta?

Tal vez, aunque se han hecho charlas de educación sexual o sobre ideación suicida, con invitaciones regionales.

10. ¿El cambio es solo a nivel edilicio?

No solo edilicio. Cambiaron los sistemas de atención, los equipos de profesionales. Estos se cambiaron a rotativos y se sectorizaron. Hubo cambio de reglas. Actualmente hay una mayor inflexibilidad. Se tomaron ciertos recaudos relativos a la responsabilidad civil y penal en la clínica. También se hicieron cambios en la visita familiar.

11. ¿El cambio fue gradual?

No fue gradual. A veces lo institución y sus tiempos superan las posibilidades. Esta situación requiere adaptación.

12. ¿Se recurrió a alguna estrategia preventiva para la adaptación de aquellos pacientes que ya estaban y para los que llegaban a la clínica?.

No hubo prevención.

13. ¿Se generaron dificultades a la hora de la integración entre los pacientes que estaban y los nuevos?.

No. Los pacientes están acostumbrados a las idas y venidas de gente en la clínica.

14¿ Se observaron efectos negativos en los pacientes?.

Sin duda el cambio fue traumático para todos. Hubo algunos enojos.

Entrevistas de diagnóstico.

Entrevista a psiquiatra de sector crónicos.(1)

1- ¿Cómo se trabaja con la familia del paciente con esquizofrenia crónica?

Se trata de hacer alianza con la familia para que se comprometan más con el paciente. También se los convoca cuando hace falta pedir algún permiso o por alguna eventualidad que tenga que ver con el estado del paciente. No siempre la familia responde con compromiso

2- ¿Qué enfoque se utiliza?

Nosotros con el paciente uno biólogo, pero en la clínica se trabaja a nivel sistémico.

3- ¿De qué manera es dada a conocer la reglamentación de la clínica a la familia y al paciente?

En cada sector hay una reglamentación colgada, a la vista del paciente y a la familia se le informa en las reuniones y también en caso que haga falta cuando vemos que no están cumpliendo por ejemplo si vemos que los padres le están dando plata al paciente, se lo decimos.

4-¿Con qué frecuencia se permiten las visitas de familiares a estos pacientes?

Una vez por semana, los miércoles de cinco a siete.

5-¿La familia tiene continuidad respecto a las visitas?

Unas más que otras. En el caso de los crónicos que están internados desde hace mucho tiempo acá, algunas familias vienen poco.

6-¿En la clínica se organizan reuniones con las familias de pacientes esquizofrénicos en la clínica?. ¿Con qué fin?. ¿Con qué frecuencia?.

Si, una vez por mes y son de tipo administrativas, por permisos, se discuten temas de que si hay que llevarle algo que necesite el paciente...

7-¿Asisten las familias de estos pacientes a las reuniones realizadas?.

Si vienen por lo general.

8-¿Responde rápidamente la familia ante la necesidad de pedido de un permiso para beneficio del paciente?.

No siempre, a veces esos permisos tardan y hemos tenido situaciones de pacientes que se descompensan por la demora de un permiso para salir por ejemplo, pero depende...

9-¿Considera que existen conflictos al momento de involucrar a la familia en el tratamiento y en la recuperación del paciente?.¿Cuáles?. ¿Por qué?.

Si, a veces noto que hay poca información sobre la enfermedad por parte de la familia. También pasa que no saben como manejarlos cuando van de visita a la casa, se dan situaciones difíciles por parte de la familia que no ayudan en la recuperación.

10-¿Conoce si se han realizado proyectos para solucionar estos conflictos o evitar que empeoren?. ¿Cuáles?.

Si, otros años se hicieron proyectos educativos para la familia sobre la diferencia entre psicosis y esquizofrenia....ahora el asistente social está trabajando con la familia.

11-¿Actualmente se esta llevando a cabo algún taller psicoeducativo para la familia de pacientes con esquizofrenia en la clínica?

No, ninguno.

12-¿Se realizan en la clínica jornadas de reflexión con las familias de pacientes con esquizofrenia?

No, las reuniones son más bien informativas o administrativas.

13-¿Qué aspectos serían necesarios mejorar respecto a la relación paciente con esquizofrenia - familia - institución?.

Creo que es importante trabajar el tema de la comunicación sobretodo y la responsabilidad.

14-¿Considera necesario trabajar complementariamente dichos temas en un espacio especialmente dedicado a la familia del paciente con esquizofrenia?

Si, eso seguro que vendría bien, sería de gran ayuda para el tratamiento y sobre todo para los pacientes. La familia necesita entender mejor por donde pasa el padecer un trastorno como una psicosis o una esquizofrenia y también la importancia que tiene el contacto del familiar para que los síntomas del paciente no empeoren y mejorar su calidad de vida.

15-¿Habría de su parte disponibilidad personal, para colaborar con sus conocimientos y su experiencia profesional, hacia un cambio que genere un mayor involucramiento familiar con el paciente crónico compensado?.

Si, seguro...

Entrevista a psiquiatra de sector crónicos (2).

- 1- ¿Cómo se trabaja con la familia del paciente con esquizofrenia?
Se busca que este lo mas involucrada posible con el tratamiento y lo que necesita el paciente. No siempre. A veces se complica más con los familiares de pacientes que están internados desde hace bastante tiempo.
- 2- ¿Qué enfoque se utiliza?
Desde la psicología?...cognitivo conductual.
- 3- ¿De qué manera es dada a conocer la reglamentación de la clínica a la familia y al paciente?
Al paciente se le dice que puede o no hacer, también están los reglamentos en las habitaciones, a mano. Hay una nueva reglamentación
A la familia se le informa cuando el paciente ingresa a la clínica.
- 4- ¿Con qué frecuencia se permiten las visitas de familiares a estos pacientes?
Una vez por semana ahora. Antes era mas flexible pero como ahora aumento la población de los pacientes se estructuro más ese tema..... para estar más organizados.
- 5- ¿La familia tiene continuidad respecto a las visitas?
Si...en algunos casos no tanto pero eso se ve mas en pacientes que están hace mucho acá internados. Igualmente creo que como ahora se acotaron las visitas la familia trata de aprovechar para venir a verlo.
- 6- ¿En la clínica se organizan reuniones con las familias de los pacientes con esquizofrenia ?. ¿Con qué fin?. ¿Con qué frecuencia?
Se realiza una mensualmente y para sobre todo para informarles de algo que esta necesitando el paciente, o para pedirles algún permiso si se organiza alguna actividad en especial.
- 7- ¿Asisten las familias de estos pacientes a las reuniones realizadas?.
Si por lo general son de venir.
- 8- ¿Responde rápidamente la familia ante la necesidad de pedido de un permiso para beneficio del paciente?.
Depende de que familia estemos hablando pero por lo general responden bastante.
- 9- ¿Considera que existen conflictos al momento de involucrar a la familia en el tratamiento y en la recuperación del paciente?. ¿Cuáles?. ¿Por qué?
Si, claro...a veces los pacientes que son de otro lado o hace mucho que están y la familia se interesa por su bienestar, pero acá en la clínica. Quiero decir, no hay intenciones de llevarlo mucho a la casa, enseguida está la excusa de que traen problemas en la familia, y mucho menos de

que vuelva a vivir con ellos. No se dan cuenta de que la familia misma es también la que tiene problemas quizás porque le falta información.

10- ¿Conoce si se han realizado proyectos para solucionar estos conflictos o evitar que empeoren? ¿Cuáles?.

Si, Sergio Martínez que es el asistente social se esta ocupando hace un tiempo de hacer una especie de seguimiento a los familiares.

11- ¿Actualmente se está llevando a cabo algún taller psicoeducativo para la familia del paciente con esquizofrenia en la clínica?

No, eso no. Se hizo en años anteriores, creo que el año pasado hubo algo para la familia; pero ahora no hay ninguna actividad de ese tipo en la clínica.

12- ¿Se realizan en la clínica jornadas de reflexión con las familias de pacientes crónicos estables?

No actualmente.

13- ¿Qué aspectos serían necesarios mejorar respecto a la relación paciente con esquizofrenia - familia- institución?.

Primero el compromiso del familiar con el paciente. Que la clínica deje de ser tomada por algunos de ellos como un depósito y que mejoren la relación con su familiar enfermo cuando van a su casa de visita.

14- ¿Considera necesario trabajar complementariamente dichos temas en un espacio especialmente dedicado a la familia del paciente con esquizofrenia?

Si, sería muy beneficioso porque un cambio a nivel familia podría traer beneficios en todos los otros ámbitos, tanto al paciente como a la familia, como para los profesionales; en un mejor resultado del tratamiento y sobre todo en la rehabilitación.

15- ¿Habría de su parte disponibilidad personal, para colaborar con sus conocimientos y su experiencia profesional, hacia un cambio que genere un mayor involucramiento familiar con el paciente con esquizofrenia?.

Si, mientras me den los tiempos.... estoy dispuesto a colaborar.

Entrevista al director.

1- Después de realizar un prediagnóstico, sondeando áreas para complementar con un abordaje en la clínica, llegue a la conclusión de que sería importante profundizar con unas preguntas acerca de la familia del paciente con esquizofrenia...

Sí, justamente recuerdo que en la primera entrevista yo hice más hincapié en ese tema porque me parece que es un área en la que hay mucho por hacer... ¿entrevistaste al asistente social?..

2- Sí, ya tuve una entrevista con él y me comentaba de que se trata su trabajo con la familia... ¿Cómo se trabaja con la familia del paciente con esquizofrenia desde la clínica?.

Principalmente lo que se busca es lograr una alianza con la familia para que colaboren en lo que es el tratamiento y la recuperación del paciente. Institucionalmente hay que ser sistémico. Con la incorporación del asistente social se abrió un espacio cada quince días para trabajar la temática de reinsertar al paciente en la familia

3-En las reuniones de sondeo que se realizan con los familiares de estos pacientes en la clínica, se tratan temáticas relativas a la relación paciente-familia?

No, estas reuniones son más relativas a los permisos, a lo que necesita el paciente... más administrativas.

4-¿Se está implementando actualmente algún abordaje para complementar la compleja labor del asistente social con la familia?

No, por eso te decía que podrías orientar tu proyecto al tema de la familia

5-¿Se realizaron anteriormente abordajes psicoeducativos para a familia de los pacientes con esquizofrenia?

Si, en años anteriores hubo una psicóloga que hizo un proyecto psicoeducativo sobre diferencias entre psicosis y esquizofrenia.

6-¿Y cómo respondieron las familias ante este tipo de abordaje?

Muy bien, en un ochenta por ciento...venían muy motivados...hay mucha ignorancia en algunas familias sobre estos trastornos y sobre como manejarse con el enfermo cuando va a la casa. Hubo problemas con dos o tres familias...de veinte que venían.

7-¿Consideraría beneficioso y útil la realización de un abordaje de este tipo? ¿por qué?.

Si, claro. Porque el paciente crónico que está compensado cuando sale del entorno institucional, entra al familiar y ahí se generan muchos conflictos.

Además sumaría a la hora de tratar de reubicar a estos pacientes en el seno familiar, para que desde la familia se mejoren pautas de interacción que le permitan al paciente sentirse más contenido y expuesto a

menores descompensaciones.

¿Existiría de parte de la clínica disponibilidad de espacio y tiempo para realizar un abordaje familiar?

Claro, todo lo que sume es bienvenido. Es más...en la clínica antes había y ahora se va a construir un aula grande para realizar talleres abiertos a la comunidad.

Entrevista al asistente social.

1- ¿Cómo se trabaja con la familia del paciente con esquizofrenia?
Yo estoy trabajando con el objetivo de revincular a la familia con el paciente y comprometerla. La familia es el contexto afectivo más próximo del paciente.

Ellos no tienen un contexto extrainstitucional que no sea la familia. Cada quince días funciona un espacio para familiares de pacientes. Mi trabajo se enfoca en construir vínculos, no de recuperar... Se hace complejo. El paciente es un sujeto que no pudo con el funcionamiento familiar y resuelve su necesidad de equilibrio estando afuera del sistema. En el espacio familiar se trabaja también con el para qué de la internación. Se busca cambiar la idea de la clínica como asilo o depósito de personas. Se los informa además sobre aspectos legales que amparan al paciente....

2- ¿Qué enfoque se utiliza?.

La clínica es muy abierta en ese sentido. Depende del profesional. Yo tengo formación sistémica.

3- ¿De qué manera es dada a conocer la reglamentación de la clínica a la familia y al paciente?.

A la familia se la informa en reuniones y cuando el paciente ingresa a la institución. Para el paciente hay reglamentaciones en las habitaciones y también se les informa sobre esto.

4- ¿Con qué frecuencia se permiten las visitas de familiares a pacientes con esquizofrenia?.

Desde que cambió la reglamentación, una vez por semana.

5- ¿La familia tienen continuidad respecto a las visitas?.

Depende, quizás en los que hace poco tiempo que están internados si tiene continuidad pero en el caso de pacientes que hace muchos años que están acá no tanto. En esos casos hay situaciones de familiares apoderados legales, que son los que administran sus bienes y también curadores que son personas que los representan legalmente. Desde lo legal a esta gente a veces le conviene que el paciente esté internado mucho tiempo, eso pasa por intereses económicos.

6- ¿En la clínica se organizan reuniones con las familias de los pacientes con esquizofrenia? ¿Con qué fin? ¿Con qué frecuencia?.

Si, como te decía por un lado las administrativas y yo con el espacio para las familias cada quince días con el objetivo de re- vincular.

7- ¿Asisten las familias de estos pacientes a las reuniones realizadas?.

En el caso de las reuniones que organizo a veces se vuelve complejo. Son sistemas cerrados y rígidos. Si el patrón no se arraiga en una creencia se vuelve más fácil el cambio. Se trabajaron en principio temas

como a que le atribuía la familia la enfermedad. Ellos tendían a adjudicar las causas a lo biológico y a desentenderse del tema. Forman un círculo que tiende a proteger patológicamente a la familia. Cuando comencé con estos encuentros se generó una especie de psicosis en las familias y en los pacientes.

Creían que los iban a echar a todos de la clínica. Pero se fue trabajando con eso también...

8- ¿Responde rápidamente la familia ante la necesidad de pedido de un permiso para beneficio del paciente?.

Depende de la familia. Con algunas familias hay que ser muy insistente y capaz implementar diferentes estrategias para no perder el contacto, sin ser intrusivos.

9- ¿Considera que existen conflictos al momento de involucrar a la familia en el tratamiento y en la recuperación del paciente?. ¿Cuáles?. ¿Por qué?.

Sí, sobretodo con la recuperación. Cuando el paciente va de visita al hogar, el paciente se vuelve el motivo de queja familiar. Necesitan que esté fuera. Como te decía forman una clausura organizacional y vuelven al sistema impermeable, que nadie interfiera. Por eso se vuelve tan difícil incluirse o incluir sanamente al paciente en la dinámica familiar.

10- ¿Conoce si se han realizado otros proyectos para solucionar estos conflictos o evitar que empeoren?. ¿Cuáles?.

Además del proyecto de revinculación familiar se hicieron proyectos para educar a la familia en años anteriores.

11- ¿Actualmente se está llevando a cabo algún taller psicoeducativo para la familia del paciente con esquizofrenia en la clínica?

No específicamente.

12- ¿Se realizan en la clínica jornadas de reflexión con las familias de pacientes con esquizofrenia?

No.

13- ¿Qué aspectos serían necesarios mejorar respecto a la relación paciente con esquizofrenia- familia- institución?.

Principalmente el tema del compromiso y el involucramiento familiar en la recuperación del paciente. Quizás pase por darles herramientas a las familias para que salgan de su ignorancia respecto a formas de interactuar que son perjudiciales, no saludables.

14- ¿Considera necesario trabajar complementariamente dichos temas en un espacio especialmente dedicado a la familia del paciente con esquizofrenia?.

Sí, todo lo que se inscriba positivamente en el proceso terapéutico es necesario.

15- ¿Habría de su parte disponibilidad personal, para colaborar con sus

conocimientos y su experiencia profesional, hacia un cambio que genere un mayor involucramiento familiar con el paciente con esquizofrenia?
Si.

Cuestionario a familiares 1.

- 1) ¿Con qué profesionales de la clínica mantiene usted mayor contacto habitualmente?
 - a) Director.
 - b) Psiquiatra.
 - c) Psicóloga clínica.
 - d) Psicóloga de laborterapia.
 - e) Asistente social.
 - f) Enfermeros.
 - g) Profesora de educación física.

- 2) ¿Conoce el reglamento de la clínica para los pacientes y sus respectivos familiares?
 - a) Solo el reglamento para los pacientes.
 - b) Solo el reglamento para los familiares de los pacientes.
 - c) Ambos reglamentos.
 - d) No conozco ningún reglamento.

- 3) ¿Con qué frecuencia se le permite la visita a su familiar interno en la clínica?
 - a) Dos veces por semana.
 - b) Una vez por semana.
 - c) Una vez cada quince días.
 - d) Una vez al mes.
 - e) Menos que una vez al mes.
 - f) Menos de una vez cada tres meses.

- 4) ¿Con qué frecuencia asiste usted a visitar a su familiar en la clínica?
 - a) Dos veces por semana.
 - b) Una vez por semana.
 - c) Una vez cada quince días.
 - d) Una vez al mes.
 - e) Menos de una vez al mes.
 - f) Menos de una vez cada tres meses.

- 5) ¿De qué carácter son las reuniones que organiza una vez al mes la clínica para los familiares de los pacientes internados?
 - a) Administrativas e informativas, para pedidos de permisos, comunicaciones o solicitud de algo en particular que necesite el paciente.
 - b) Terapéuticas, para el tratamiento psicológico de la familia y como complemento de la rehabilitación que realiza el paciente.
 - c) Psicoeducativas posibilitando la información, desarrollo y fortalecimiento de capacidades en las personas para mantenerse saludables haciendo énfasis en los aspectos psicológicos para el logro de dicho objetivo.
 - d) No conozco de que carácter son las reuniones.

-
- 6) ¿ Con qué frecuencia asiste usted a estas reuniones ?.
- a) Siempre.
 - b) Frecuentemente.
 - c) Excepcionalmente.
 - d) Nunca.
- 7) ¿ Tiene su familiar internado posibilidades de realizar visitas al hogar cuando se encuentra compensado?
- a) Sí.
 - b) No.
 - c) No conozco.
- 8) ¿ Cuándo fue la última vez que su familiar internado realizó una visita al hogar?
- a) Hace una semana.
 - b) Hace quince días.
 - c) Hace un mes.
 - d) Hace más de un mes.
 - e) Tres meses o más tiempo.
- 9) ¿ Cuánto tiempo permanece generalmente su familiar en el hogar cuando hace una visita?
- a) Un día.
 - b) Un fin de semana.
 - c) Una semana.
 - d) Quince días.
 - e) Más tiempo.
- 10) ¿ Principalmente por qué motivo su familiar es llevado de regreso a la clínica cuando hace una visita al hogar?
- a) Porque se cumple un plazo de autorización médica.
 - b) Por voluntad del familiar interno.
 - c) Por voluntad de la familia.
 - d) Porque se descompensa cuando permanece fuera de la clínica.
- 11) ¿ Considera que el clima del hogar se modifica cuando su familiar interno realiza visitas al hogar?
- a) Sí.
 - b) No.
- 12) ¿ Cómo calificaría la comunicación entre la familia y el paciente cuando

visita el hogar?

- a) Siempre me comunico de manera óptima y nos entendemos perfectamente.
- b) Generalmente logro comunicarme bien, pero a veces me quedo con la sensación de no poder expresar del todo lo que siento o necesito.
- c) Solo a veces puedo comunicarme, quedándome en la mayoría de las situaciones con la impresión de que no nos podemos entender.
- d) En la gran mayoría de las veces hay falta de entendimiento y pobre comunicación.
- e) Siempre nuestros intentos de comunicación fracasan y no podemos entendernos.

13) ¿Cómo calificaría la comunicación entre la familia y el paciente cuando lo visitan en la clínica?

- a) Siempre me comunico de manera óptima y nos entendemos perfectamente.
- b) Generalmente logro comunicarme bien, pero a veces me quedo con la sensación de no poder expresar del todo lo que siento o necesito.
- c) Solo a veces puedo comunicarme, quedándome en la mayoría de las situaciones con la impresión de que no nos podemos entender.
- d) En la gran mayoría de las veces hay falta de entendimiento y pobre comunicación.
- e) Siempre nuestros intentos de comunicación fracasan y no podemos entendernos.

14) ¿Qué factores de la clínica se podrían mejorar para favorecer la comunicación?

15) ¿Qué factores del hogar se podrían mejorar para favorecer la comunicación?

16) ¿Cuánto tiempo hace que su familiar hizo su ingreso a la clínica?

- a) Menos de un mes.
- b) Más de un mes y menos de un año.
- c) Un año o más tiempo.

17) ¿Cuánto tiempo hace que su familiar permanece internado en la clínica?

- a) Menos de un mes.
- b) Más de un mes y menos de un año.
- c) Un año o más tiempo.

18) ¿Tiene la familia relación con otras familias de pacientes crónicos internados en esta clínica, con quienes puedan compartir su experiencia como tales y sentirse más contenidos?

- a) Si.
- b) No.

19) ¿Existe actualmente algún espacio en la clínica en el que se den charlas psicoeducativas para familiares de pacientes crónicos, con el objetivo de desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables desde lo psicológico?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No conozco.

20) ¿De qué manera consideran la creación en la clínica, de un espacio especialmente dedicado a tratar temas que conciernen a los familiares de paciente crónicos?

- a) Necesario.
- b) Innecesario.

21) ¿En el caso de crearse un espacio para la familia con estos fines, habría disponibilidad de su parte para asistir a la clínica?

- a) Si.
- b) No.

Cuestionario a familiares 2.

- 1) ¿Con qué profesionales de la clínica mantiene usted mayor contacto habitualmente?
 - a) Director.
 - b) Psiquiatra.
 - c) Psicóloga clínica.
 - d) Psicóloga de laborterapia.
 - e) Asistente social.
 - f) Enfermeros.
 - g) Profesora de educación física.

- 2) ¿Conoce el reglamento de la clínica para los pacientes y sus respectivos familiares?
 - a) Solo el reglamento para los pacientes.
 - b) Solo el reglamento para los familiares de los pacientes.
 - c) Ambos reglamentos.
 - d) No conozco ningún reglamento.

- 3) ¿Con qué frecuencia se le permite la visita a su familiar interno en la clínica?
 - a) Dos veces por semana.
 - b) Una vez por semana.
 - c) Una vez cada quince días.
 - d) Una vez al mes.
 - e) Menos que una vez al mes.
 - f) Menos de una vez cada tres meses.

- 4) ¿Con qué frecuencia asiste usted a visitar a su familiar en la clínica?
 - a) Dos veces por semana.
 - b) Una vez por semana.
 - c) Una vez cada quince días.
 - d) Una vez al mes.
 - e) Menos de una vez al mes.
 - f) Menos de una vez cada tres meses.

- 5) ¿De qué carácter son las reuniones que organiza una vez al mes la clínica para los familiares de los pacientes internados?
 - a) Administrativas e informativas, para pedidos de permisos, comunicaciones o solicitud de algo en particular que necesite el paciente.
 - b) Terapéuticas, para el tratamiento psicológico de la familia y como complemento de la rehabilitación que realiza el paciente.
 - c) Psicoeducativas posibilitando la información, desarrollo y fortalecimiento de capacidades en las personas para mantenerse saludables haciendo énfasis en los aspectos psicológicos para el logro de dicho objetivo.
 - d) No conozco de que carácter son las reuniones.

-
- 6) ¿ Con qué frecuencia asiste usted a estas reuniones ?.
- a) Siempre.
 - b) Frecuentemente.
 - c) Excepcionalmente.
 - d) Nunca.
- 7) ¿ Tiene su familiar internado posibilidades de realizar visitas al hogar cuando se encuentra compensado?
- a) Sí.
 - b) No.
 - c) No conozco.
- 8) ¿ Cuándo fue la última vez que su familiar internado realizó una visita al hogar?
- a) Hace una semana.
 - b) Hace quince días.
 - c) Hace un mes.
 - d) Hace más de un mes.
 - e) Tres meses o más tiempo.
- 9) ¿ Cuánto tiempo permanece generalmente su familiar en el hogar cuando hace una visita?
- a) Un día.
 - b) Un fin de semana.
 - c) Una semana.
 - d) Quince días.
 - e) Más tiempo.
- 10) ¿ Principalmente por qué motivo su familiar es llevado de regreso a la clínica cuando hace una visita al hogar?
- a) Porque se cumple un plazo de autorización médica.
 - b) Por voluntad del familiar interno.
 - c) Por voluntad de la familia.
 - d) Porque se descompensa cuando permanece fuera de la clínica.
- 11) ¿ Considera que el clima del hogar se modifica cuando su familiar interno realiza visitas al hogar?
- a) Sí.
 - b) No.
- 12) ¿ Cómo calificaría la comunicación entre la familia y el paciente cuando

visita el hogar?

- a) Siempre me comunico de manera óptima y nos entendemos perfectamente.
- b) Generalmente logro comunicarme bien, pero a veces me quedo con la sensación de no poder expresar del todo lo que siento o necesito.
- c) Solo a veces puedo comunicarme, quedándome en la mayoría de las situaciones con la impresión de que no nos podemos entender.
- d) En la gran mayoría de las veces hay falta de entendimiento y pobre comunicación.
- e) Siempre nuestros intentos de comunicación fracasan y no podemos entendernos.

13) ¿Cómo calificaría la comunicación entre la familia y el paciente cuando lo visitan en la clínica?

- a) Siempre me comunico de manera óptima y nos entendemos perfectamente.
- b) Generalmente logro comunicarme bien, pero a veces me quedo con la sensación de no poder expresar del todo lo que siento o necesito.
- c) Solo a veces puedo comunicarme, quedándome en la mayoría de las situaciones con la impresión de que no nos podemos entender.
- d) En la gran mayoría de las veces hay falta de entendimiento y pobre comunicación.
- e) Siempre nuestros intentos de comunicación fracasan y no podemos entendernos.

14) ¿Qué factores de la clínica se podrían mejorar para favorecer la comunicación?

15) ¿Qué factores del hogar se podrían mejorar para favorecer la comunicación?

16) ¿Cuánto tiempo hace que su familiar hizo su ingreso a la clínica?

- a) Menos de un mes.
- b) Más de un mes y menos de un año.
- c) Un año o más tiempo.

17) ¿Cuánto tiempo hace que su familiar permanece internado en la clínica?

- a) Menos de un mes.
- b) Más de un mes y menos de un año.
- c) Un año o más tiempo.

18) ¿Tiene la familia relación con otras familias de pacientes crónicos internados en esta clínica, con quienes puedan compartir su experiencia como tales y sentirse más contenidos?

- a) Sí.
- b) No.

19) ¿Existe actualmente algún espacio en la clínica en el que se den charlas psicoeducativas para familiares de pacientes crónicos, con el objetivo de desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables desde lo psicológico?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No conozco.

20) ¿De qué manera consideran la creación en la clínica, de un espacio especialmente dedicado a tratar temas que conciernen a los familiares de paciente crónicos?

- a) Necesario.
- b) Innecesario.

21) ¿En el caso de crearse un espacio para la familia con estos fines, habría disponibilidad de su parte para asistir a la clínica?

- a) Sí.
- b) No.

Cuestionario a familiares 3.

- 1) ¿Con qué profesionales de la clínica mantiene usted mayor contacto habitualmente?
 - a) Director.
 - b) Psiquiatra.
 - c) Psicóloga clínica.
 - d) Psicóloga de laborterapia.
 - e) Asistente social.
 - f) Enfermeros.
 - g) Profesora de educación física.

- 2) ¿Conoce el reglamento de la clínica para los pacientes y sus respectivos familiares?
 - a) Solo el reglamento para los pacientes.
 - b) Solo el reglamento para los familiares de los pacientes.
 - c) Ambos reglamentos.
 - d) No conozco ningún reglamento.

- 3) ¿Con qué frecuencia se le permite la visita a su familiar interno en la clínica?
 - a) Dos veces por semana.
 - b) Una vez por semana.
 - c) Una vez cada quince días.
 - d) Una vez al mes.
 - e) Menos que una vez al mes.
 - f) Menos de una vez cada tres meses.

- 4) ¿Con qué frecuencia asiste usted a visitar a su familiar en la clínica?
 - a) Dos veces por semana.
 - b) Una vez por semana.
 - c) Una vez cada quince días.
 - d) Una vez al mes.
 - e) Menos de una vez al mes.
 - f) Menos de una vez cada tres meses.

- 5) ¿De qué carácter son las reuniones que organiza una vez al mes la clínica para los familiares de los pacientes internados?
 - a) Administrativas e informativas, para pedidos de permisos, comunicaciones o solicitud de algo en particular que necesite el paciente.
 - b) Terapéuticas, para el tratamiento psicológico de la familia y como complemento de la rehabilitación que realiza el paciente.
 - c) Psicoeducativas posibilitando la información, desarrollo y fortalecimiento de capacidades en las personas para mantenerse saludables haciendo énfasis en los aspectos psicológicos para el logro de dicho objetivo.
 - d) No conozco de que carácter son las reuniones.

-
- 6) ¿ Con qué frecuencia asiste usted a estas reuniones ?.
- a) Siempre.
 - b) Frecuentemente.
 - c) Excepcionalmente.
 - d) Nunca.
- 7) ¿ Tiene su familiar internado posibilidades de realizar visitas al hogar cuando se encuentra compensado?
- a) Sí.
 - b) No.
 - c) No conozco.
- 8) ¿ Cuándo fue la última vez que su familiar internado realizó una visita al hogar?
- a) Hace una semana.
 - b) Hace quince días.
 - c) Hace un mes.
 - d) Hace más de un mes.
 - e) Tres meses o más tiempo.
- 9) ¿ Cuánto tiempo permanece generalmente su familiar en el hogar cuando hace una visita?
- a) Un día.
 - b) Un fin de semana.
 - c) Una semana.
 - d) Quince días.
 - e) Más tiempo.
- 10) ¿ Principalmente por qué motivo su familiar es llevado de regreso a la clínica cuando hace una visita al hogar?
- a) Porque se cumple un plazo de autorización médica.
 - b) Por voluntad del familiar interno.
 - c) Por voluntad de la familia.
 - d) Porque se descompensa cuando permanece fuera de la clínica.
- 11) ¿ Considera que el clima del hogar se modifica cuando su familiar interno realiza visitas al hogar?
- a) Sí.
 - b) No.
- 12) ¿ Cómo calificaría la comunicación entre la familia y el paciente cuando

visita el hogar?

- a) Siempre me comunico de manera óptima y nos entendemos perfectamente.
- b) Generalmente logro comunicarme bien, pero a veces me quedo con la sensación de no poder expresar del todo lo que siento o necesito.
- c) Solo a veces puedo comunicarme, quedándome en la mayoría de las situaciones con la impresión de que no nos podemos entender.
- d) En la gran mayoría de las veces hay falta de entendimiento y pobre comunicación.
- e) Siempre nuestros intentos de comunicación fracasan y no podemos entendernos.

13) ¿Cómo calificaría la comunicación entre la familia y el paciente cuando lo visitan en la clínica?

- a) Siempre me comunico de manera óptima y nos entendemos perfectamente.
- b) Generalmente logro comunicarme bien, pero a veces me quedo con la sensación de no poder expresar del todo lo que siento o necesito.
- c) Solo a veces puedo comunicarme, quedándome en la mayoría de las situaciones con la impresión de que no nos podemos entender.
- d) En la gran mayoría de las veces hay falta de entendimiento y pobre comunicación.
- e) Siempre nuestros intentos de comunicación fracasan y no podemos entendernos.

14) ¿Qué factores de la clínica se podrían mejorar para favorecer la comunicación?

15) ¿Qué factores del hogar se podrían mejorar para favorecer la comunicación?

16) ¿Cuánto tiempo hace que su familiar hizo su ingreso a la clínica?

- a) Menos de un mes.
- b) Más de un mes y menos de un año.
- c) Un año o más tiempo.

17) ¿Cuánto tiempo hace que su familiar permanece internado en la clínica?

- a) Menos de un mes.
- b) Más de un mes y menos de un año.
- c) Un año o más tiempo.

18) ¿Tiene la familia relación con otras familias de pacientes crónicos internados en esta clínica, con quienes puedan compartir su experiencia como tales y sentirse más contenidos?

- a) Si.
- b) No.

19) ¿Existe actualmente algún espacio en la clínica en el que se den charlas psicoeducativas para familiares de pacientes crónicos, con el objetivo de desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables desde lo psicológico?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No conozco.

20) ¿De qué manera consideran la creación en la clínica, de un espacio especialmente dedicado a tratar temas que conciernen a los familiares de paciente crónicos?

- a) Necesario.
- b) Innecesario.

21) ¿En el caso de crearse un espacio para la familia con estos fines, habría disponibilidad de su parte para asistir a la clínica?

- a) Si.
- b) No.

Cuestionario a familiares 4.

- 1) ¿Con qué profesionales de la clínica mantiene usted mayor contacto habitualmente?
 - a) Director.
 - b) Psiquiatra.
 - c) Psicóloga clínica.
 - d) Psicóloga de laborterapia.
 - e) Asistente social.
 - f) Enfermeros.
 - g) Profesora de educación física.

- 2) ¿Conoce el reglamento de la clínica para los pacientes y sus respectivos familiares?
 - a) Solo el reglamento para los pacientes.
 - b) Solo el reglamento para los familiares de los pacientes.
 - c) Ambos reglamentos.
 - d) No conozco ningún reglamento.

- 3) ¿Con qué frecuencia se le permite la visita a su familiar interno en la clínica?
 - a) Dos veces por semana.
 - b) Una vez por semana.
 - c) Una vez cada quince días.
 - d) Una vez al mes.
 - e) Menos que una vez al mes.
 - f) Menos de una vez cada tres meses.

- 4) ¿Con qué frecuencia asiste usted a visitar a su familiar en la clínica?
 - a) Dos veces por semana.
 - b) Una vez por semana.
 - c) Una vez cada quince días.
 - d) Una vez al mes.
 - e) Menos de una vez al mes.
 - f) Menos de una vez cada tres meses.

- 5) ¿De qué carácter son las reuniones que organiza una vez al mes la clínica para los familiares de los pacientes internados?
 - a) Administrativas e informativas, para pedidos de permisos, comunicaciones o solicitud de algo en particular que necesite el paciente.
 - b) Terapéuticas, para el tratamiento psicológico de la familia y como complemento de la rehabilitación que realiza el paciente.
 - c) Psicoeducativas posibilitando la información, desarrollo y fortalecimiento de capacidades en las personas para mantenerse saludables haciendo énfasis en los aspectos psicológicos para el logro de dicho objetivo.
 - d) No conozco de que carácter son las reuniones.

-
- 6) ¿ Con qué frecuencia asiste usted a estas reuniones ?.
- a) Siempre.
 - b) Frecuentemente.
 - c) Excepcionalmente.
 - d) Nunca.
- 7) ¿ Tiene su familiar internado posibilidades de realizar visitas al hogar cuando se encuentra compensado?
- a) Sí.
 - b) No.
 - c) No conozco.
- 8) ¿ Cuándo fue la última vez que su familiar internado realizó una visita al hogar?
- a) Hace una semana.
 - b) Hace quince días.
 - c) Hace un mes.
 - d) Hace más de un mes.
 - e) Tres meses o más tiempo.
- 9) ¿ Cuánto tiempo permanece generalmente su familiar en el hogar cuando hace una visita?
- a) Un día.
 - b) Un fin de semana.
 - c) Una semana.
 - d) Quince días.
 - e) Más tiempo.
- 10) ¿ Principalmente por qué motivo su familiar es llevado de regreso a la clínica cuando hace una visita al hogar?
- a) Porque se cumple un plazo de autorización médica.
 - b) Por voluntad del familiar interno.
 - c) Por voluntad de la familia.
 - d) Porque se descompensa cuando permanece fuera de la clínica.
- 11) ¿ Considera que el clima del hogar se modifica cuando su familiar interno realiza visitas al hogar?
- a) Sí.
 - b) No.
- 12) ¿ Cómo calificaría la comunicación entre la familia y el paciente cuando

visita el hogar?

- a) Siempre me comunico de manera óptima y nos entendemos perfectamente.
- b) Generalmente logro comunicarme bien, pero a veces me quedo con la sensación de no poder expresar del todo lo que siento o necesito.
- c) Solo a veces puedo comunicarme, quedándome en la mayoría de las situaciones con la impresión de que no nos podemos entender.
- d) En la gran mayoría de las veces hay falta de entendimiento y pobre comunicación.
- e) Siempre nuestros intentos de comunicación fracasan y no podemos entendernos.

13) ¿Cómo calificaría la comunicación entre la familia y el paciente cuando lo visitan en la clínica?

- a) Siempre me comunico de manera óptima y nos entendemos perfectamente.
- b) Generalmente logro comunicarme bien, pero a veces me quedo con la sensación de no poder expresar del todo lo que siento o necesito.
- c) Solo a veces puedo comunicarme, quedándome en la mayoría de las situaciones con la impresión de que no nos podemos entender.
- d) En la gran mayoría de las veces hay falta de entendimiento y pobre comunicación.
- e) Siempre nuestros intentos de comunicación fracasan y no podemos entendernos.

14) ¿Qué factores de la clínica se podrían mejorar para favorecer la comunicación?

15) ¿Qué factores del hogar se podrían mejorar para favorecer la comunicación?

16) ¿Cuánto tiempo hace que su familiar hizo su ingreso a la clínica?

- a) Menos de un mes.
- b) Más de un mes y menos de un año.
- c) Un año o más tiempo.

17) ¿Cuánto tiempo hace que su familiar permanece internado en la clínica?

- a) Menos de un mes.
- b) Más de un mes y menos de un año.
- c) Un año o más tiempo.

18) ¿Tiene la familia relación con otras familias de pacientes crónicos internados en esta clínica, con quienes puedan compartir su experiencia como tales y sentirse más contenidos?

- a) Sí.
- b) No.

19) ¿Existe actualmente algún espacio en la clínica en el que se den charlas psicoeducativas para familiares de pacientes crónicos, con el objetivo de desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables desde lo psicológico?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No conozco.

20) ¿De qué manera consideran la creación en la clínica, de un espacio especialmente dedicado a tratar temas que conciernen a los familiares de paciente crónicos?

- a) Necesario.
- b) Innecesario.

21) ¿En el caso de crearse un espacio para la familia con estos fines, habría disponibilidad de su parte para asistir a la clínica?

- c) Sí.
- a) No.

Cuestionario a familiares 5.

- 1) ¿Con qué profesionales de la clínica mantiene usted mayor contacto habitualmente?
- a) Director.
 - b) Psiquiatra.
 - c) Psicóloga clínica.
 - d) Psicóloga de laborterapia.
 - e) Asistente social.
 - f) Enfermeros.
 - g) Profesora de educación física.
- 2) ¿Conoce el reglamento de la clínica para los pacientes y sus respectivos familiares?
- a) Solo el reglamento para los pacientes.
 - b) Solo el reglamento para los familiares de los pacientes.
 - c) Ambos reglamentos.
 - d) No conozco ningún reglamento.
- 3) ¿Con qué frecuencia se le permite la visita a su familiar interno en la clínica?
- a) Dos veces por semana.
 - b) Una vez por semana.
 - c) Una vez cada quince días.
 - d) Una vez al mes.
 - e) Menos que una vez al mes.
 - f) Menos de una vez cada tres meses.
- 4) ¿Con qué frecuencia asiste usted a visitar a su familiar en la clínica?
- a) Dos veces por semana.
 - b) Una vez por semana.
 - c) Una vez cada quince días.
 - d) Una vez al mes.
 - e) Menos de una vez al mes.
 - f) Menos de una vez cada tres meses.
- 5) ¿De qué carácter son las reuniones que organiza una vez al mes la clínica para los familiares de los pacientes internados?
- a) Administrativas e informativas, para pedidos de permisos, comunicaciones o solicitud de algo en particular que necesite el paciente.
 - b) Terapéuticas, para el tratamiento psicológico de la familia y como complemento de la rehabilitación que realiza el paciente.
 - c) Psicoeducativas posibilitando la información, desarrollo y fortalecimiento de capacidades en las personas para mantenerse saludables haciendo énfasis en los aspectos psicológicos para el logro de dicho objetivo.
 - d) No conozco de que carácter son las reuniones.

-
- 6) ¿ Con qué frecuencia asiste usted a estas reuniones ?.
- a) Siempre.
 - b) Frecuentemente.
 - c) Excepcionalmente.
 - d) Nunca.
- 7) ¿ Tiene su familiar internado posibilidades de realizar visitas al hogar cuando se encuentra compensado?
- a) Sí.
 - b) No.
 - c) No conozco.
- 8) ¿ Cuándo fue la última vez que su familiar internado realizó una visita al hogar?
- a) Hace una semana.
 - b) Hace quince días.
 - c) Hace un mes.
 - d) Hace más de un mes.
 - e) Tres meses o más tiempo.
- 9) ¿ Cuánto tiempo permanece generalmente su familiar en el hogar cuando hace una visita?
- a) Un día.
 - b) Un fin de semana.
 - c) Una semana.
 - d) Quince días.
 - e) Más tiempo.
- 10) ¿ Principalmente por qué motivo su familiar es llevado de regreso a la clínica cuando hace una visita al hogar?
- a) Porque se cumple un plazo de autorización médica.
 - b) Por voluntad del familiar interno.
 - c) Por voluntad de la familia.
 - d) Porque se descompensa cuando permanece fuera de la clínica.
- 11) ¿ Considera que el clima del hogar se modifica cuando su familiar interno realiza visitas al hogar?
- a) Sí.
 - b) No.
- 12) ¿ Cómo calificaría la comunicación entre la familia y el paciente cuando

visita el hogar?

- a) Siempre me comunico de manera óptima y nos entendemos perfectamente.
- b) Generalmente logro comunicarme bien, pero a veces me quedo con la sensación de no poder expresar del todo lo que siento o necesito.
- c) Solo a veces puedo comunicarme, quedándome en la mayoría de las situaciones con la impresión de que no nos podemos entender.
- d) En la gran mayoría de las veces hay falta de entendimiento y pobre comunicación.
- e) Siempre nuestros intentos de comunicación fracasan y no podemos entendernos.

13) ¿Cómo calificaría la comunicación entre la familia y el paciente cuando lo visitan en la clínica?

- a) Siempre me comunico de manera óptima y nos entendemos perfectamente.
- b) Generalmente logro comunicarme bien, pero a veces me quedo con la sensación de no poder expresar del todo lo que siento o necesito.
- c) Solo a veces puedo comunicarme, quedándome en la mayoría de las situaciones con la impresión de que no nos podemos entender.
- d) En la gran mayoría de las veces hay falta de entendimiento y pobre comunicación.
- e) Siempre nuestros intentos de comunicación fracasan y no podemos entendernos.

14) ¿Qué factores de la clínica se podrían mejorar para favorecer la comunicación?

15) ¿Qué factores del hogar se podrían mejorar para favorecer la comunicación?

16) ¿Cuánto tiempo hace que su familiar hizo su ingreso a la clínica?

- a) Menos de un mes.
- b) Más de un mes y menos de un año.
- c) Un año o más tiempo.

17) ¿Cuánto tiempo hace que su familiar permanece internado en la clínica?

- a) Menos de un mes.
- b) Más de un mes y menos de un año.
- c) Un año o más tiempo.

18) ¿Tiene la familia relación con otras familias de pacientes crónicos internados en esta clínica, con quienes puedan compartir su experiencia como tales y sentirse más contenidos?

- a) Sí.
- b) No.

19) ¿Existe actualmente algún espacio en la clínica en el que se den charlas psicoeducativas para familiares de pacientes crónicos, con el objetivo de desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables desde lo psicológico?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No conozco.

20) ¿De qué manera consideran la creación en la clínica, de un espacio especialmente dedicado a tratar temas que conciernen a los familiares de paciente crónicos?

- a) Necesario.
- b) Innecesario.

21) ¿En el caso de crearse un espacio para la familia con estos fines, habría disponibilidad de su parte para asistir a la clínica?

- a) Sí.
- b) No.

Instrumentos de evaluación del impacto del proyecto.

Sistema De Evaluación Conductual De La Habilidad Social (Caballo, 1987).
(SECHS).

Componentes no verbales:

1- Expresión facial

Cara muy desagradable. Expresiones negativas muy frecuentes.

Cara desagradable. Algunas expresiones negativas.

Cara normal. Apenas se observan expresiones negativas.

Cara agradable. Algunas expresiones positivas.

Cara muy agradable. Frecuentes expresiones positivas.

2 -Mirada.

Mira muy poco. Impresión negativa.

Mira continuamente. Muy desagradable.

Mira poco. Impresión algo negativa.

Mira en exceso. Desagradable.

Frecuencia y patrón de mirada normales.

Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable.

Frecuencia y patrón de mirada muy buenos. Muy agradable.

3 -Sonrisas.

Sonrisas totalmente ausentes.

Sonrisas continuas. Muy desagradable.

Sonrisas poco frecuentes. Impresión algo desagradable.

Sonrisas excesivamente frecuentes. Desagradable.

Patrón y frecuencia de sonrisas normales

Patrón y frecuencia de sonrisas buenos. Agradable.

Patrón y frecuencia de sonrisas muy buenos. Muy agradable.

4 - Postura.

Postura muy cerrada. Da la impresión de un rechazo total.

Postura algo cerrada. Da la impresión de un rechazo parcial.
Postura normal. No produce impresión de rechazo.
Postura abierta. Da la impresión de aceptación.
Postura bastante abierta. Da la impresión de una gran aceptación.

5 - Orientación.

Orientado completamente hacia otro lado. Impresión muy negativa.
Orientado parcialmente hacia otro lado. Impresión algo negativa.
Orientación normal. No produce una impresión desagradable.
Buena orientación. Impresión agradable.
Muy buena orientación. Impresión muy agradable.

6 - Distancia/ contacto físico.

Distancia excesiva. Impresión de distanciamiento total.
Distancia extremadamente próxima e íntima. Muy desagradable.
Distancia algo exagerada. Impresión de cierto distanciamiento.
Distancia demasiado próxima para una interacción casual.
Desagradable.
Distancia normal. Ni agradable, ni desagradable.
Distancia oportuna. Impresión de acercamiento. Agradable.
Distancia excelente. Buena impresión de acercamiento. Muy agradable.

7- Gestos.

No hace ningún gesto, manos inmóviles. Impresión muy negativa.
Algunos gestos pero escasos. Impresión negativa.
Frecuencia y patrón de gestos normales.
Buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva.
Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva.

8 - Apariencia personal.

Muy desaliñado. Apariencia muy desagradable y sin ningún atractivo.
Algo desaliñado. Apariencia algo desagradable y poco atractiva.
Apariencia normal.

Buena apariencia. Agradable y atractiva.

Muy buena apariencia. Muy agradable y atractiva.

9 - Oportunidad de reforzamientos.

No refuerza nunca, o bien sus reforzamientos están siempre fuera de lugar.

Refuerza poco, o bien sus reforzamientos están frecuentemente fuera de lugar.

Reforzamiento normal.

Reforzamiento bueno, o bien sus reforzamientos encuentran frecuentemente el momento oportuno.

Reforzamiento muy bueno, o bien sus reforzamientos encuentran siempre el momento oportuno.

Componentes paralingüísticos.

10 - Volumen de la voz.

No se le oye. Volumen excesivamente bajo. Impresión muy negativa.

Volumen extremadamente alto (casi llega al grito).Muy desagradable.

Se le oye ligeramente. Voz baja. Impresión algo negativa.

Volumen demasiado alto. Desagradable.

Voz normal, pasable.

Volumen de voz bastante adecuado. Impresión positiva.

Volumen de voz muy adecuado. Impresión muy positiva.

11- Entonación.

Nada expresiva, monótona, aburrida. Muy desagradable.

Poco expresiva, ligeramente monótona. Desagradable.

Entonación normal, pasable.

Buena entonación, voz interesante, viva. Agradable.

Muy buena entonación, muy animada. Impresión muy positiva.

12 -Timbre.

Muy desagradable, muy agudo o muy grave. Impresión muy negativa.

Algo desagradable, agudo o grave de forma negativa.

Timbre normal, ni agradable ni desagradable.

Timbre agradable. Impresión positiva.

Timbre muy agradable. Impresión muy positiva.

13 -Fluidez.

Muchas perturbaciones o muchas pausas embarazosas. Muy desagradable.

Frecuentes perturbaciones o pausas embarazosas. Desagradable.

Pausas y perturbaciones normales. No da impresión negativa.

Sin apenas perturbaciones y pausas embarazosas. Agradable.

Sin perturbaciones ni pausas embarazosas. Muy agradable.

14 -Velocidad.

Habla extremadamente de prisa. No se le entiende nada.

Habla extremadamente despacio. Muy desagradable.

Habla bastante de prisa. A veces no se le entiende.

Habla bastante despacio. Desagradable.

Velocidad normal. Se le entiende generalmente.

Velocidad de habla bastante apropiada. Agradable.

Velocidad de habla muy apropiada. Muy agradable.

15 - Claridad.

No pronuncia ninguna palabra o frase con claridad. Muy negativo.

Articulación excesiva de las palabras. Muy desagradable.

Pronuncia con claridad solo algunas palabras o frases. Negativo.

Demasiada articulación de las palabras. Desagradable.

Claridad de pronunciación normal.

Pronuncia las palabras claramente. Agradable.

Pronuncia las palabras muy claramente. Muy agradable.

16 - Tiempo de habla.

Apenas habla. Grandes períodos de silencio. Impresión muy negativa.

Habla continuamente, sin darle ninguna oportunidad a la otra persona.
Muy desagradable.
Habla poco frecuentemente. Impresión negativa.
Habla en exceso. Desagradable.
Tiempo de habla normal. Ni agradable ni desagradable.
Buena duración del habla. Agradable.
Muy buena duración del habla. Muy agradable.

Componentes verbales.

17- Contenido.

Muy poco interesante, aburrido, muy poco variado. Impresión muy negativa.
Poco interesante, ligeramente aburrido, poco variado. Impresión algo negativa.
Contenido normal. Cierta variación.
Contenido interesante, animado, variado. Agradable.
Contenido muy interesante, muy animado, variado. Muy agradable.

18- Humor.

Contenido muy serio y sin humor. Impresión muy negativa.
Contenido serio y con muy poco humor. Impresión negativa.
Contenido de humor normal.
Contenido de humor bueno. Agradable.
Contenido de humor muy bueno. Muy agradable.

19- Atención personal.

Nunca se interesa por la otra persona, ni le hace preguntas sobre ella.
Impresión muy negativa.
Apenas se interesa por la otra persona, con pocas preguntas. Impresión negativa.
Interés normal por la otra persona.
Buen interés por la otra persona, con un número adecuado de preguntas sobre ella. Impresión positiva.

Muy buen interés por la otra persona, con un número muy adecuado de preguntas. Impresión muy positiva.

20- Preguntas.

Nunca hace preguntas. Impresión muy negativa.

Hace preguntas continuamente. Muy desagradable.

Hace pocas preguntas. Impresión negativa.

Hace preguntas en exceso. Desagradable.

Patrón de preguntas normal. Ni agradable ni desagradable.

Preguntas variadas y adecuadas. Agradable.

Preguntas variadas y muy adecuadas. Impresión muy agradable.

21- Respuestas a preguntas.

Respuestas monosilábicas o muy poco adecuadas. Impresión muy desagradable.

Respuestas breves o poco adecuadas. Impresión negativa.

Respuestas normales. Impresión ni positiva ni negativa.

Respuestas adecuadas y de duración correcta. Impresión positiva.

Respuestas muy adecuadas y de duración correcta. Impresión muy positiva.

Test de Autoverbalizaciones en la Interacción Social (SISST).

*Respuestas + : 2;4;6;9;10;12;13;14;17;18;24;25;27;28;30.

Respuestas - : 1;3;5;7;8;11;15;16;19;20;21;22;23;26;29.

Instrucciones:

La gente piensa en cosas diferentes cuando están inmersos en distintas situaciones sociales.

Debajo hay una lista de cosas en las que puedes haber pensado de ti mismo antes, durante o después de una interacción. Lee cada ítem y señala la frecuencia con la que puedes haber tenido un pensamiento similar antes, durante y después de la interacción.

Utiliza la siguiente escala para indicar la frecuencia de tus pensamientos:

1. Prácticamente no tuve nunca ese pensamiento.
2. Raramente tuve ese pensamiento.
3. Tuve ese pensamiento a veces.
4. Tuve ese pensamiento a menudo.
5. Tuve ese pensamiento muy frecuentemente.

Por favor contesta tan honestamente como te sea posible.

- ___1. Cuando soy incapaz de pensar en algo que decir puedo sentir como me voy poniendo nervioso/a.
- ___2. Normalmente soy capaz de hablar con miembros del sexo opuesto bastante bien.
- ___3. Espero no hacer el ridículo.
- ___4. Estoy empezando a sentirme más a gusto.
- ___5. Tengo miedo de lo que el/ella vaya a pensar de mi.
- ___6. Fuera preocupaciones, fuera miedos, fuera tensiones.
- ___7. Estoy muerto/a de miedo.
- ___8. Probablemente el/ella no estará interesado en mi.
- ___9. Quizá pueda hacer que el/ella se encuentre a gusto haciendo que

las cosas marchen.

- ___10. En vez de preocuparme, puedo hallar el mejor modo de conocerle.
- ___11. No me encuentro muy cómodo/a al conocer personas del sexo opuesto, así que las cosas tienen que marchar mal.
- ___12. ¡Maldita sea!. Lo peor que puede pasar es que no le caiga bien.
- ___13. Puede querer hablarme tanto como le quiero hablar a el/ella.
- ___14. Esta será una buena oportunidad.
- ___15. Si interrumpo esta conversación perderé realmente mi confianza.
- ___16. Lo que digo probablemente parecerá estúpido.
- ___17. ¿Qué puedo perder?. Merece la pena intentarlo.
- ___18. Es una situación difícil, pero puedo controlarla.
- ___19. ¡Vaya!. No quiero hacer esto.
- ___20. Me hará polvo si no me responde.
- ___21. Tengo que causarle una buena impresión o me sentiré francamente mal.
- ___22. Eres un/a idiota inhibido/a.
- ___23. De cualquier manera fallaré.
- ___24. Puedo vérmelas con cualquier cosa.
- ___25. Incluso si las cosas no van bien no es una catástrofe.
- ___26. Me siento torpe y soso/a; el/ella tiene que notarlo necesariamente.
- ___27. Probablemente tenemos mucho en común.
- ___28. Quizá nos llevamos realmente bien.
- ___29. Me gustaría marcharme y evitar toda situación.
- ___30. ¡Bah!. No hay por que tener miedo.

Inventario de Aserción.

Instrucciones.

Muchas personas tienen dificultades para hacer frente a las situaciones interpersonales que les exigen autoafirmarse de alguna manera; por ejemplo, rehusar una proposición, pedir un favor, hacer cumplidos, expresar aprobación o desaprobación; etc. Por favor, indique en qué medida experimenta usted incomodidad o ansiedad en cada una de las situaciones que se describen más abajo, utilizando el espacio que precede a cada descripción. Emplee la siguiente escala para indicar su grado de ansiedad:

- 1 = en absoluto.
- 2 = un poco.
- 3 = bastante.
- 4 = mucho.
- 5 = muchísimo.

A continuación, lea la lista por segunda vez e indique después de cada descripción la probabilidad de que usted emitiera esa respuesta si realmente se enfrentara a esa situación. Por ejemplo, si usted raramente se disculpa cuando comete una falta, pondría un "4" a la derecha de esa situación. Emplee la siguiente escala para indicar la probabilidad de respuesta:

- 1 = siempre lo hago.
- 2 = habitualmente.
- 3 = aproximadamente la mitad de las veces.
- 4 = raramente.
- 5 = nunca.

Nota. Es importante que tape las puntuaciones de ansiedad (a la izquierda de las descripciones) mientras indica la probabilidad de respuesta. De lo contrario, una puntuación podría contaminar la otra y no se obtendría una evaluación realista de su conducta. Para hacerlo correctamente coloque una hoja de papel sobre las puntuaciones de la izquierda mientras lee las descripciones por segunda vez.

Grado de ansiedad	Situación	Probabilidad de r
_____	1. Decir que no cuando te piden prestado el coche.	_____
_____	2. Hacer un cumplido a un amigo.	_____
_____	3. Pedir un favor a alguien.	_____
_____	4. Resistir ante la insistencia de un vencedor.	_____
_____	5. Disculparse cuando cometes una falta.	_____
_____	6. Rehusar una invitación a una cita o a una reunión.	_____
_____	7. Admitir que estas asustado y pedir que te comprendan.	_____
_____	8. Decir a una persona con la que mantienes una relación íntima que algo de lo que está haciendo o diciendo te molesta.	_____
_____	9. Pedir un ascenso	_____
_____	10. Admitir tu ignorancia sobre algún tema	_____
_____	11. Decir que no cuando te piden dinero prestado.	_____
_____	12. Hacer preguntas personales.	_____
_____	13. Cortar a un amigo demasiado parlanchín.	_____
_____	14. Pedir críticas constructivas.	_____
_____	15. Iniciar una conversación con un desconocido.	_____
_____	16. Hacer un cumplido a una persona de la que estás enamorado o por la que estás interesado.	_____
_____	17. Pedir una cita a alguien.	_____
_____	18. Pedir una cita a alguien que ya te rechazó en otra ocasión.	_____
_____	19. Admitir tus dudas sobre algún aspecto que se esté discutiendo y pedir que te lo aclaren.	_____
_____	20. Solicitar un empleo.	_____
_____	21. Preguntar a alguien si le has ofendido.	_____

-
- _____ 22. Decir a alguien que te cae bien. _____
- _____ 23. Exigir que te atiendan cuando te hacen
esperar más de la cuenta (p. ej., en un
restaurante). _____
- _____ 24. Discutir abiertamente con otra persona una
crítica que haya hecho sobre tu forma de actuar. _____
- _____ 25. Devolver cosas defectuosas o en mal estado
(p. ej., en una tienda o en un restaurante). _____
- _____ 26. Expresar una opinión distinta de la que mantiene
la persona con quién estás hablando. _____
- _____ 27. Resistirte a proposiciones sexuales cuando no
estás interesado. _____
- _____ 28. Decirle a alguien que te ha hecho o dicho algo
que es injusto para ti _____
- _____ 29. Aceptar una cita. _____
- _____ 30. Contarle a alguien buenas noticias con
respecto a ti. _____
- _____ 31. Resistirte a la insistencia de alguien para que
bebas. _____
- _____ 32. Oponerte a una exigencia injusta de alguien
importante. _____
- _____ 33. Despedirte de un trabajo. _____
- _____ 34. Resistirte a las presiones de otros para
relacionarse contigo. _____
- _____ 35. Discutir abiertamente con alguien la crítica que ha
hecho de tu trabajo. _____
- _____ 36. Pedir que te devuelvan algo que has prestado. _____
- _____ 37. Recibir cumplidos. _____
- _____ 38. Seguir conversando con alguien que está en
desacuerdo contigo. _____
- _____ 39. Decir a un amigo o a un compañero de trabajo que
algo que ha dicho o hecho te ha molestado. _____
- _____ 40. Pedir a alguien que te está molestando en _____

Escala de evitación y ansiedad social (EEAS)

1. Me siento relajado incluso en situaciones sociales poco familiares.
2. Procuro evitar las situaciones que me obligan a ser muy sociable.
3. Encuentro fácil estar relajado cuando estoy con desconocidos.
4. No tengo un especial deseo de evitar a la gente.
5. A veces encuentro inquietantes las situaciones sociales.
6. Normalmente me siento tranquilo y cómodo en las situaciones sociales.
7. Normalmente estoy tranquilo cuando hablo con una persona del otro sexo.
8. Procuro no hablar con los demás, a no ser que los conozca mucho.
9. Si tengo la oportunidad de conocer a gente nueva, suelo aprovecharla.
10. A menudo me siento nervioso y tenso en reuniones informales en que hay personas de ambos sexos.
11. Normalmente estoy nervioso al estar con los demás, a no ser que los conozca mucho.
12. Normalmente me siento relajado cuando me encuentro con un grupo de gente.
13. Muchas veces deseo huir de la gente.
14. Suelo sentirme incomodo cuando estoy con un grupo de personas a las que no conozco.
15. Suelo estar relajado con alguien a quien acabo de conocer.
16. Me pongo tenso y nervioso cuando me presentan a alguien.
17. Aunque una habitación esté repleta de desconocidos, yo puedo entrar tranquilamente.
18. Procuraría evitar acercarme y unirme a un gran grupo de personas.
19. Cuando mis superiores quieren hablar conmigo acudo de buena gana.
20. A menudo me siento al borde del desastre cuando estoy con un grupo de gente.
21. Tiendo a apartarme de la gente.
22. No me importa hablar con la gente en guateques o reuniones sociales.
23. Rara vez estoy tranquilo entre un grupo de gente.
24. A menudo pongo excusas para no asistir a reuniones sociales.
25. A veces me encargo de presentar a la gente.

-
26. Procuro evitar las reuniones sociales formales.
 27. Suelo acudir a todos los compromisos sociales que tengo.
 28. Me resulta fácil estar relajado con los demás.

Role - play.

Interacciones estructuradas: El terapeuta (A) y cada participante (B) llevarán a cabo la interacción.

Situación 1: un amigo cuenta con mucha angustia una situación difícil a otro amigo:

- A: “estoy muy apenado porque me estoy divorciando. No se si estaré haciendo bien....”

El presente role - play se enfoca principalmente en conocer la percepción de los participantes respecto a su autoeficacia para emitir conductas empáticas y de expresión de sentimientos positivos.

Situación 2: Un amigo (B) se encuentra a otro (A). A hace un pedido con el que B no está de acuerdo.

- B: “Este fin de semana viajamos en familia”.

- A: “Ya que no van a estar... ¿me prestarías tu casa para hacer una fiesta?”.

El presente role - play se enfoca principalmente en conocer la percepción de los participantes respecto a su autoeficacia para el rechazo de pedidos.

Situación 3: B está recibiendo un trato injusto por parte de A que es su jefe: lo hace trabajar horas extras que luego no son remuneradas. B se encuentra molesto por la situación.

- A: “Hoy también necesito que te quedes hasta las ocho”.

El presente role - play se enfoca principalmente en conocer la percepción de los participantes respecto a su autoeficacia para la expresión de molestias, disgustos y desagrado.

Situación 4: A está disgustado con B porque se olvidó de su cumpleaños.

- A: “Estoy disgustado. La semana pasada te dije que ayer era mi cumpleaños; esperaba al menos tu llamado pero supongo estabas demasiado ocupado como para acordarte”.

El presente role - play se enfoca principalmente en conocer la percepción de los participantes respecto a su autoeficacia para afrontar críticas.

Situación 5: B sale a comprar zapatos acompañado por A. A, entusiasmado, le señala a B unos zapatos en la vidriera de un local que no son de su agrado.

- A: “¡Creo que deberías comprar esos zapatos!”.

El presente role - play se enfoca principalmente en conocer la percepción de los participantes respecto a su autoeficacia para expresar opiniones.

Situación 6. 1: A se encuentra con B que es un amigo que hace meses no ve y le expresa un cumplido.

- A:” ¡hola, tanto tiempo!...se te ve muy bien”.

El presente role - play se enfoca principalmente en conocer la percepción de los participantes respecto a su autoeficacia para recibir cumplidos.

En caso de que B no responda con otro cumplido hacia A, se procede a ejecutar la situación 6.2.

Situación 6.2: B responde con un cumplido hacia A.

El presente role - play se enfoca principalmente en conocer la percepción de los participantes respecto a su autoeficacia para realizar cumplidos.

Interacciones no estructuradas: El terapeuta solicitará a los participantes que mantengan una charla en grupos de pares, mientras observa. Se estructurará mínimamente el proceso solicitándoles que intenten conocerse.

El presente role - play se enfoca principalmente en conocer la percepción de los participantes respecto a su autoeficacia relativa a las habilidades conversacionales.

Interacciones semi-estructuradas: El terapeuta actuará como interlocutor en escenas de la vida cotidiana con cada participante.

Situación 1: la situación a representar es la de una persona que va a pagar un impuesto. La misma lleva una hora de espera en la fila de pago, cuando aparece otro individuo (interlocutor) y se ubica por delante de ella.

El presente role - play se enfoca principalmente en conocer la percepción de los participantes respecto de su autoeficacia para emitir conductas de oposición asertiva.

Situación 2: la situación a representar es la de una persona que viaja en un colectivo sin lugar para sentarse y alguien le ofrece amablemente que ocupe su lugar.

El presente role - play se enfoca principalmente en conocer la percepción de los participantes respecto de su autoeficacia para emitir conductas de aceptación asertiva.

* Una vez finalizada cada interacción, se indicará a cada participante que exprese por escrito: ¿Cómo has autopercebido tu actuación?, ¿porqué? Y ¿que sensaciones físicas se han suscitado mientras llevabas a cabo la conducta?.