

Ovelar, Candelaria

**Habilidades sociales en
concurrentes con diagnóstico de
psicosis de un Centro de Día de la
Ciudad de Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Artstein, Marcela

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional.](#)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA
JESUITAS**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Contexto: clínico

**“HABILIDADES SOCIALES EN CONCURRENTES CON DIAGNOSTICO DE
PSICOSIS DE UN CENTRO DE DÍA DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA”**

Autora: Ovelar Candelaria. 1812402

Directora: Lic. Artstein, Marcela

Ciudad de Córdoba, Argentina

2023

Agradecimientos

En este punto culminante de mi recorrido académico, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las personas que me han brindado su apoyo incondicional y han sido pilares fundamentales en el proceso.

En primer lugar, a mis padres, quienes han sido mi inspiración constante y modelos incansables de esfuerzo y dedicación. Sus palabras de aliento y su cariño han sido mi motor durante todo el proceso.

A mis amigas y a Nico, por haber compartido conmigo el recorrido. Gracias por el aliento, por confiar en mí y hacerme sentir capaz.

Al Centro de Día Kruppel por abrirme las puertas de la institución, por brindarme la oportunidad de aplicar mis conocimientos en un entorno práctico y enriquecedor. La experiencia ha sido invaluable y fundamental para mi crecimiento personal y profesional.

Agradezco a mi directora de TIF, la Lic. Marcela Artstein, cuya guía experta y devoluciones han sido esenciales en cada etapa del proyecto.

Por último, quiero expresar mi reconocimiento a la facultad y a todos aquellos que forman parte de esta institución educativa. Su compromiso con la excelencia académica y apoyo constante han sido determinantes en mi formación y logros.

Índice

1. INTRODUCCION	5
2. CONTEXTO CLÍNICO	8
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	12
3.1 CENTROS DE DÍA	13
3.2 CENTRO DE DÍA KRUPPAL	14
3.3 ORGANIGRAMA	19
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	20
5. OBJETIVOS	22
5.1. OBJETIVO GENERAL	23
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	24
6.1. HABILIDADES SOCIALES	25
6.1.1. FRACASO EN LA MANIFESTACION DE CONDUCTAS SOCIALMENTE HABILIDOSAS	27
6.2. TIPOS DE HABILIDADES SOCIALES	28
6.2.1. ASERTIVIDAD	28
6.2.2. HABILIDADES CONVERSACIONALES	31
6.3. EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES	33
6.4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	35
6.5. PSICOSIS	37
6.6. DISCAPACIDAD	39
6.7. PSICOSIS Y HABILIDADES SOCIALES	41
7. MODALIDAD DE TRABAJO	44
7.1. CARACTERIZACION DE LOS SUJETOS	45
7.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	46
7.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	48
8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	49
8.2. ANÁLISIS Y SÍNSTESIS	54
9. CONCLUSIÓN	103
10. REFERENCIAS	108

Índice de Abreviaturas

- HHSS: Habilidades Sociales
- HS: Habilidad Social
- EHS: Entrenamiento en Habilidades Sociales

1. INTRODUCCION

El presente trabajo constituye el proyecto de sistematización de prácticas, cuyo desarrollo se basa en la experiencia de práctica profesional que se llevó a cabo en Kruppall, centro de día para adultos con discapacidad durante el año 2022.

La práctica se enmarcó en el contexto clínico de la psicología. El rol fue de observadora participante, con una frecuencia de asistencia semanal, en modalidad presencial y virtual en las distintas instancias de intervención institucional.

El eje delimitado es la sistematización de experiencias en “*Habilidades sociales en concurrentes con diagnóstico de psicosis que asisten a un Centro de Día de la Ciudad de Córdoba.*”

Es un objetivo consensuado en políticas públicas y privadas la integración social de sujetos con discapacidad en general, y con disfunciones psiquiátricas en particular. Considerando que la curación no está basada únicamente en la desaparición y/o minimización de síntomas o en la evitación de recaídas sino también en la recuperación y/o establecimiento de ciertos niveles de autonomía en concordancia con el diagnóstico, el entorno y las posibilidades individuales. En este marco se destaca la función del centro de día que desplaza la exclusión y el encierro del hospital monovalente hacia la práctica dinámica de un espacio que conjuga la mirada clínica en tiempos acotados de permanencia y retiro, involucrando a la familia y entorno social, permitiendo que el paciente trascienda su propio diagnóstico (que existe y se considera en la práctica diaria) y se establezca como concurrente de un espacio que lo admite y acompaña en el desarrollo de su ser pleno. No solo recibe medicación, es escuchado y mirado en el cotidiano. El concurrente es paciente además de compañero de sala, gestor de actividades, creativo, líder, multiplicador de experiencias, comunicador y activo participante del devenir del Centro al cual pertenece. Es manifiesto y muy llamativo el sentido de pertenencia y adhesión a la Institución, el compromiso de “formar parte de” en lugar de “estar internado en”.

Los objetivos que se establecieron fueron: describir y evaluar el desempeño en asertividad y habilidades conversacionales de concurrentes con diagnóstico de psicosis en la entrevista de admisión de un Centro de Día de la Ciudad de Córdoba; describir las intervenciones institucionales que favorecen el entrenamiento de las habilidades de asertividad y habilidades conversacionales de concurrentes; describir y analizar las habilidades de asertividad y habilidades conversacionales en concurrentes con diagnóstico de psicosis de un centro de día de la Ciudad de Córdoba.

A los fines de organizar la información, el trabajo se estructuró en apartados. En el primero de ellos se define y describe brevemente el contexto clínico de la psicología, marco desde donde se llevó a cabo la práctica. En el siguiente apartado se desarrolla el contexto institucional, detallando el concepto y modo de funcionamiento de los centros de día, y las características propias del centro de día Kruppall. Se incluye a continuación la presentación del eje de sistematización de la experiencia de práctica vivenciada durante el año 2022. En el quinto apartado se describe el objetivo general y los objetivos específicos. El siguiente apartado corresponde a la perspectiva teórica, reseña bibliográfica de investigación de psicología clínica con preponderancia de aportes de la perspectiva cognitivo-conductual. Se detalla seguidamente la modalidad de trabajo, que incluye la caracterización de la población elegida para la sistematización, las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos y las consideraciones éticas a las que se atendieron. Se realiza un análisis de la experiencia, que incluye la recuperación del proceso vivido, que pretende transmitir las vivencias mediante un análisis de la experiencia, y el análisis y síntesis de los datos obtenidos mediante la experiencia de práctica. Por último, se incluyen las conclusiones a las que se fue posible arribar y se presentan las referencias bibliográficas correspondientes.

2. CONTEXTO CLÍNICO

Las disposiciones para el ejercicio de la psicología, Ley N° 7106 (1984) determina que el ejercicio de la Psicología se desarrollará en los niveles individual, grupal, institucional y comunitario, ya sea de forma pública o privada, en las áreas de la Psicología Clínica, Educacional, Laboral, Jurídica y Social (p. 1). Se entenderá por Psicología Clínica al campo de actividad que abarca los Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas similares, así como la práctica privada de la profesión (Disposiciones para el ejercicio de la psicología, 1984).

En lo esencial, la psicología clínica es una especialidad básica de la psicología, que dirige el desarrollo de sus conocimientos y técnicas a la intervención sobre el comportamiento anómalo del sujeto (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003). Resulta complejo llegar a una única concepción de la psicología clínica, tanto como sintetizar en acuerdo general las principales características de este campo, en parte por la continua transformación de la disciplina y la variabilidad de enfoques y técnicas. El viejo concepto de “Klinos” (etimología griega) que remitía a “quién se inclina en la cama del paciente enfermo” está mutando hacia lo dinámico y dialógico de la vida contemporánea (Escobedo, 2008).

El aumento manifiesto de los trastornos mentales, el cambio de las demandas terapéuticas y de las expectativas de consulta han modificado considerablemente en los últimos años la mirada clínica de la psicología.

Además del aumento de los trastornos mentales, las demandas terapéuticas de la población han cambiado considerablemente en los últimos años. Ahora se tiende a consultar, además de por los cuadros clínicos “tradicionales” (depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, adicciones, entre otros), por problemas “menores” derivados de una mayor intolerancia al sufrimiento por parte de los pacientes. (Echeburua, 2014, p.1)

El objeto de la psicología clínica actual supera el de la patología mental, considera la individualidad del sujeto en conflicto abordando la resolución y prevención de dicho conflicto de manera holística, sin perder el norte del diagnóstico y la comprensión psicopatológica, de acuerdo a los parámetros establecidos en el DSM V (2014) y demás textos de formación y divulgación profesional y científica.

Resulta de utilidad hacer uso de la definición aportada por Lagache (1982) que se aproxima a las características mencionadas. Según el autor, la psicología clínica se define por: su objeto, sus métodos y sus medios.

En cuanto a su objeto, puede decirse que se ocupa esencialmente de la persona total “en situación”, incluyendo per sé el papel del contexto, la biografía y la red social. Al hablar de método, se refiere al método clínico, que apunta a las reacciones del sujeto total, adaptadas

e inadaptadas, frente a una situación específica, por último, en cuanto a sus medios, la Observación Clínica es la que mejor se adecua a la práctica e investigación (Lagache, 1982).

Al respecto, el objeto de la psicología clínica no es la enfermedad, la intervención no apunta únicamente a paliar o eliminar el síntoma, ni se considera este último como único criterio diagnóstico. Se utiliza el término trastorno mental y no enfermedad mental a los fines de dar cuenta de la complejidad de los factores implicados y la importancia de los determinantes sociales, personales y familiares.

Al igual que el sujeto, la psicología clínica ha sufrido sus propias variaciones a lo largo del tiempo producto de los cambios acelerados del contexto circundante. Como bien se ha mencionado, el objeto de estudio de la psicología clínica ha desplazado su foco de los trastornos mentales exclusivamente, para comenzar a atender las problemáticas referidas a la infelicidad y malestar emocional (Echeberrua, 2014). Con ello, el psicólogo clínico ha tenido que adaptarse para hacerle frente a los problemas de la vida cotidiana, revisando los criterios diagnósticos y las estrategias de intervención definidas hasta el momento.

Entre las funciones que atañen al psicólogo clínico, en las disposiciones para el ejercicio de la psicología (1984) se establece: exploración de la estructura y dinámica de la personalidad; intervención psicológica para la promoción de la salud; el diagnóstico y tratamiento; investigación de los instrumentos y/o técnicas que posibiliten el abordaje clínico acorde a las demandas; asesoramiento, capacitación específica y auditoría en cuestiones relativas a la Especialidad; investigación y docencia en el área.

Cualquiera de las actividades mencionadas puede ejercerse de manera individual y/o integrada en equipos interdisciplinarios, de manera privada o en instituciones. En cuanto a sus limitaciones, el psicólogo clínico no podrá prescribir o administrar fármacos de ningún tipo, hacer uso de técnicas y procedimientos no experimentados y validados científicamente, y participar de honorarios entre psicólogos o con cualquier otro profesional del arte de curar, sin perjuicio de presentar honorarios en conjunto o separadamente según corresponda (Ley 7106, 1984).

A los fines de potenciar el ejercicio profesional y evitar los riesgos en la práctica como puede ser la psicopatologización de la vida cotidiana o la estigmatización del paciente, el psicólogo clínico puede realizar capacitación específica, entre ellas, el Colegio de Psicólogos (1984) reconoce: la psicoterapia, en lo referido a teoría, técnicas y abordajes individuales o grupales; el psicodiagnóstico como modelo explicativo de la personalidad, estrategias, técnicas, instrumentos de evaluación; profundización y actualización en psicología del

desarrollo y ciclos vitales; psicopatología general y especial; métodos y técnicas de investigación; ética y deontología profesional; orientación psicológica en prevención, diagnóstico e intervención (Ley 7106, 1984).

Debido a la complejidad a la que se ha hecho mención a lo largo de esta breve presentación de la psicología clínica, se advierte que hay una necesidad emergente de pensar el trabajo del psicólogo articulado con profesionales de otras disciplinas. Entendiendo los procesos salud-enfermedad como estados en equilibrio dinámico y al sujeto como organismo abierto a los estímulos del medio, la etiología de la enfermedad será siempre multifactorial. Un abordaje biopsicosocial de la enfermedad requiere de contribuciones diferenciales y específicas de las variables implicadas. Por ello, uno de los desafíos actuales del psicólogo clínico es elaborar programas de intervención interdisciplinar (Beloch, 1993).

La interdisciplinariedad ya ha sido contemplada en la Ley Nacional de Salud Mental (2010) cuya finalidad es asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas. El artículo ocho del quinto capítulo establece:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (p.2)

A la luz de los aportes mencionados, se advierte que la psicología, y específicamente la psicología clínica, no puede responder a las demandas actuales desde un único campo de conocimiento. Se ha vuelto una necesidad fundamental revisar y reforzar los aportes teóricos referidos a la salud mental, adaptándose a los cambios contextuales como lo viene haciendo hasta el momento. Se contempla ante todo la complejidad del sujeto con el que se trabaja a los fines de intervenir de la manera más eficaz en su mejoría, que en definitiva es el propósito final de la práctica profesional, sin diferenciación de escuelas y corrientes.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 CENTROS DE DÍA

Los centros de día son establecimientos destinados a la prevención, tratamiento y cuidado de personas con afecciones diversas. Se ofrece en ellos una amplia variabilidad de actividades cuya finalidad es favorecer el desempeño del sujeto en la vida cotidiana y potenciar sus capacidades, además del seguimiento profesional específico de acuerdo al cuadro, diagnóstico, plan y tratamiento determinado en la admisión.

La atención se brinda durante el día, en oposición a ciertas antiguas prácticas de “depósito” de pacientes y exclusión familiar y comunitaria. Los horarios se organizan en franjas de ingreso y salida, que varían de acuerdo a las características institucionales, los recursos, la individualidad del paciente, el acuerdo familiar etc.

La implementación de los programas está en manos de profesionales formados en la interdisciplina además de detentar profesión de base (psicólogos, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, médicos, enfermeros, terapistas ocupacionales, y otros). El abordaje no se agota en el tiempo de concurrencia, sino que además incluye el trabajo con la familia y/o entorno del paciente.

Existen espacios de apoyo familiar sistematizados, sobre todo a las personas que ocupan el lugar de cuidadores de los concurrentes del centro. En ocasiones se trabaja con acompañantes terapéuticos que continúan los procesos luego de retirarse el concurrente del centro de día, diferencia importante con los clásicos hospitales monovalentes de encierro crónico o pseudo-crónico.

Estos establecimientos, que acompañan los cambios de paradigma citados anteriormente, junto a otros servicios y propuestas, son alternativas concretas a la internación de sujetos con padecimiento mental; evitando la cronificación y las consecuencias nocivas de la institucionalización. Al respecto, la ley Nacional de Salud Mental (2010) reconoce el derecho del paciente de ser atendido y tratado con el recurso terapéutico más conveniente, aquel que menos restrinja su libertad y vulnere sus derechos. Asimismo, la ley establece que se debe favorecer la integración comunitaria, laboral y familiar de la persona con padecimiento mental, en miras de restringir paulatinamente la concurrencia a instituciones monovalentes. En consonancia con dicha ley, los centros de día funcionan como dispositivos de internación parcial, que apuestan a la dimensión subjetiva y particular del individuo para su tratamiento a los fines de reducir su padecimiento.

Es importante considerar que los centros de día funcionan como puente entre el sujeto con padecimiento mental y la sociedad, y no como fin en sí mismos. Si bien el bienestar y

comodidad del concurrente en el centro es fundamental, se debe propiciar la inserción social de la persona. Al respecto, el trabajo no se llevará a cabo únicamente con el paciente, sino con la sociedad receptiva; es en este punto la importancia de reconocer el trabajo de un equipo multidisciplinario que asegure la efectividad del tratamiento en múltiples áreas, es en este contexto que las habilidades sociales (HHSS) garantizan una mirada holística superadora de la obsoleta mirada del paciente “portador de un diagnóstico y de ciertos síntomas”.

3.2 CENTRO DE DÍA KRUPPAL

El centro de día Kruppall fue cofundado en marzo del año 2018 por la Dra. Carolina Goldman y el Dr. Santiago Moine. Surge como un servicio adicional a las propuestas existentes en salud mental con el objetivo de mejorar la calidad de vida y habilidades personales de los sujetos con padecimiento mental.

Se trata de una institución privada ubicada en la calle Manuel E. Pizarro 2055 que trabaja con prestadores de diversas obras sociales. Sus destinatarios son pacientes de sexo femenino y masculino mayores de 18 años con certificado de discapacidad, mayormente con diagnóstico de psicosis. El centro tiene un cupo máximo de 22 pacientes en cada turno, funciona de lunes a viernes de 9 a 13 hs en el primer turno, y de 14 a 18 hs el segundo.

Los pacientes llegan al centro de diversas maneras, y son admitidos contemplando, disposición, consentimiento de trabajo grupal, la estabilización, la ausencia de conductas violentas para sí mismo y terceros, y la demanda. Algunos son derivados por sus terapeutas personales que consideran que el recurso de centro de día podría favorecer la mejora del cuadro y la socialización del paciente. Otras veces es la familia quien solicita la inserción; se distingue entre sus motivaciones principales la búsqueda de un espacio de contención y socialización en donde se pueda ejercitar las habilidades de los sujetos. Si bien no prima la iniciativa de los propios concurrentes por asistir al centro, las entrevistas de admisión trabajan sobre la intervención personal buscando que el futuro concurrente se involucre en la propuesta, que emerja un interés o expectativa para que la admisión sea posible. Se presentan además casos de concurrentes que recientemente han salido de una internación o que aún continúan en ella y están atravesando un proceso de adaptación social.

El centro de día Kruppall está estructurado con una Coordinación General y cuatro equipos de trabajo:

- Área administrativa.
- Higiene y seguridad.

- Coordinación médica (en el que se incluye la trabajadora social, la kinesióloga, la psicóloga, la terapeuta ocupacional, el psiquiatra y la musicoterapeuta)
- Área de talleres (cinco talleristas, dos orientadores y un auxiliar orientador).

Desde el centro se brinda una diversidad de servicios, atinentes a intervenir en la complejidad del sujeto (biológico, psicológico y social). Se pueden distinguir distintos espacios de asistencia a los concurrentes, cuya dinámica conjunta favorece la eficacia terapéutica de las intervenciones:

Espacio Grupal

Respetando las demandas y posibilidades de los concurrentes, se dictan dos talleres por día: los lunes taller de vida diaria y fotografía, los martes de huerta y radio, los días miércoles arte y teatro, los jueves gimnasia y literatura y los viernes talleres de música y cocina. Los mismos permiten desplegar los intereses de cada concurrente en un espacio protegido, acompañando, a su vez, los procesos de independización y autonomía. La modalidad de trabajo es mixta, individual y grupal, la participación es horizontal y democrática. Se piensan los talleres como un modo de favorecer los lazos sociales y habilitar a que algo de la singularidad del concurrente advenga.

Para los talleres, el grupo general se subdivide en dos, participando cada uno de ellos una hora aproximadamente en cada taller. Los criterios para la división de los grupos son conformes a la edad cronológica de los pacientes, intereses, motivaciones y diagnóstico funcional. Cada grupo está a cargo de una orientadora de sala (psicóloga), y cada taller posee su coordinador correspondiente, quien se ocupa de diseñar las actividades del día, enseñar de manera didáctica la temática seleccionada, exponer las consignas, colaborar con su ejecución y evaluar el desempeño de cada concurrente. Se le suma a ello, la participación del acompañante terapéutico para aquellos pacientes, la minoría, que requieren de apoyo complementario. Cabe destacar que los talleres, además de realizarse de manera grupal, permiten ver al individuo en la relación con un objeto, con un instrumento musical, con una hoja y lápices de colores, con una herramienta de jardinería, e incluso con su propio cuerpo.

Cada subgrupo comparte el mismo espacio físico y cuenta con la ayuda de los profesionales para el desarrollo de las actividades. Se apunta a que los talleres no sean discontinuados y que participe la totalidad del grupo, es decir, se trabaja en la presencia responsable y sin interrupciones de los participantes. Sin embargo, aparecen casos aislados de abandono, pedido de cambio de grupo, resistencia a la ejecución de alguna actividad, dificultad para mantener la concentración y las consignas etc. En esos casos los concurrentes

apelan a excusas tipificadas (necesidad de dirigirse al baño, a fumar afuera, a respirar aire puro, etc.). Dependiendo del caso y de la situación, se cede ante el pedido del sujeto, respetando sus necesidades y deseos. Dichas actitudes devienen en un trabajo individual con el concurrente por parte de la psicóloga que apunta a potenciar su adherencia al grupo y el cumplimiento de las tareas.

Espacio Individual

La coordinadora del área de psicología brinda atención y seguimiento a los diversos concurrentes. Así como las orientadoras acompañan a cada grupo en sus actividades, la psicóloga del centro trabaja en consultorio de manera individualizada. Si bien se presentan ciertos límites a la hora de enfrentar un tratamiento psicoterapéutico junto a sujetos con diagnósticos como el de la psicosis, la terapia individual en el centro de día refiere a un encuentro concurrente-psicólogo donde se trabaja de manera conjunta sobre situaciones cotidianas, disparadoras de abordajes personales.

Todos los concurrentes del centro tienen acceso al espacio individual, más allá que posean su terapeuta o medico particular por fuera de Kruppal. Se intenta hablar con todos una vez por semana, no obstante, el concurrente puede solicitar el espacio con mayor frecuencia, y quedara bajo criterio de la terapeuta aceptar o no el pedido. Asimismo, puede ser la propia terapeuta quien solicite el encuentro individual más inmediato, considerando su evolución o debido a situaciones puntuales. Se abordan las diversas problemáticas que pueden presentarse en la interacción y se brinda contención y acompañamiento al paciente y su familia de forma permanente.

En lo referente al encuentro con la familia del paciente, pueden solicitarse entrevistas con el cuidador a los fines de optimizar el proceso terapéutico o abordar alguna situación que requiera de trabajo conjunto. Se presentan casos en los que el propio grupo familiar solicita dicha entrevista. Se le suma a ello la comunicación con terapeutas, acompañantes terapéuticos o médicos particulares del concurrente.

De manera complementaria, se brinda asistencia psiquiátrica, en caso que así se solicite, lo cual incluye evaluación diagnóstica y terapéutica, solicitud de métodos complementarios diagnósticos y diseño de terapéuticas específicas para cada caso, indicación y seguimiento farmacológico. El mismo profesional ofrece entrevistas de admisión, que se realizan de manera individualizada.

Cada concurrente posee su propio legajo, carpeta en donde se archiva la documentación personal, informe social, valoración inicial, admisión, propuesta de trabajo,

registro de seguimiento diario e informes trimestrales. La información archivada permite evaluar el progreso de cada sujeto y en función de ello adaptar los objetivos. Como se ha mencionado, se apunta a brindar las herramientas y establecer los lazos necesarios para que el sujeto se inserte paulatinamente en la sociedad: reinserción laboral, integración comunitaria mediante el uso de recursos comunitarios, fortalecimiento de vínculos, desarrollo de habilidades para actividades de la vida diaria, entre otros.

Espacio Comunitario

En consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental (2010), el centro de día Kruppel, integra profesionales de distintas áreas que favorecen el logro de la autonomía en los concurrentes y la integración de estos a su medio familiar y social. Se desarrollan actividades terapéuticas, recreativas y laborales, organizadas de acuerdo a las posibilidades grupales e individuales. Asimismo, se trabaja sobre la implementación de actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria. De manera adicional, se apoya y orienta a la familia en el proceso terapéutico.

Con frecuencia mensual, se organizan salidas comunitarias vinculadas a las temáticas que se trabajan en los distintos talleres. Se procura que cada tallerista organice una salida por mes, y que haya un trabajo previo y posterior al paseo que permita integrar las actividades del centro a las dinámicas sociales, ocasión en que se evalúa muy especialmente la adherencia de las HHSS adquiridas por el concurrente. Se le suma a ello las actividades que suponen la convivencia cotidiana, a saber: juegos de salón y externos; conversaciones y debates de temáticas intrainstitucionales y comunitarias, meriendas compartidas; limpieza de materiales utilizados en los talleres y vajilla; respeto por el reglamento institucional.

Todas ellas integran al concurrente en el grupo, favoreciendo las habilidades interpersonales y la adaptación a las dinámicas sociales, en un espacio compartido

El nexo entre el concurrente y la familia/sociedad es llevado a cabo por una trabajadora social. En este caso, la profesional se ocupa de articular los recursos sociales disponibles para ayudar al paciente, como así también atender y prevenir cualquier carencia o dificultad que pueda presentarse. En caso de requerirse, se ofrece el servicio de un/a acompañante terapéutico para casos específicos. Se le suma a ello los módulos de atención de kinesiología, musicoterapia y terapia ocupacional, a cargo de profesionales que asisten al centro con frecuencia semanal.

Reuniones de equipo

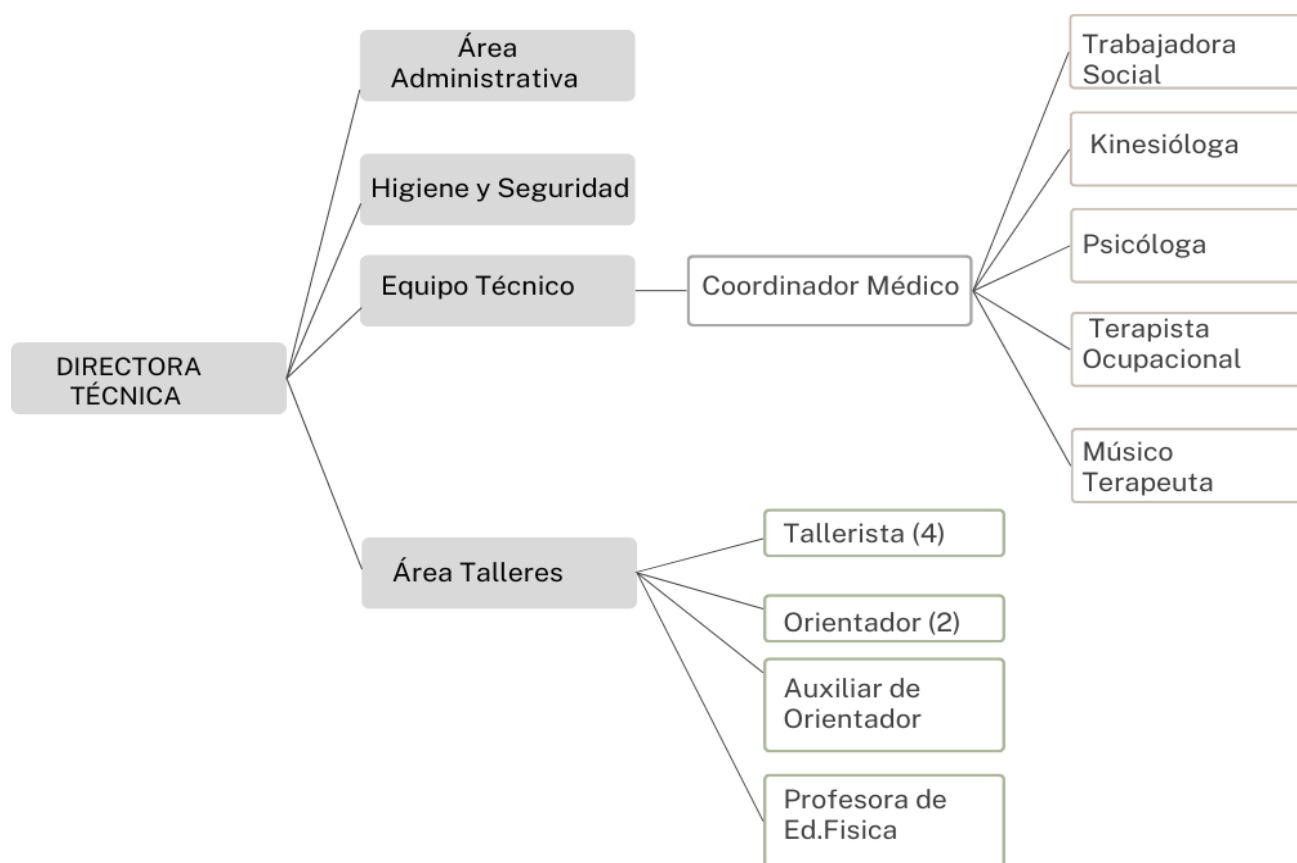
La práctica en la institución se realiza de manera interdisciplinaria. Con frecuencia semanal se coordina una reunión de una hora en la misma institución, durante el horario de funcionamiento del centro de día. En ella los distintos profesionales comparten sus apreciaciones sobre los casos, se debaten en conjunto las decisiones clínicas y se buscan soluciones a problemáticas emergentes. En el transcurso de la reunión, los concurrentes suelen quedarse a cargo de los talleristas mientras el resto de los profesionales (únicamente aquellos que asisten ese día, y en ese horario al centro) participan del encuentro de equipo.

Asimismo, se realizan ateneos mensuales interdisciplinarios cuya duración es de cuatro horas. En este caso, la jornada de la mañana se suspende y solo acuden a Kruppall los profesionales. Las primeras dos horas suelen utilizarse para dictar un taller de formación, sobre un tema específico y pertinente a la situación que transcurre la institución en ese momento. En las últimas horas se realizan evaluaciones de los pacientes, estimaciones del proceso terapéutico, se dan a conocer situaciones particulares y propuestas de intervención o cambios. Se demanda una participación activa por parte de los profesionales, quienes aportan desde la especificidad de su disciplina.

Los días lunes se destina una hora de reunión exclusivamente a los pasantes. En ella participa la psicóloga del centro junto a los diversos estudiantes que se encuentran realizando sus prácticas en Kruppall. Se habilita el espacio para que los estudiantes realicen sus propias apreciaciones sobre los casos, se despejen dudas y se efectúen valoraciones personales sobre el proceso. Sumado a ello, se discute el material teórico propuesto desde la institución y se vinculan los conceptos vistos a casos o situaciones particulares del centro.

Desde la institución se considera a la discapacidad como un fenómeno en continuo movimiento y evolución. Se apunta a brindar herramientas que posibiliten el mejor desempeño del concurrente en su vida cotidiana. Frente a tales valoraciones, la cristalización de ciertos factores dependerá de las barreras impuestas desde la sociedad y del empobrecimiento de la interacción. Se valoran los recursos, aptitudes y destrezas de cada sujeto y se cree firmemente en el efecto fortalecedor de la grupalidad. Partiendo desde un enfoque de derechos, se respeta la individualidad y particularidad de cada concurrente en miras de que desarrolle su propio proyecto de vida en compromiso con la sociedad.

3.3 ORGANIGRAMA



4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Habilidades sociales en concurrentes con diagnóstico de psicosis que asisten a un Centro de Día de la Ciudad de Córdoba.

5. OBJETIVOS

5.1.OBJETIVO GENERAL

Analizar las Habilidades Sociales de concurrentes con diagnóstico de psicosis de un Centro de Día de la ciudad de Córdoba.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir y evaluar el desempeño en asertividad y habilidades conversacionales de concurrentes con diagnóstico de psicosis en la entrevista de admisión de un Centro de Día de la Ciudad de Córdoba.
- Describir las intervenciones institucionales que favorecen el entrenamiento de las Habilidades de asertividad y Habilidades conversacionales de concurrentes con diagnóstico de psicosis en un Centro de Día de la ciudad de Córdoba.
- Describir y analizar las Habilidades de asertividad y Habilidades conversacionales en concurrentes con diagnóstico de psicosis de un centro de día de la Ciudad de Córdoba, luego de tres años de exposición a intervenciones institucionales.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1.HABILIDADES SOCIALES

Rocca (2018) define las HHSS como un conjunto de hábitos, incluidas las conductas, pensamientos y emociones, que permiten al sujeto enriquecer sus relaciones interpersonales, sentirse bien, obtener aquello que desea y conseguir lograr sus objetivos sin que el resto lo impida. Asimismo, el autor postula que se trata de la capacidad del sujeto de relacionarse de manera tal que obtenga un máximo de beneficio y un mínimo de consecuencias negativas.

Gil y León (2011) exponen que las HHSS no son características de las personas, sino que se encuentran relacionadas con las conductas de éstas. Como comportamiento, las HHSS son susceptibles de aprendizaje y, por tanto, de entrenamiento. No se trata de patrones rígidos de comportamiento, sino que implican modos de actuar efectivos en diversas situaciones y contextos. En definitiva, el término de Habilidad Social (HS) alude a las capacidades o aptitudes empleadas por un sujeto cuando interactúa con otro a nivel interpersonal (Gil y León, 2011).

Frente a tales características, se entiende que las HHSS son un conjunto de comportamientos que el sujeto aprende y expresa en situaciones de interacción social. La HHSS no estarán aisladas, sino que se integrarán a aspectos específicos del individuo y de su contexto.

Acorde a lo expuesto, Gil y León (2011) distinguen cuatro características que delimitan el concepto. En primer lugar, se destaca el carácter aprendido de las HHSS.

En segundo lugar, “la conciencia de complementariedad e interdependencia de la habilidad social” (Gil y León, 2011, p.15), es decir, la aceptación de que todo comportamiento social implica el entendimiento y consideración del punto de vista del otro y la proyección de la propia imagen (Gil y León, 2011). Por otro lado, el hecho de que el desempeño de las HHSS estará íntimamente ligado a la situación social y a los objetivos que se persiguen en determinada situación. Por último, se consideran las HHSS como sinónimo de eficacia de comportamiento interpersonal (Gil y León, 2011).

El enfoque de las HHSS utiliza tres niveles de análisis principales: molecular, molar e intermedio.

El primero toma como referencia componentes conductuales específicos y observables de las HHSS, tales como la postura, el número de movimientos de piernas, el número de palabras dichas, entre otros. En dicho nivel la preocupación está puesta sobre la medición objetiva de los componentes mencionados para alcanzar evaluaciones válidas y fiables (Gil y León, 2011).

En el segundo se consideran dos o más elementos componentes de las HHSS y las interacciones entre estos al momento de desarrollar la capacidad de actuar con efectividad en determinada situación social (entrevista de trabajo, defensa de los derechos, expresión de opiniones, etc). Las evaluaciones en este caso, a diferencia del nivel molecular, suelen ser más generales y subjetivas (Gil y León, 2011).

El último, nivel intermedio, se centra en ambos niveles mencionados, en la relevancia social de ciertas respuestas y en la especificidad metodológica de su evaluación (Gil y León, 2011).

Atendiendo a las consideraciones expuestas, se advierte que aquello denominado como HHSS supone un conjunto de diversos tipos de habilidades empleados para diferentes objetivos. Caballo (2007) menciona que las HHSS pueden medirse de acuerdo a la eficacia de una conducta frente a una situación. De esta manera, es preciso evaluar los objetivos detrás de un comportamiento para indicar su nivel de efectividad. El autor diferencia tres tipos básicos de consecuencias tras un comportamiento: eficacia en los objetivos (para alcanzar mediante la conducta el objetivo propuesto), eficacia en las relaciones (se prioriza el vínculo que se establece con otro), eficacia en el respeto hacia uno mismo (mantener la autoestima), (Caballo, 2007). La estimación del grado de HS puede desprenderse del conocimiento sobre el contenido de la conducta socialmente habilidosa y las consecuencias de ésta.

El contenido se refiere principalmente a la expresión de la conducta (opiniones, sentimientos, deseos, etc) mientras que las consecuencias aluden principalmente al refuerzo social. Desde nuestro punto de vista consideramos que es necesario tener en cuenta tanto el contenido como las consecuencias al definir la conducta socialmente habilidosa. (Caballo, 2007, p.17)

Se le suma a lo anteriormente expuesto la atención a la frecuencia de utilización de ciertas HHSS. Kelly (2002) expone que el grado en el que determinada HS resulte funcional dependerá de la frecuencia en la que el sujeto se enfrente a situaciones que demanden dicha habilidad “podemos esperar, por tanto, que los individuos desarrollen y manifiesten principalmente aquellas habilidades sociales que les permitan alcanzar sus objetivos en las situaciones que suelen encontrarse con frecuencia” (Kelly, 2002, p.23).

Así pues, el hecho que un sujeto maneje con efectividad una situación que requiera determinada HS, no significa que pueda manejar con éxito situaciones que requieran otro tipo distinto. De hecho, puede ocurrir que un mismo tipo de HS no se manifieste en todas las situaciones.

[...] la evaluación objetiva con frecuencia indica que la conducta o las habilidades sociales del mismo individuo están determinadas por la situación. Por tanto, una persona puede mostrar unas habilidades adecuadas de oposición asertiva en una situación, y no en otro contexto situacional distinta. (Kelly, 2002, p.23)

Kelly (2002) indica que el grado en el que determinada HS sea puesta en práctica y resulte efectiva depende en gran medida de si el antagonista se presenta como conocido o desconocido, si es hombre o mujer, si se trata de un role-play o si la situación se da en un ambiente natural, entre otros factores.

6.1.1. FRACASO EN LA MANIFESTACION DE CONDUCTAS SOCIALMENTE HABILIDOSAS

Como se ha mencionado anteriormente, pueden existir diversas razones por las cuales un individuo no muestre conductas socialmente competentes en determinada situación; Kelly (2002) menciona algunas posibles explicaciones a dicho fracaso.

La primera de ellas remite a la ausencia de adquisición o aprendizaje de la habilidad. Es decir, la habilidad, independientemente de la situación, nunca aparece dado que nunca se ha aprendido o adquirido. Esto podría explicar el fracaso conductual del paciente que ha permanecido institucionalizado por largos periodos de tiempo o de manera crónica, que presenta un deterioro social permanente (Kelly, 2002)

Una segunda explicación se ubica en el campo de la práctica. El autor menciona que una cierta habilidad aprendida puede presentarse en determinadas situaciones, pero en otras no. En este caso, la conducta socialmente habilidosa se pondría en práctica en situaciones donde se presenten ciertos signos ambientales, interpersonales o situacionales. Sin embargo, en situaciones con otros indicios, distintas a los que estaban presentes en la situación original donde se aprendió la habilidad, el sujeto no mostrara la conducta habilidosa (Kelly, 2002).

Otro ejemplo es el del individuo que no presenta dificultades al conversar con personas de su mismo sexo, pero que puede experimentar ansiedad y dar muestra de falta de habilidades en las mismas situaciones cuando las personas presentes son del otro sexo. En este caso, el sexo del otro u otros es lo que parece ser un indicio discriminativo, en el sentido de que los interlocutores del mismo sexo elicitan un tipo de respuesta hábil, mientras que los del otro sexo elicitan una respuesta mucho menos efectiva socialmente. (Kelly, 2002. p. 24)

Por último, el autor le otorga un lugar significativo al reforzamiento proveniente del ambiente. Las variables situacionales pueden dar lugar a consecuencias distintas tras la ejecución de determinada conducta. Las habilidades sociales se aprenden y refinan de acuerdo al reforzamiento al que conduzcan posteriormente. Si una habilidad es reforzada

sistemáticamente en determinadas situaciones, pero no en otras, el sujeto identificara aquella estrategia interpersonal que haya resultado más funcional para producir el reforzamiento (Kelly, 2002).

El individuo, de manera ideal, aprendería qué habilidad social resultaría funcional en determinada situación y adaptaría su conducta en función de ello. Sin embargo, puede ocurrir que la persona se enfrente a una situación en la que no sabe que habilidades serán reforzadas o bien que el individuo presente un estilo social inflexible que lo conduzca a utilizar rígidamente una habilidad aun cuando no resulte adaptativa “por ejemplo, la gente puede enfrentarse a muchas situaciones de manera pasiva, aun cuando la aserción sería apropiada, debido a que no ha sido reforzada previamente por manifestar conductas asertivas” (Kelly, 2002, p. 25).

Atendiendo a lo expuesto, resulta evidente que existen múltiples motivos por los cuales una persona puede no demostrar HHSS adecuadas en su interacción con los demás. En el marco del presente trabajo, se ha decidido centrar la atención en dos HHSS específicas, a saber: la asertividad y las habilidades conversacionales, con el propósito de alcanzar un consenso acerca de sus características, componentes y evaluación.

6.2. TIPOS DE HABILIDADES SOCIALES

En la literatura psicológica existen diversas clasificaciones de las HHSS, lo que ha llevado a algunos autores a considerar la asertividad como una HS más, mientras que otros la definen como una HS en sí misma. A los fines del presente trabajo, se hará foco en la descripción y análisis de la asertividad y las habilidades conversacionales. La asertividad se refiere a la capacidad de expresar pensamientos, sentimientos y necesidades de forma honesta y adecuada, sin agredir ni someterse a los demás. Por otro lado, las habilidades conversacionales se relacionan con la capacidad de iniciar y mantener conversaciones de manera efectiva, demostrando interés, respeto y empatía hacia el interlocutor. En ambos casos, se prestará especial atención a la descripción de sus componentes conductuales, su evaluación y entrenamiento.

6.2.1. ASERTIVIDAD

Se entiende la asertividad como un tipo específico de competencia interpersonal, Kelly (2002) la define como “la capacidad de un individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos de manera eficaz y sin sentirse incómodo” (p.

175). Existen, siguiendo al autor, dos tipos de asertividad: la oposición asertiva y la aceptación asertiva. Mientras la primera de ellas implica la oposición o rechazo hacia un comentario o actitud del antagonista, en miras de obtener una respuesta satisfactoria en un futuro, la aceptación asertiva supone la habilidad del individuo para transmitir o expresar cumplidos o comentarios al resto como resultado de una conducta positiva de estos (Kelly, 2002).

Existe una marcada diferencia entre la oposición asertiva y la agresividad. En la respuesta asertiva de oposición se expresa de manera pacífica los propios sentimientos, invitando al antagonista a que modifique su conducta. Para ello, la expresión debe ser clara, firme y convincente, pero su contenido y estilo no son hostiles. En este caso, la competencia social no va dirigida a entablar nuevas relaciones sociales sino a que el reforzamiento producto de la interacción no se pierda. Entre las consecuencias positivas de comportarse de manera asertiva se destaca la posibilidad de cambio del comportamiento del otro y el actuar de manera activa y adecuada en lugar de someterse pasivamente a las demandas ajenas, dando lugar a una mayor percepción de autoeficacia (Kelly, 2002).

La aceptación asertiva habilita a que un sujeto pase a ser un agente más reforzante para el resto. Los cumplidos pueden ejercer una gran influencia sobre la conducta del otro, por tanto, el desarrollo de la capacidad de reconocer virtudes y elogiar cálida y sinceramente resulta una habilidad interpersonal de valor (Kelly, 2002). Al igual que en la oposición asertiva, el uso de la aceptación asertiva permitirá modificar la conducta del otro, reforzando de manera activa los aspectos positivos. Asimismo, es probable que aumente el valor de reforzamiento del sujeto en tanto sus respuestas son apreciadas por los demás (Kelly, 2002).

Como se ha mencionado anteriormente, cada habilidad social puede descomponerse en una serie de componentes conductuales que facilitan su detección y entrenamiento. Entre los componentes de la oposición asertiva Kelly (2002) distingue: contacto visual; volumen de voz; gestos; comprensión de lo que el otro dice o expresión del problema; desacuerdo verbal; petición de cambio de conducta o propuesta de solución; duración de las intervenciones. En cuanto a los de la aceptación asertiva se destacan: contacto visual; afecto; volumen de voz; expresiones de elogio/aprecio; expresión de sentimientos personales; conducta positiva recíproca; duración de las intervenciones. Se procederá a describir brevemente cada uno de ellos, iniciando por aquellos que componen la oposición asertiva.

El contacto visual refiere a la proporción de tiempo que el sujeto mira al antagonista mientras está hablando. El puntaje dependerá del tiempo de contacto visual establecido en

referencia a la duración de la respuesta total del sujeto “si la respuesta del cliente dura aproximadamente 10 segundos, pero solo estableció contacto visual durante 2 segundos, la puntuación será del 20%, bastante deficiente”. (Kelly, 2002, p.181)

El afecto puede valorarse mediante una escala de 10 puntos, correspondiendo el puntaje a la presencia de un tono emocional firme, convincente y apropiado a la situación conflictiva. La pasividad, hostilidad y beligerancia, por su parte, corresponderán al puntaje más bajo (Kelly, 2002). De manera similar, el volumen de voz también puede puntuarse en una escala de 10 puntos, siendo el puntaje más alto respuestas emitidas de forma audible y clara (Kelly, 2002). Los gestos añaden énfasis a las respuestas asertivas, por tanto, su evaluación será de importancia. Se incluyen los movimientos de manos y brazos mientras se está hablando, pudiéndose contabilizar como ausentes o presentes en cada respuesta (Kelly, 2002).

Además de los componentes no verbales, los componentes verbales deben estar presentes en una respuesta de oposición asertiva. Es importante que el sujeto sea capaz de expresar la existencia y naturaleza de una situación conflictiva y/o que transmita que comprende el punto de vista del otro. Esto permitirá suavizar la respuesta para que no se perciba como hostil. La expresión del problema o expresión de entendimiento es una manera de iniciar una respuesta asertiva de manera no agresiva y asegurarse de que el antagonista comprende hacia donde van dirigidas sus objeciones (Kelly, 2002).

La expresión de desacuerdo implica la verbalización de que la conducta del antagonista es inaceptable o bien intolerable. Se indicará que el componente está presente siempre que el sujeto emita una frase que indique desacuerdo con las acciones del otro. Contrariamente, se considerará ausente si el sujeto cede o asume un rol pasivo frente a una conducta intolerable del antagonista (Kelly, 2002).

La oposición asertiva no estaría completa si el sujeto no fuese capaz de dar indicaciones de como quisiera que se comporte el otro en el futuro. La petición de un cambio de conducta o propuesta de solución persigue el objetivo de producir cambios en la conducta del antagonista. A diferencia del desacuerdo, la petición o propuesta de cambio no se limita únicamente a indicar que acciones son inaceptables, sino que se proponen alternativas aceptables (Kelly, 2002).

Por último, la duración de las intervenciones, como su nombre lo indica, refiere al tiempo en el que el sujeto da una respuesta asertiva. Cuanta más práctica y más habilidades el sujeto adquiera, más extensa será la duración de sus intervenciones. Sin embargo, el hecho de

que una respuesta sea extensa no indica necesariamente que sea asertiva, un sujeto puede emitir una respuesta extremadamente larga pero ineficaz, sin incluir ninguno de los componentes verbales y no verbales descriptos (Kelly, 2002).

De manera similar, el contacto visual, el afecto y el volumen de voz forman parte de la aceptación asertiva y, por tanto, son susceptibles de ser evaluados en ejercicios como el role-play que exigen respuestas de aceptación asertiva. Los tres componentes se evaluarán exactamente igual que en la oposición asertiva, diferenciándose el afecto, que, en este caso, deberá presentarse calidez y cordialidad, una responsabilidad emocional acorde a la situación, presencia de sonrisas, entre otros (Kelly, 2002).

Un componente fundamental en la aceptación asertiva es la expresión de elogios o aprecio “este componente verbal se valora como presente si el cliente elogia explícitamente la conducta positiva del interlocutor y/o expresa su aprecio hacia el por haber realizado alguna conducta deseable”. (Kelly, 2002, p.184)

Un segundo componente verbal es la transmisión hacia el otro de los sentimientos positivos que cierta conducta ha producido en la propia persona. En este caso no se alaba la conducta del otro, sino que se expresan los propios sentimientos personales (Kelly, 2002).

Kelly (2002) incluye dentro de los componentes “la conducta positiva recíproca” que implica la capacidad de generar un ofrecimiento de conducta positiva en retribución a lo que ha hecho el otro. El autor expone una serie de ejemplos:

Ejemplos de este tipo de comentarios son: «Si alguna vez puedo ayudarte a salir de un apuro, dímelo»; «Me encantaría enseñarte a hacerlo»; «Has sido un empleado excelente, así que he consignado tus méritos en la hoja de servicios»; «Me gustaría devolverte el favor invitándote a cenar». (Kelly, 2002, p. 185)

Por último, la duración de las intervenciones se evaluará de la misma manera que en la oposición asertiva, aumentando las intervenciones a medida que el sujeto aprende a utilizar los componentes expuestos.

6.2.2. HABILIDADES CONVERSACIONALES

El término “habilidades conversacionales” refiere a la capacidad de iniciar y/o mantener conversaciones informales con otras personas. Un buen repertorio conversacional permitirá que el sujeto se desempeñe efectivamente en las relaciones interpersonales, habilitando el desarrollo de relaciones nuevas y duraderas. La competencia conversacional se requiere para una amplia variedad de situaciones interpersonales cotidianas, de allí se desprende la importancia su entrenamiento (Kelly, 2002).

El entrenamiento se dirige principalmente a fortalecer o instaurar conductas que permitan conocer al otro, conversar de manera efectiva e incrementar el propio valor de reforzamiento social. Según Kelly (2002) será objeto de entrenamiento toda persona que muestre una actuación deficiente durante las conversaciones informales con los demás; sujetos que no logren entablar relaciones interpersonales por carecer de un repertorio de habilidades necesario para la interacción; personas que eviten conversar debido a la ansiedad que le genera tal conducta o bien el temor de ser evaluado negativamente.

Las habilidades conversacionales pueden descomponerse en seis componentes conductuales: el contacto visual; el afecto; la duración de las intervenciones; el uso de las preguntas; la información acerca de uno mismo; el uso de comentarios reforzantes o de cumplido. Resulta necesario definir cada una de ellas de manera objetiva para evaluar la presencia o ausencia de estas en el cliente o para su entrenamiento (Kelly, 2002).

El contacto visual es definido por el autor como “el porcentaje de tiempo durante el cual el cliente mira directamente a los ojos al interlocutor mientras le está hablando o escuchando” (Kelly, 2002, p. 142). El tiempo de contacto visual registrado será proporcional a la duración total de la conversación (Kelly, 2002).

Por su parte, el afecto en una conversación representa el grado en el que el tono emocional del sujeto es adecuado a la situación que se presenta en la conversación. Se evalúa utilizando una escala del 1 al 10, en donde el 1 representa *afecto muy apropiado* y el 10 *afecto extremadamente inapropiado*. Es de esperar que el tono emocional apropiado varíe de acuerdo a la situación que se observe, es decir, puede esperarse una actitud de cordialidad, interés, calidez o bien una emoción de compasión, menos animada o consoladora. Generalmente, pacientes esquizofrénicos muestran deficiencias en esta conducta por una ausencia de tono emocional, lo que deviene en un afecto monótono que los hace parecer poco interesados en los demás (Kelly, 2002).

Al igual que en el asertividad, la duración de las intervenciones refiere al tiempo total en el que el sujeto ha utilizado en una interacción competencias conversacionales. Hay sujetos que ofrecen una escasa cantidad de inputs verbales durante las conversaciones, mientras que otros hablan demasiado, dependiendo del caso, se trabajara sobre el aumento o la reducción de la duración de las intervenciones (Kelly, 2002).

Las preguntas conversacionales se definen como “cualquier pregunta formulada por el cliente que da lugar a alguna información por parte del interlocutor” (Kelly, 2002, p.143). Su evaluación es relativamente sencilla, basta con contar el número de veces que el sujeto realiza

peticiones directas o indirectas de información al interlocutor a lo largo de una conversación (Kelly, 2002).

Otro componente de la habilidad conversacional implica la verbalización de enunciados que transmiten correcta información acerca de uno mismo. Los comentarios autorreveladores revelan algo sobre los intereses, historia, aficiones, preferencias, ideología de la persona. No implica la transmisión de sentimientos íntimos o secretos del sujeto, tampoco la expresión de información personal negativa como la soledad, los problemas emocionales, lamentaciones, etc (Kelly, 2002).

Por último, Kelly (2002) incluye los comentarios de refuerzo o feedback conversacional positivo. Se definen como la expresión verbal de cumplidos o halagos hacia el interlocutor, incluyendo también todo aquel comentario que refuerce su discurso al transmitir que uno está de acuerdo o comprende lo que acaba de decir.

6.3.EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

A diferencia de otras áreas de evaluación psicológica, la evaluación de HHSS es particularmente dificultosa dada la complejidad de la conducta social, la ausencia de una definición unánime del concepto y la amplitud en la que se ha empleado el concepto de HS. A pesar de dicha situación, existen acuerdos, mencionados en el apartado anterior, sobre ciertas características y dimensiones generales que delimitan el concepto y fundamentan su evaluación (Gil y León, 2011).

Como se ha mencionado anteriormente, es necesario evaluar tanto la eficacia de las conductas sociales como la calidad de estas. Se debe prestar especial atención al contexto y a las normas sociales; una conducta puede tener alta probabilidad de lograr resultados interpersonales positivos, aunque en cierto momento o situación no sea así. Por tanto, resulta crucial establecer los criterios de aquello que se entiende como *conducta socialmente hábil* de antemano. Para ello, es necesario descomponer una determinada habilidad social en componentes conductuales identificables. Dichos componentes pueden especificarse y describirse de una manera objetiva y precisa, lo cual permite al terapeuta medir la presencia de cada componente y entrenar aquellos ausentes o deficitarios. Será posible observar si el sujeto presenta o no determinada habilidad en la fase de evaluación de acuerdo a la presencia de los componentes básicos que la integran. (Kelly,2002).

Otro aspecto fundamental a atender son las características de la situación a la que el sujeto se enfrenta. Se observa que un individuo puede desempeñarse de manera hábil en una situación, pero no necesariamente en otras. Al respecto, es necesario evaluar la respuesta

conductual del sujeto en diversas situaciones, reconociendo los riesgos de realizar generalizaciones que no sean representativas (Gil y León, 2011).

Por último, tomar consideración de que la aparición de una conducta socialmente habilidosa se encuentra condicionada por factores ambientales, personales y su interacción. Así, individuos con dificultades en las HHSS, factores personales como la escasez de conductas adecuadas en los patrones de comportamiento, o la existencia de expectativas negativas sobre el propio rendimiento social, se combina con la presencia de valores culturales sobre lo que es y no es apropiado, o reforzamiento social de conductas inadecuadas. Tales factores conducen a que en situaciones dadas se inhiba o disminuya la conducta habilidosa. La evaluación de las HHSS debe contemplar, por tanto, factores cognitivos, emocionales, conductuales y sociales (Gil y León, 2011).

La importancia de la Evaluación de las Habilidades Sociales (EHS) radica, entre otros aspectos, en el diseño de intervenciones que faciliten su desarrollo o bien refuercen las existentes. Para evaluar las HHSS se han diseñado diversos tipos de estrategias e instrumentos de evaluación. A continuación, se realizará una breve descripción de dos de las más relevantes a los fines del presente trabajo: la entrevista y la observación conductual.

Gil y León (2011) exponen que el método de la entrevista permite recolectar información acerca de las modalidades de interacción del sujeto y las percepciones y emociones emergentes en los vínculos interpersonales.

En general, se suele emplear un formato relativamente estructurado de entrevista por medio del cual se puede obtener información relativa a lo siguiente: la historia de sus relaciones interpersonales; las situaciones de interacción social que más problemas le causan; la propia valoración de su comportamiento social; la motivación que tiene para mejorar su nivel de HHSS; sus expectativas sobre el entrenamiento y los objetivos que le gustaría alcanzar. (Gil y León, 2011, p.48)

Mediante el uso de la entrevista estructurada es posible recabar información sobre aquellos factores que anteceden y son consecuencia de la conducta no hábil e indagar sobre el repertorio conductual adecuado. Asimismo, el diálogo establecido en la entrevista, sumado a los diversos factores que se ponen en juego en dicha situación, constituye en sí un encuentro social, por tanto, puede servir de contexto de observación de comportamiento del sujeto (Gil y León, 2011).

Las entrevistas pueden realizarse exclusivamente con el sujeto evaluado, o bien incluir la participación de personas cercanas a este (amigos, familiares, pareja, etc). En el último caso, la información brindada acerca del comportamiento del sujeto es valiosa en tanto

permite contrastar los distintos puntos de vista y llegar a una descripción lo más certera posible (Gil y León, 2011)

Gil y León (2011) enuncian las ventajas de utilizar la entrevista para la evaluación de las HHSS. Entre ellas su flexibilidad y carácter relativamente desestructurado que habilita la adaptación de la entrevista a diversos tipos de individuos, problemáticas y contextos. Por otro lado, la información obtenida es de primera mano y es posible acercarse a aspectos confidenciales que no se podrían conseguir mediante otros procedimientos. Por último, es posible indagar sobre el comportamiento del individuo frente a situaciones inaccesibles a la observación.

En cuanto al uso del método de observación conductual, es preciso destacar que permite advertir las respuestas manifiestas mediante las que se muestran las HHSS. La observación puede efectuarse de diversas maneras de acuerdo al contexto donde se efectúe la interacción (artificial o real), el origen del comportamiento (natural o simulado), la fuente de información (el propio sujeto, personas significativas, observadores o colaboradores), la duración (breve, semiextensa, extensa), el nivel de estructuración de la interacción (estructurada y semiestructurada), y el tipo de medida (registros conductuales o valoraciones globales). La información obtenida permitirá realizar un análisis de las HHSS en sus distintos niveles: molar, molecular, intermedio (Gil y León, 2011).

En resumen, el tipo de HS que requerirá ser trabajada vendrá dada por aquellas situaciones sociales en las que el sujeto muestre dificultades. Kelly (2002) enuncia que la información inicial puede obtenerse bien entrevistando cuidadosamente al cliente para identificar la naturaleza de las situaciones difíciles o bien por la observación directa de los déficits interpersonales en caso que el sujeto se encuentre en internados o espacios similares (que se presten a la observación).

6.4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Como bien se ha mencionado, las HHSS son comportamientos que las personas muestran en situaciones de interacción social y la respuesta dependerá de las exigencias que la situación plantee. Frente a tales consideraciones se establece que es necesario desarrollar en los sujetos un repertorio de respuestas flexibles y variados de conductas sociales más que patrones rígidos y uniformes (Gil y León, 2011). Los comportamientos sociales incluyen componentes motores, cognitivos y psicofisiológicos y en los entrenamientos es necesario abordar cada uno de ellos (Gil y León, 2011).

El componente motor refiere a la manera en la que se ejecuta una tarea, los movimientos y verbalizaciones que trae consigo. El componente cognitivo, por su parte, se refiere a aquello que se piensa y que condiciona con frecuencia los comportamientos. Por último, el componente psicofisiológico “[...] refiere a las respuestas emocionales que acompañan a las conductas sociales” (Gil y León, 2011, p.65). A los tres componentes mencionados se le suma la consideración de factores psicosociales que, como se ha visto, influye de manera considerable sobre el comportamiento de los sujetos.

La importancia del EHS radica en la minimización del malestar que un individuo puede experimentar producto de las consecuencias negativas de la no consecución de sus objetivos. Resulta necesario mencionar nuevamente que las conductas que un sujeto manifiesta en una situación de interacción social están orientadas a conseguir ciertos objetivos. Asimismo, mediante el EHS, se pretende aminorar el malestar que también puede provocar en el resto las conductas sociales no hábiles de un sujeto (Gil y León, 2011). El EHS exige por parte del sujeto un rol activo, en tanto supone la práctica de respuestas efectivas frente a una situación problemática; se trata entonces de un tratamiento en donde el cliente se encuentra implicado directamente y no en lugar de receptor pasivo de interpretaciones del terapeuta (Kelly, 2002).

Las consecuencias de los comportamientos sociales asumirán un rol protagónico en el EHS. Al respecto, Gil y León (2011) establecen:

Durante el proceso de EHS se deben tener muy en cuenta las consecuencias de las conductas sociales, puesto que, como ya se ha comentado, las conductas adecuadas tenderán a consolidarse en el repertorio del sujeto en la medida que le sirvan para obtener consecuencias positivas y librarle de consecuencias negativas. Esta es la razón por la cual, en la planificación del EHS, se deben seleccionar cuidadosamente los reforzadores que se van a administrar y se deben seleccionar como objetivos del tratamiento conductas que garanticen la obtención de consecuencias positivas en un gran número de situaciones, para favorecer así su mantenimiento y generalización. (p. 69)

A su vez, los autores afirman que las HHSS son comportamientos aprendidos, y, por tanto, pueden mejorarse mediante un aprendizaje adecuado. Las experiencias para la mejora de HHSS implican, principalmente, la observación de aquellos individuos que ejecutan adecuadamente las conductas, poner en práctica dicha conducta, corregirla, perfeccionarla, recibir reforzamiento por las ejecuciones adecuadas y practicarlas lo más posible en situaciones variadas y reales (Gil y León, 2011).

Se presenta la idea que, una vez el sujeto haya adquirido en su repertorio conductual una serie de HS en un ambiente protegido, podrá aprender a generalizar la manifestación de

dicha habilidad en situaciones del ambiente natural que antes resultaban problemáticas. El reforzamiento proveniente de las interacciones sociales posibilitara el mantenimiento de las HS adquiridas y habilitara la adquisición de nuevas (Kelly, 2002).

Si bien las pautas para desenvolverse de manera asertiva en la sociedad parecen claras, su puesta en práctica muchas veces trae dificultades. Los problemas interpersonales son una característica común de muchos trastornos, por tanto, la modificación de los HHSS suele ser un objetivo terapéutico recurrente. Resulta dificultoso pensar en conductas asertivas o HHSS en sujetos que han transcurrido gran parte de su vida institucionalizados, o bien en ningún momento de su desarrollo han adquirido la capacidad de desempeñarse en sociedad. Gran parte de los manuales diagnósticos hacen hincapié sobre la deficiencia social de los pacientes psiquiátricos crónicos, que incluye una incapacidad de establecer relaciones interpersonales apropiadas y funcionar eficazmente en la comunidad.

6.5.PSICOSIS

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V, 2014) define los trastornos psicóticos desde la presencia de al menos una anomalía en cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo y síntomas negativos. Se procederá a caracterizar brevemente cada uno de ellos.

Los delirios se definen como creencias inamovibles, es una alteración de las capacidades mentales que influye sobre el pensamiento del sujeto. Si bien su contenido puede variar, el delirio persecutorio suele ser el más común; se instala la creencia de que la propia persona es perseguida, perjudicada y acosada por un individuo o el entorno general. Otro tipo de delirio recurrente es el referencial, el cual implica la creencia de que ciertos gestos, comportamientos, comentarios y señales del medio ambiente se dirigen a la propia persona. También pueden aparecer delirios de grandeza, delirios erotomaníacos, delirios nihilistas y delirios somáticos. Se considerará delirio extravagante siempre y cuando el contenido del mismo sea inverosímil, incomprensible y se descarta su procedencia de la vida cotidiana. Por el contrario, el delirio será no extravagante cuando los elementos del mismo provengan de la realidad y prevalezca cierto orden en su contenido (DSM V, 2014).

Las alucinaciones se definen como “percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario” (DSM V, 2014, p.87). Las alucinaciones

pueden presentarse en cualquier modalidad sensorial, aunque las auditivas suelen ser las más comunes.

El pensamiento (discurso) desorganizado se caracteriza por la presencia de un discurso prácticamente incomprensible, el sujeto suele cambiar de un tema a otro sin asociaciones y responder preguntas sin sentido. La desorganización puede ser lo suficientemente grave como para dificultar la comunicación interpersonal (DSM V, 2014).

Por su parte, el comportamiento motor muy desorganizado o anómalo se manifiesta mediante la agitación impredecible del sujeto o bien la ejecución de movimientos infantiles. Su emergencia deviene en dificultades para llevar a cabo cualquier tarea destinada a un fin y, por tanto, efectuar actividades de la vida diaria (DSM V, 2014).

Los síntomas negativos suelen presentarse en los cuadros esquizofrénicos; incluyen principalmente dos: la expresión emotiva disminuida y la abulia. Este último refiere a la disminución en la iniciativa y motivación para ejecutar una tarea “el individuo puede permanecer sentado durante largos periodos de tiempo y mostrar escaso interés en participar en actividades laborales o sociales” (DSM V, 2014, p.86). La expresión emotiva disminuida, como su nombre lo indica, consiste en una disminución acentuada en la expresión de las emociones mediante expresiones del rostro, movimientos corporales o entonación del habla. Otros síntomas negativos son la alogia, la anhedonia y la asocialidad. Este último implica la aparente falta de interés por establecer contacto con la sociedad; puede deberse a síntomas como la abulia o bien reflejar la escasa oportunidad del sujeto para la interacción social (DSM V, 2014).

Sumado a las características expuestas sobre el trastorno psicótico, Ey (1978) enfatiza la ruptura de las relaciones del sujeto con la realidad. Este aspecto resulta pertinente a los fines del presente trabajo. La alienación de la persona psicótica desprende al sujeto de la realidad, entiéndase esta no tan solo el mundo físico, sino el mundo humano que nos rodea y el psíquico.

Un tercer tipo está representado por el grupo de las esquizofrenias, caracterizado por una alienación de la persona y de su mundo, absorbidos en una existencia autística (es decir en un Mundo impenetrable y caótico que constituye un verdadero <mundo al revés>, como replegado y <vuelto> hacia las profundidades imaginarias del ser. (Ey, 1978, p. 114)

Se comprueba la distancia del sujeto psicótico frente a la realidad, propio de la prevalencia de síntomas que implican la construcción de un mundo con reglas paralelas, retraimiento y conductas consensuadas como insociables. Ahora bien, considerando la cita antes expuesta, se admite el cuestionamiento de si el mundo impenetrable es el del sujeto

psicótico, o bien, a la inversa, la sociedad en tanto excluyente del padecimiento mental. La deficiencia y discapacidad asociada no deben reducirse únicamente a la persona, sino a factores limitantes, del contexto, lo que, en términos de Toboso y Guzmán (2009), se entiende como “sociedad discapacitante” (p.1). Se esboza la idea de cuestionar la mirada discapacitante del sujeto con padecimiento mental y reflexionar sobre el papel que cumple la sociedad en la construcción de barreras.

6.6.DISCAPACIDAD

Se encuentra comúnmente consensuado que la persona psicótica posee una deficiencia a nivel psíquico que lo ubica en situación de enfermedad. Su lógica, por tanto, se articularía en torno a prácticas paternalistas/ institucionalizantes que ubican al sujeto en un estado de dependencia, objeto de atención médica. Si bien la consideración y atención al cuerpo no debe pasarse por alto, se propone revisar el término de “discapacidad” a los fines de correr el foco puesto en el individuo, hacia el contexto social.

En primera instancia, es preciso otorgar un lugar preponderante a la existencia de criterios normativos específicos que determinan lo que se considera “normal” en una persona. La norma es impuesta mediante prácticas institucionales, representaciones, que instigan a la población a ajustarse a ciertos patrones de funcionalidad. El término “capacidad” refiere a la actividad que un sujeto lleva a cabo, mientras que la “funcionalidad” remite al modo específico mediante el que se ejecuta (Toboso y Guzmán, 2009)

Cuando se dice que alguien ha perdido una capacidad, la mayoría de las veces se hace referencia a que ha perdido la funcionalidad que había venido usando hasta ese momento. Basta con encontrar otra, y la capacidad vuelve a estar disponible. En este sentido, el uso habitual del término “discapacidad” hace alusión, en realidad, al persistente estado de ausencia de una funcionalidad asociada al cuerpo. (Toboso y Guzmán, 2009, p.4)

En estos términos, se entiende que las personas con discapacidad no carecen de capacidades, sino que las ponen en funcionamiento mediante funcionalidades distintas a lo normativamente impuesto. El error está en definir la capacidad en términos estadísticos: la capacidad se encuentra íntimamente ligada a la funcionalidad mayoritaria como única modalidad legítima de funcionamiento (Toboso y Guzmán, 2009).

Toboso y Guzmán (2009) proponen el uso del término “diversidad funcional” para enfatizar la pluralidad de expresiones distintas de funcionamiento posibles. Cada barrera impuesta desde el entorno visibiliza la incapacidad del sujeto para desempeñarse en la sociedad, justificando su exclusión. Una mirada amplia permitiría advertir que aquello que

origina la discapacidad es, en gran medida, las limitaciones de la sociedad para ofrecer servicios que permitan a cualquier sujeto desenvolverse en el entorno sin dificultad. “Asume que las personas con discapacidad pueden y deben participar en la sociedad en la misma medida que el resto de los ciudadanos, lo que se relaciona con la inclusión y la aceptación plena de su diferencia” (Toboso y Guzmán, 2009, p.1).

Tomando los aportes de Parra (2014) se advierte que, cualquier persona se desarrolla en el transcurso de su vida en sintonía con un entorno específico, siendo, cualquier sujeto, susceptible de cambio y progreso siempre y cuando se potencien sus capacidades y entrenen las habilidades con relación al contexto. Desde esta perspectiva se admite la visión de un desarrollo multicausal, que contempla tanto factores personales como ambientales. Se valora los condicionantes, limitantes o favorecedores, de las circunstancias externas al individuo (Parra, 2014).

Desde la perspectiva mencionada, adquiere suma importancia el lugar que ocupan los elementos del sistema que instruyen y forman, en tanto habilitan la posibilidad de compensar las dificultades existentes. La acción formadora debe estar puesta sobre la potenciación o refuerzo de las habilidades existentes, o bien funcionar como facilitador de la adquisición de nuevas herramientas para la autonomía personal (Parra, 2014).

Resulta necesario aclarar que no se niega la existencia de una alteración en el sujeto, sino que se le otorga un lugar ineludible al contexto y ambiente en tanto favorecedor del progreso. Es decir, la dificultad será variable en función de las estrategias de compensación que se dispongan desde la sociedad. La discapacidad no es un estado fijo ni dicotomizado, es más bien cambiante si se atiende a los apoyos externos que pueden existir. Una forma de reducir las limitaciones de la persona es mediante la provisión de servicios y apoyos que se centren en las potencialidades del sujeto y el lugar que puede ocupar en la sociedad.

Se han promulgado leyes que facilitan y aumentan las actitudes favorables frente a sujetos con padecimiento mental; tal es el caso de La Ley Nacional de Salud Mental (2010). En el marco de dicha Ley se asume que la salud mental esta mediada por factores biológicos, psicológicos, contextuales e históricos, por tanto, su preservación y mejoramiento implicaría una construcción social. Se parte del reconocimiento de la capacidad de todas las personas y el derecho del sujeto a no ser discriminado por un padecimiento mental.

En sintonía con lo antes expuesto, la Ley Nacional de Salud Mental (2010) ampara la integración del sujeto con padecimiento mental a la sociedad:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en

los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (p. 17)

El artículo 11 de la Ley Nacional de Salud Mental (2010) destaca la obligatoriedad de potenciar la inclusión social y laboral de dichos sujetos. Dispositivos como los hospitales de día, casas de medio camino, atención domiciliaria, consultas ambulatorias, entre otras, promueven su desarrollo. Bajo estos términos, queda dispuesto que las internaciones deben ser lo más breves posibles, en miras de favorecer el mantenimiento del lazo social. Las internaciones involuntarias tendrán un carácter excepcional, se efectuarán siempre y cuando no exista la posibilidad de brindar abordajes ambulatorios y haya un riesgo cierto e inminente para sí o terceros. Será prioridad internar personas bajo su consentimiento, habilitando la posibilidad del sujeto de abandonar la institución cuando lo disponga (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

Cada persona incorpora modos particulares y singulares de funcionamiento. La deconstrucción del cuerpo normativo supone la puesta en foco de las capacidades que conforman cada sujeto, sumando a aquella la capacidad de adaptación.

En este sentido, propondríamos, seguidamente, que en el conjunto de capacidades se introdujese, como una más, la siguiente capacidad de adaptación: la capacidad de “incorporar” los elementos oportunos para el desempeño de las restantes capacidades del conjunto. Sería algo así como “la capacidad de transformar en capacidad una (dis)capacidad”. (Toboso y Guzmán, 2009, p.8)

Desarrollar y reconocer la capacidad de adaptación como parte fundamental del conjunto de capacidades de cada individuo es esencial para promover una visión inclusiva y respetuosa de la diversidad humana. La deconstrucción de normas preestablecidas permite poner foco en las habilidades y potencialidades únicas que conforman cada sujeto, incorporando la flexibilidad como elemento clave en la adaptación ante diversas situaciones.

6.7. PSICOSIS Y HABILIDADES SOCIALES

El tratamiento farmacológico, comúnmente utilizado para la psicosis, tiene como objetivo eliminar los síntomas de la enfermedad, sobre todo los síntomas positivos. El paso por la vida comunitaria exige algo más que la mera eliminación de dichos síntomas, implica la adaptación del sujeto al entorno. De allí se desprende el creciente interés por el EHS de personas con psicosis. Yust (2003) utiliza el término “funcionamiento social” para referirse al desempeño del sujeto en conductas sociales complejas, como trabajar, establecer relaciones interpersonales, vincularse con la familia, etc. Se advierte que las personas con psicosis

presentan un funcionamiento deficitario en tales áreas, sumado a un ambiente con escasas condiciones para adaptarse a su deterioro (Yust, 2003).

El pasaje del modelo médico hacia el modelo psicosocial implica, entre otros factores, el supuesto de que la salud se presenta como resultado de bienestar físico, mental y social. La capacidad de interrelacionarse es un punto fundamental para que un individuo se encuentre en un estado socialmente sano; debe ser capaz de interactuar con sus semejantes, conocer su entorno y participar en él. No obstante, el sujeto podrá desplegar sus capacidades sociales siempre y cuando el entorno lo permita. Una comunidad sana, por tanto, implicaría la integración y participación de todos los miembros que la componen y la disponibilidad de recursos necesarios para un buen funcionamiento social (Pereira y Espada, 2010).

La desinstitucionalización y el desarrollo de nuevas modalidades de tratamiento para pacientes mentales trajeron aparejado un alto porcentaje de pacientes psicóticos que han sido transferidos a la comunidad. Las dificultades en la adaptación han dado lugar a un creciente interés por el estudio de los factores que lo originan. Las relaciones interpersonales son un aspecto fundamental cuando se piensa en el ajuste de un sujeto a la comunidad, deviene en la ejecución de roles sociales e integración y adaptación social. La ausencia de HHSS da lugar a que estos sujetos sean percibidos como ajenos y amenazantes, obstaculizando el proceso de interacción y favoreciendo el aislamiento (Gil y León, 2011)

En su tesis doctoral, Yust (2003), sugiere que el deterioro de las personas psicóticas en el funcionamiento social responde a las condiciones que imposibilitaron o imposibilitan el entrenamiento o aprendizaje de las HHSS. Los resultados obtenidos fundamentan el desarrollo de intervenciones y prácticas destinadas al EHS y su consecuente integración social. Se cuestionan aquellos marcos conceptuales e intervenciones cuyo foco está puesto sobre los síntomas psicóticos como principal responsable de un funcionamiento social deficitario a la vez que fundamenta la aplicación de EHS como un punto central en el tratamiento de pacientes con psicosis.

La creciente necesidad de poner el foco sobre el EHS deviene de la insuficiencia del tratamiento farmacológico para reducir síntomas positivos, y, sobre todo, negativos. Se le suma a ello las posibles fallas en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Se evidencia la necesidad de utilizar métodos adicionales que permitan al paciente comprender y manejar con más claridad su trastorno, reducir su malestar, mejorar su funcionamiento social y calidad de vida (Lemos Giraldez et al., 2010).

En la actualidad, el tratamiento de las psicosis requiere un enfoque amplio, multimodal, que incluya medicación, psicoterapia y tratamientos psicosociales (psicoeducación e intervenciones dirigidas a la solución de problemas, terapia cognitivo-conductual, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y terapia asertiva comunitaria), así como ayuda en la búsqueda de alojamiento y recursos económicos que le permitan sobrevivir. (Lemos Giraldez et al., 2010, p.1)

La baja autoestima y desesperanza generalmente presente en personas con diagnóstico de psicosis, interfiere sobre su desempeño en la sociedad. Parte de las intervenciones deben estar destinadas a la instauración de un sentido de autocontrol y capacidad para organizar la vida propia. Para ello es crucial restablecer las funciones afectadas y facilitar la emergencia de las inexistentes (Lemos Giraldez et al., 2010).

Como se ha visto, y tal como expone Ochando (2002) las HHSS están íntimamente ligadas al contexto sociocultural y marcados a su vez por los componentes situacionales donde se desempeña el sujeto. Asimismo, la conducta hábil se encuentra directamente relacionada a la percepción social y el balance interactivo.

Entrenar la asertividad y las habilidades conversacionales en sujetos con psicosis resulta de particular interés considerando las principales áreas afectadas de dicho trastorno. Se trata de dos HHSS fundamentales para el desempeño en sociedad, en tanto mejoran la comunicación interpersonal facilitando la interacción social y las relaciones personales saludables. Su entrenamiento deviene en una reducción del aislamiento social, lo cual, a menudo, implica un desafío debido a los síntomas de la enfermedad. El incremento de la autoconfianza y la gestión de conflictos son dos aspectos adicionales a tener en cuenta cuando se piensa en el entrenamiento de la asertividad y de las habilidades conversacionales.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo se desarrolla mediante la modalidad de “sistematización de experiencias”. Al respecto, Jara (2011) en su texto “La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos” define

(...) se trata de un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos. (p.67)

Se entiende que el proceso de sistematización de experiencias no se agota en la mera descripción y clasificación de datos o información, sino más bien, una instancia reflexiva y crítica sobre una experiencia. A razón de ello, el autor realiza una clara distinción entre la práctica de “sistematizar” que implica el trabajo de ordenar y clasificar información y la “sistematización de experiencias” que implica la interpretación crítica sobre la práctica. Ello demanda por parte del sujeto un trabajo adicional que incluye la consideración de factores objetivos y subjetivos (Jara, 2011).

Como bien se expone en la definición aportada, una de las finalidades de la sistematización de experiencias es compartir los aprendizajes obtenidos, dentro de la disciplina o fuera de ella. Es decir, se busca trascender la experiencia a partir de la transmisión de los conocimientos que se producen como resultado de la interpretación crítica (Jara 2011).

Jara (2011) precisa que cualquier experiencia, siempre y cuando haya implicado un proceso y haya resultado relevante para quien la ejecuta, es sistematizable. La teoría acompañara todo el proceso de sistematización y requerirá por parte del protagonista de la experiencia un trabajo de apropiación crítica sobre esta; solo podrá sistematizar una experiencia aquella persona que haya formado parte de esta.

7.1.CARACTERIZACION DE LOS SUJETOS

La experiencia de sistematización se realizó con la población del centro de día Kruppal. Al centro asiste un total de 24 adultos entre 26 y 60 años de distintos géneros con diversas discapacidades. Los concurrentes carecen de conductas violentas, se encuentran estabilizados y poseen consentimiento grupal.

Las personas que integraron la muestra fueron aquellos concurrentes con diagnóstico de psicosis que asisten a los talleres de arte, teatro, música y cocina los días miércoles y viernes. Los mismos se ubican en un rango etario entre 26 y 52, de sexo femenino y

masculino, sumando en su totalidad 10. Si bien muchos de ellos han atravesado un periodo de internación, actualmente ninguno se encuentra internado en un hospital monovalente.

7.2.TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La sistematización de la experiencia se lleva cabo a partir de la *observación participante* en talleres, ateneos, espacios de recreo, salidas recreativas, reuniones de equipo y formación en el centro de día.

Al respecto, Guber (2001) expone que se trata de un trabajo de observación sistemático y minucioso sobre todo aquello que acontece en el campo donde el investigador se desempeña. Implica la participación en actividades junto a los sujetos observados como parte del grupo, dentro de este. Se pone en juego una articulación entre dos roles diferentes, el de observador y de participe de la experiencia, suministrando perspectivas diversas sobre la misma realidad.

Asimismo, se realizaron *registros en cuaderno de campo* a posteriori de cada encuentro, taller o situación. Mediante el recurso de cuaderno de campo se busca asentar todo dato objetivo y subjetivo que se desprende de la experiencia a los fines de obtener información pertinente al desarrollo del trabajo de sistematización.

De manera adicional, se realizaron *entrevistas semi-estructuradas* a los concurrentes y profesionales de la institución. Se pretende mediante estas profundizar en la información requerida para el desarrollo del eje. Dicha información se complemento con los datos obtenidos de los legajos individuales de cada concurrente, los cuales se encuentran archivados en la secretaria de la institución. Los legajos proporcionaron información detallada sobre el estado de cada paciente al momento de su ingreso al centro.

7.3.CONSIDERACIONES ÉTICAS

El cuidado y atención de las siguientes consideraciones éticas tiene la finalidad de salvaguardar la población del centro de día Kruppal junto a la cual se efectuó la experiencia de práctica. A los fines de garantizar el cuidado de dichas consideraciones en su totalidad, se hará uso de las disposiciones del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Córdoba (2016). Siguiendo los principios generales y normas deontológicas del mismo, se asume el compromiso de respetar los derechos fundamentales, la dignidad e integridad de las personas. Se atiende al cumplimiento del derecho a la libertad, privacidad, bienestar e intimidad de los sujetos.

A tal efecto se solicitó el debido consentimiento informado a cada concurrente, el cual se sustenta en el principio de autonomía. Se considerará válido únicamente si el firmante lo realiza voluntariamente y con capacidad de comprender los alcances de este. Se procuró brindar información suficiente, clara, inteligible y significativa sobre la práctica de la que participo, asegurando la revisión frecuente en caso de presentarse variaciones en la intervención. Asimismo, se aseguró guardar el secreto profesional, garantizando la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos y protegiendo la privacidad de los participantes.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1.RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

El día veintiuno de abril de 2022 desde la facultad dieron a conocer la institución en la que había quedado cada uno de los estudiantes para llevar a cabo las prácticas supervisadas. Me anotician que fui seleccionada en el centro de día Kruppall. La recepción fue muy buena, si bien no estaba muy informada acerca del sitio, había dejado sentado en las entrevistas que, cualquiera fuere la institución, me interesaba realizar las practicas dentro del contexto clínico.

Mi desconocimiento me condujo a indagar, por distintos medios, acerca de la modalidad de trabajo, equipo profesional y concurrentes del centro. Es allí cuando me percaté que se trabajaba con orientación socioeducativa en discapacidad. Me surgieron muchas preguntas en ese momento, la mayoría de ellas referidas a los concurrentes; cuando leí discapacidad automáticamente lo relacioné a discapacidades físicas, y me resultaba inevitable pensar en la escasa formación que tenía en dicha área. La primera reunión de supervisión en la facultad resultó muy esclarecedora en ese sentido, como así también la llegada a la institución y la consecuente entrevista con la dueña del establecimiento. Es allí donde me informan que, si bien en el centro de día Kruppall se trabaja junto a concurrentes con discapacidad, el foco está puesto sobre problemáticas de salud mental.

Mi primer contacto con el centro de día fue el veintiséis de mayo, la espera había hecho que el entusiasmo y las expectativas aumenten ¿Como seríamos recibidas? ¿Cuál será mi grado de participación dentro de los talleres? ¿Cuál será la modalidad de trabajo? ¿Qué días asistiré? entre otras preguntas que fueron generando ansias en dar inicio a las prácticas. Todas las dudas e incluso más fueron respondidas de manera ordenada y clara por la dueña del centro, la entrevista duró una hora aproximadamente. Nos informan que participaríamos dos veces por semana en grupos y talleres con orientación psicoterapéutica. Asimismo, con frecuencia semanal, tendríamos reuniones clínicas con el equipo de psicología los días lunes y los martes reuniones de equipo interdisciplinario con los profesionales del centro para discutir casos puntuales. Se le suma a ello la participación de entrevistas de admisión al centro de día, en carácter de observador no participante y ateneos mensuales de manera presencial.

A los fines de organizar la información, se dividirá el material obtenido de la experiencia de acuerdo a las tres instancias en las que se participó: reuniones de formación, reuniones de equipo y asistencia presencial a talleres y actividades del centro.

En la primera reunión de formación, junto a la psicóloga del centro, me informan los días y horarios en los que asistiré a la institución. Una vez esclarecidos los datos administrativos, dimos inicio a la discusión del primer material teórico, referido a la

diversidad funcional y la deconstrucción del cuerpo normativo. Esta primera aproximación me anticipó desde que lugar abordan los profesionales del centro la “discapacidad”, la cual contempla, ante todo, la autoidentificación de cada concurrente. La distinción entre los términos “capacidad” y “funcionalidad” aportan un cambio de perspectiva sobre la noción de discapacidad y habilita a intervenciones que permitan potenciar la funcionalidad de cada sujeto, que no necesariamente debe ser aquella socialmente legitimada.

Los talleres que se llevan a cabo en la institución permiten desplegar cualidades que no necesariamente se transmiten mediante la palabra y es en la psicosis donde, muchas veces, la capacidad de simbolización se encuentra reducida. Con ello me dirijo al segundo tema que trabajamos en la reunión de formación: la transferencia en la psicosis. A raíz de ciertos interrogantes que surgieron en la práctica, efecto del vínculo que se establece con los concurrentes del centro, nos comentan sobre las particularidades de la transferencia en la psicosis.

Abordamos en las reuniones siguientes la importancia de atender a la singularidad al momento de intervenir, sobre todo en cuadros de psicosis. Al respecto, no se interviene igual con todos los concurrentes, no todos comparten el mismo punto de tranquilidad ni de interés; hay concurrentes que son respetuosos de la consigna y otros que no, para estos últimos es necesario pensar en su historia, en sus intereses, para generar un “enganche” en los talleres que conduzca a que participen en ellos. Hay concurrentes con los que se propicia la interacción, otros a los que se le solicita trabajos más bien individuales, concurrentes frente a los cuales se debe alentar el establecimiento de rutinas y otros con los que se apunta a flexibilizar los esquemas rígidos.

En reuniones posteriores debatimos sobre la génesis de la psicosis. Nos esclarecieron algunos conceptos básicos como el de alucinación y delirio, y como este último ordena y aporta sentido a aquello del orden de lo real que se le impone y deja al sujeto en un estado de perplejidad. Debatimos sobre el carácter relacional de las dificultades y los síntomas que sufren las personas que son recibidas en las instituciones psiquiátricas y los centros de salud mental.

En cuanto a las reuniones de equipo semanales, se trabajó en la discusión de casos particulares junto a profesionales de diversas disciplinas. La idea es atender al hecho de que las raíces del trastorno van mucho más allá de la función trastornada y mucho más allá de los límites del individuo. La confluencia discursiva permitió dilucidar que el trabajo sobre el

fenómeno clínico no se identifica como un fenómeno aislado, localizado en la función perturbada, sino que se reconoce gran parte del contexto relacional en donde se forma.

Fue interesante observar el trabajo de los profesionales más allá de los límites de la institución. En general, los concurrentes se desenvuelven de manera óptima en los talleres y actividades de Kruppall, pero ciertos comportamientos dan cuenta de la presencia de conflictos que incluyen las relaciones con la familia de origen, con el entorno social, en actividades extracurriculares, con profesionales o cuidadores externos, entre otros. Se destaca el trabajo en el centro que muchas veces trae aparejado modificaciones en los hábitos del sujeto y en las relaciones interpersonales por fuera de Kruppall. En términos generales, el trabajo de los profesionales persigue la finalidad de aportar figuras de acompañamiento, nominar y ordenar aquello que desestructura, comunicarse con los familiares y aportar soluciones al malestar del cuidador, propiciar sentimientos de pertenencia a un grupo, establecer barreras y poner límites, simbolizar, encauzar los intereses y favorecer la interacción.

La participación en los talleres los días miércoles y viernes adquirieron un tinte más metódico, tanto para mí como para los concurrentes. La jornada inicia a las nueve de la mañana, el grupo se divide en dos y cada uno de ellos se distribuye en alguno de los talleres (arte y teatro los días miércoles, música y cocina los viernes). A las once compartimos un desayuno en conjunto, cada concurrente lleva algo para comer y lo comparte con el resto del grupo. En el desayuno y en el transcurso de los talleres aparecen temas recurrentes: los partidos de fútbol que hay en la semana, comentarios sobre algún programa de televisión, planes para el fin de semana, historias familiares.

Resultó difícil en un principio encontrar mi rol dentro de los talleres. No me quedaba claro si debía colaborar con los talleristas, o bien participar de las actividades junto a los concurrentes. Dicha incertidumbre fue disminuyendo con el tiempo, poco a poco los mismos pacientes me fueron ubicando en el rol y demandando, cada vez más, mi intervención en diversas ocasiones. Fundamentalmente, mi papel dentro de los talleres fue de colaboración para que los concurrentes puedan realizar las actividades y motivarlos para ello, atender a casos puntuales que requieran mayor acompañamiento y resolver dificultades que puedan surgirles a los talleristas.

En primera instancia, los pacientes eran insistentes con preguntas, intentaban recoger muchos datos personales, como también brindar los propios. Llevo aproximadamente un mes desarrollar una entrevista abierta y continua para recabar información que me permitiera conocer a cada uno de los concurrentes; uno de los desafíos personales siempre fue mantener

la conexión con todos los miembros sin perder mi lugar como operadora terapéutica o pasante. Se presentan sobre todo diagnósticos de psicosis, pero hay algunos casos de retraso mental o daños neuronales. La inaccesibilidad de los primeros meses a las historias clínicas me permitió no condicionar mi visión sobre los sujetos y efectuar mis propias hipótesis diagnósticas.

Muchas de las conductas desadaptativas abordadas en las reuniones de equipo se aminoran en la dinámica grupal; la interacción y el foco puesto en la ejecución de una actividad específica disminuye la emergencia de dichas conductas. Los concurrentes, en general, se desenvuelven mejor en actividades grupales que implican una producción conjunta. En la dinámica grupal siempre aparece la figura del "líder" o coordinador que organiza la actividad, y los sujetos más retraídos suelen participar bajo incentivo de sus compañeros.

En cuanto a la presencia de malestar o problemáticas en los concurrentes, suelen emerger en situaciones en donde algo de la rutina o lo esperado sufre una modificación. Al respecto, tuve la oportunidad de observar situaciones en las que hubo cambios en las actividades, ya sea por una salida recreativa, por ausencia de profesores o compañeros, o bien producto de nuevas iniciativas de los talleristas. En todos ellos hubo aspectos recurrentes: el concurrente hace demasiadas preguntas sobre qué factor hizo que haya un cambio en la actividad, cuando se regresará a la dinámica habitual, sumado a sensaciones de malestar, falta de concentración o agresividad con los compañeros. Los cambios se dan de manera excepcional, en general los concurrentes asisten a la misma hora y los mismos días por semana, se cumplen los talleres pautados y asisten al centro los mismos compañeros y profesionales.

La estructura no obstaculiza la espontaneidad, el descubrimiento es constante. Si bien hay planificación previa a los talleres y los objetivos y modalidades de intervención están pautadas, lo espontáneo producto de los sentimientos, pensamientos e impulsos de la persona está siempre presente. Se intenta incluir en las actividades lo propio de cada paciente, incluyendo sus delirios e historia, lo cual enfrenta a los talleristas a la recurrente improvisación y creatividad.

La convivencia grupal es buena; son excepcionales los casos en los que se presenta algún enfrentamiento. Las reglas de convivencia son claras: respetar el espacio del otro; buen trato; fumar en los momentos que no hay taller; tirar la colilla de cigarrillo en el tacho; respetar horarios; respetar a los profesionales y a los compañeros; respetar el tiempo para

tomar el desayuno; lavarse las manos antes de comer; usar ropa limpia y estar higienizado; dejar ordenados los espacios; no comentar sobre el cuerpo del otro; hacer preguntas adecuadas. Me resulto llamativo desde un principio los vínculos establecidos entre los concurrentes. La interacción no acaba en el centro de día, muchos se encuentran por fuera de la institución, comparten la merienda, alguna comida el fin de semana, un cumpleaños, realizan alguna actividad deportiva o bien se comunican por videollamada. Cada uno de los concurrentes está al tanto de lo que acontece en la vida de su compañero ¿Cómo esta tu sobrina? ¿este finde viajas a tu casa del campo? ¿comiste asado con tus hermanos el domingo? ¿tu papa se siente mejor?, son algunas de las preguntas que se realizan entre sí. Se le atribuye en el grupo un rol especial a cada sujeto, algunos se encargan del orden, otros de comunicar la hora, hay quienes musicalizan el día, o bien trae noticias (políticas, deportivas, científicas) al centro.

La valoración de cada caso puede realizarse de manera muy integral. En las reuniones de equipo tuve la posibilidad de conocer un poco sobre el contexto social y familiar en el que se encuentra cada sujeto y atender a los distintos tratamientos que recibe, producto del trabajo interdisciplinar. A ello se le suma el material teórico brindado en las reuniones los días lunes, cuyo contenido siempre se articula con casos puntuales del centro. Asimismo, la participación de entrevistas de admisión permite evaluar la perspectiva de la familia, generalmente de la madre, sobre la enfermedad, las expectativas de tratamiento y los sentimientos emergentes. El psiquiatra del centro acompaña dicho proceso y está a disposición de despejar cualquier duda, aportando datos novedosos correspondientes a su campo de especialización. Todo ello complementa la experiencia en campo, a mi parecer la más enriquecedora, que permite captar los fenómenos de primera mano.

En síntesis, puede definirse el centro de día Kruppel como una comunidad terapéutica, cuyos esfuerzos están puestos sobre la obtención de la máxima participación de los concurrentes. Un sistema constante pero flexible producto de la espontaneidad de la vida cotidiana, puertas abiertas a las dinámicas sociales en un espacio protegido. La búsqueda de socialización es captada en la participación activa de los concurrentes, en la autonomía brindada, en las salidas mensuales a distintos ámbitos de la comunidad, en el trabajo en red, en los temas de conversación (noticias, política, deporte, amigos, familia), en la interacción y pertenencia a un grupo. Es clara la voluntad de no aislar a los concurrentes ni brindarles una burbuja que le genere dependencia.

8.2. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

PRIMER MOMENTO: RECEPCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CONCURRENTES

Los concurrentes que asisten a la institución poseen, en su totalidad, una certificación de discapacidad. Los signos y síntomas que orientan el diagnóstico y las particularidades de cada cuadro guían los objetivos terapéuticos y las intervenciones profesionales. No obstante, se presenta un supuesto de base detrás de toda intervención: “la diversidad funcional” concepto propuesto por Toboso y Guzmán (2009). El concepto ha sido un eje central a lo largo de las reuniones de equipo. Se parte desde el reconocimiento de la presencia de criterios normativos constituidos y perpetuados por instituciones que determinan aquello que se esconde bajo la noción de “sentido común”. Los criterios normativos indican lo que se considera normal en una persona, capacidades ligadas a funcionalidades mayoritarias como modalidad legítima de funcionamiento.

En el centro de día se reconoce la existencia de capacidades en todos los sujetos, lo cual habilita a desempeñarse en diversas actividades. Sin embargo, cada actividad será efectuada mediante funcionalidades diversas, que no deben ser necesariamente aquellas normativamente impuestas. Es necesaria la existencia de un entorno que permita a cualquier sujeto desempeñarse sin dificultad, un medio que habilite el despliegue de la diversidad de funcionalidades.

Es recurrente la búsqueda de un espacio de socialización fuera del ámbito familiar como motivo de solicitud de admisión de los concurrentes al centro de día. Se acompaña dicha demanda de características propias de cada cuadro, en su mayoría retraimiento, comunicación verbal disminuida, rigidez y temor. Asimismo, se presentan barreras impuestas desde el entorno que visibilizan la incapacidad del sujeto para desempeñarse en la sociedad, justificando su exclusión. Como respuesta a tales circunstancias se discute en ateneos: ¿qué funcionalidades pueden entrenarse o potenciarse para que los sujetos puedan participar en la sociedad en la misma medida que el resto de los ciudadanos?

Partiendo desde la concepción de capacidad propuesta por Toboso y Guzmán (2009) se asume el desafío de describir y analizar dos HHSS fundamentales para desempeñarse en sociedad (la asertividad y las habilidades conversacionales) en sujetos con diagnóstico de psicosis. Para ello se han seleccionado dos casos representativos del grupo. Se procederá a realizar una breve presentación de cada uno de ellos para, posteriormente, describir y analizar las habilidades de asertividad y conversacionales en ambos sujetos.

Los datos a exponerse se obtuvieron mediante la revisión de los legajos individuales de los concurrentes del centro de día, los cuales se encuentran archivados en la secretaria de la institución. Los legajos proporcionaron información detallada sobre el estado de cada paciente al momento de su ingreso al centro. Asimismo, se realizaron entrevistas con los profesionales, los psiquiatras del centro y la psicóloga, para obtener información más detallada sobre el estado de ambos sujetos en aquel momento. Los datos obtenidos serán utilizados para responder al primer objetivo planteado en el presente trabajo. Mediante el análisis de la información, es posible evaluar la evolución de la enfermedad y las habilidades estudiadas en cada paciente al comparar los datos iniciales con los datos obtenidos personalmente a través de la observación participante, realizada tres años después del ingreso de ambos concurrentes.

Presentación del caso E

1) Información de identificación

- Nombre del paciente: E
- Edad: 32
- Género: Masculino
- Estado civil: soltero

2) Motivo de admisión

Presencia e intensificación progresiva de alucinaciones con ausencia de delirio. Dificultad para establecer vínculos y desempeñarse en actividades cotidianas con efectividad. Deseo de relacionarse con personas fuera del ámbito familiar. Interés en participar en actividades. Sugerencia del médico tratante.

3) Historia clínica actual

Se observan síntomas positivos y negativos de la enfermedad. En relación a los síntomas positivos, el paciente presenta alucinaciones auditivas persistentes y recurrentes. Informa escuchar voces que le hablan y le hacen comentarios negativos acerca de sí mismo o de otros. No se detectan construcciones delirantes. De a momentos se evidencia un pensamiento desorganizado que le dificulta mantener una conversación coherente y seguir una línea de pensamiento lógica.

En cuanto a los síntomas negativos, el paciente ha experimentado una disminución marcada en su capacidad de disfrutar actividades que antes le resultaban gratificantes. Ha perdido interés en actividades sociales, mostrando apatía y aplanamiento afectivo. Además, presenta una reducción en la motivación y capacidad de establecer metas y llevar a cabo

tareas diarias. Estos síntomas negativos han afectado su funcionamiento general y su capacidad para mantener relaciones interpersonales significativas.

Los síntomas descritos han estado presentes durante diez años, habiendo variado en intensidad y frecuencia de aparición. Durante las exacerbaciones, ha experimentado un deterioro significativo en su capacidad para cuidar de sí mismo y llevar a cabo actividades cotidianas. No se identifica un evento que parezca estar asociado a la aparición de su enfermedad, aunque la muerte de su madre ha empeorado la evolución de los síntomas.

4) Historia psiquiátrica previa

Se documenta un diagnóstico de esquizofrenia hace aproximadamente diez años. Durante ese periodo, ha experimentado episodios recurrentes de exacerbación de los síntomas característicos de la enfermedad.

En cuanto al tratamiento farmacológico, el paciente ha recibido diferentes antipsicóticos a lo largo de su historia. Inicialmente, se le prescribió Risperidona, que logro controlar parcialmente los síntomas positivos, pero se observó una persistencia de los síntomas negativos y una reducción en la tolerabilidad debido a efectos secundarios como somnolencia y rigidez muscular. Posteriormente, se realizó un cambio a Olanzapina, que proporciono cierta mejoría global de los síntomas, persistiendo aún los síntomas negativos. Actualmente, el paciente se encuentra en tratamiento con Aripiprazol, que ha mostrado una respuesta más favorable en términos de control de los síntomas positivos y una menor incidencia de efectos secundarios.

En cuanto a hospitalizaciones, el paciente ha tenido dos ingresos hospitalarios en el pasado. El primero poco después del diagnóstico inicial, debido a una exacerbación aguda de los síntomas psicóticos y un alto riesgo para la seguridad del paciente. El segundo ingreso ocurrió hace cuatro años, nuevamente debido a una recaída en los síntomas y una disminución en la adherencia al tratamiento farmacológico. También ha asistido a un centro de día, hace cuatro años, pero al cabo de tres meses dejo de asistir debido a una incapacidad para realizar las tareas propuestas y relacionarse con sus compañeros.

5) Antecedentes médicos

Desde los tres años de edad, ha experimentado episodios recurrentes de epilepsia, caracterizado por convulsiones parciales complejas. Ha sido tratado con medicación antiepiléptica para controlar las convulsiones, y se ha observado una respuesta adecuada al

tratamiento con una disminución en la frecuencia y gravedad de los episodios convulsivos. No presenta episodios hace tres años. El paciente también tiene un diagnóstico previo de Hiperactividad. Desde la infancia, ha mostrado dificultades para mantener la atención, impulsividad y niveles de actividad excesivos.

6) Antecedentes familiares

Se identifica un caso de retraso mental en un primo del paciente. Ha sido diagnosticado con un trastorno del desarrollo intelectual moderado. No se han identificado otros antecedentes de enfermedades psiquiátricas significativas en la familia inmediata.

7) Historia psicosocial

Proveniente de un entorno familiar con bajos ingresos económicos. Su padre trabaja de guardia de seguridad a tiempo completo y también realiza turnos nocturnos un fin de semana al mes para asegurar el sustento de la familia. Su madre falleció hace cuatro años, se desconoce el motivo. Existe una expectativa por parte de la familia de que el centro de día pueda brindar un entorno adecuado para que el paciente pase el tiempo mientras su padre trabaja, por tanto el nivel de exigencia y expectativa hacia el centro es baja.

El paciente asistió al colegio hasta tercer año. Ha experimentado dificultades en el ámbito académico, habiendo tenido varias ausencias y dificultades en terminar sus estudios secundarios. Las dificultades también estuvieron presentes en el ámbito laboral, desempeñándose sin éxito en el taller de autos de un tío. Le causa particular malestar los espacios muy concurridos y la interacción con personas del género opuesto.

8) Evaluación del Estado mental al momento de la entrevista de admisión

Ritmo de habla lento y una pausa frecuente antes de responder. Disminución en la iniciativa y motivación para participar activamente en la entrevista, mostrando una actitud más pasiva y receptiva. En términos de comunicación no verbal, se evidenció un contacto visual deficiente, el paciente mostraba dificultades para mantener la mirada y establecer una conexión visual directa. Expresión facial limitada y reducción en la variabilidad emocional.

En cuanto al lenguaje, el paciente presentaba un volumen de voz audible, aunque su habla era escasa y carecía de componentes verbales elaborados. Se notó una tendencia hacia respuestas breves y una limitada capacidad para expresar sus pensamientos y emociones en palabras. Sin embargo, su tono emocional parecía estar adecuado a la situación, mostrando cierta congruencia entre su estado interno y su expresión emocional.

En cuanto a su expresión corporal, se observaron pocos gestos durante la entrevista, lo que sugiere una limitada gesticulación y expresividad no verbal. El paciente mostraba una postura encorvada y una movilidad reducida. Presentaba temblores en las manos, producto de la medicación antipsicótica.

Asimismo, se evidenció una ausencia de preguntas conversacionales o iniciativas para profundizar el diálogo. Parecía tener dificultades para iniciar y mantener una conversación fluida, dependiendo principalmente de las preguntas proporcionadas por el antagonista. Se observó una dificultad en la estructuración y coherencia del pensamiento del paciente. Sus respuestas mostraban una falta de conexión lógica y una tendencia a divagar o cambiar abruptamente de tema.

Presentó signos de alucinaciones durante la entrevista. Manifestó escuchar voces y miraba constantemente por detrás del entrevistador, pareciendo presentar alucinaciones visuales. Hay conciencia de enfermedad, el paciente dice saber estar enfermo y necesitar ayuda de un médico.

9) Diagnóstico

Esquizofrenia.

Presentación del caso S

1) Información de identificación

- Nombre del paciente: S
- Edad: 25
- Género: femenino
- Estado civil: soltera

2) Motivo de admisión

La paciente ha experimentado dificultades en el manejo de su enfermedad mental, lo que ha dificultado su capacidad para participar en actividades diarias, mantener relaciones sociales y lograr una vida funcionalmente independiente. Búsqueda de un espacio de sociabilización, un entorno terapéutico seguro y enriquecedor donde pueda recibir atención especializada y participar de actividades que fomenten su desarrollo personal y social.

3) Historia clínica actual

Se observan síntomas positivos y negativos de la enfermedad. En relación a los síntomas positivos, presenta episodios intermitentes de alucinaciones auditivas; ha escuchado voces que le comentan sobre ella o le dan instrucciones. Estas voces se han vuelto más frecuentes y perturbadoras en los últimos meses, lo que ha dificultado su desempeño en actividades cotidianas. Se detectan construcciones delirantes, de tinte paranoide. Afirma que de a momentos es seguida por personas desconocidas y que sus allegados hablan mal de ella cuando está ausente. Se percibe cierta convicción de que estas personas tienen la intención de hacerle daño. La paciente también ha experimentado episodios de alucinaciones auditivas en los cuales ha escuchado voces que le comentan sobre su situación de persecución. Estas voces refuerzan sus creencias delirantes.

En cuanto a los síntomas negativos, la paciente muestra una limitada expresión emocional (aplanamiento afectivo). Asimismo, se detecta anhedonia, experimenta una pérdida de interés en las actividades que inicia; ha dejado de participar en actividades sociales y recreativas que solían ser importantes para ella debido a una disminución del interés y falta de motivación. Tiende a evitar situaciones sociales y muestra una reducción en la iniciativa para establecer o mantener relaciones personales. Se siente incómoda en entornos sociales y tiende a aislarse. Se evidencia una disminución generalizada de su nivel de energía.

Los síntomas descritos han estado presentes durante tres años, habiendo variado en intensidad. No se identifica un evento que parezca estar asociado a la aparición de su enfermedad. La separación de sus padres y las recurrentes peleas con ellos intensifican sus síntomas.

4) Historia psiquiátrica previa

La paciente fue diagnosticada con esquizofrenia aproximadamente hace cuatro años, después de presentar síntomas como alucinaciones auditivas, delirios y cambios en el pensamiento y comportamiento. En ese momento fue referida a un psiquiatra quien inicio su tratamiento farmacológico (no hay registro de sus prescripciones).

La paciente nunca ha estado hospitalizada. Ha asistido únicamente a un centro de día a los 22 años. Ha enfrentado dificultades para mantener adherencia a su tratamiento farmacológico. Ha experimentado periodos de olvido o rechazo de la medicación, lo que ha resultado en la aparición de síntomas más pronunciados y en recaídas. La paciente ha recibido terapia grupal e individual.

5) Antecedentes médicos

Ha sido diagnosticada con síndrome de migraña a los quince años. Presentaba episodios recurrentes de fuertes dolores de cabeza, a menudo acompañados de síntomas adicionales como náuseas, sensibilidad a la luz y al sonido.

6) Antecedentes familiares

Se han reportado antecedentes de trastornos psiquiátricos. Se sabe que un primo ha sido diagnosticado con trastorno bipolar y ha recibido un tratamiento adecuado para su condición. Además, se ha mencionado que una tía materna tiene antecedentes de depresión clínica.

En el ámbito familiar también se han identificado casos de enfermedades crónicas. Se ha informado que el abuelo paterno padecía de diabetes tipo 2 y que la madre de la paciente tiene hipertensión arterial. No se reportan antecedentes de trastornos neurológicos.

7) Historia psicosocial

S completó sus estudios secundarios sin dificultades significativas. Al momento de ingresar al centro de día, se encontraba cursando materias de psicopedagogía en la Universidad Nacional de Córdoba. Sin embargo, la paciente ha experimentado dificultades en el aspecto académico. Los fracasos en los exámenes y trabajos han tenido un fuerte impacto en su estado de ánimo, generando desestabilizaciones subjetivas.

En cuanto a la relación con su familia, la paciente muestra una actitud de confrontación permanente tanto con su figura paterna como materna. Estos conflictos frecuentes generan tensiones y dificultades en la comunicación familiar.

Además de los estudios, S ha participado en actividades extracurriculares relacionadas con el arte, como talleres de pintura y cerámica. No obstante, tiende a ser inconstante en su participación y suele abandonar estas actividades después de unas semanas debido a la desmotivación.

La paciente proviene de un entorno socioeconómico estable, con ingresos económicos suficientes para cubrir sus necesidades. Esto proporciona cierta estabilidad en términos de recursos y apoyo financiero.

8) Evaluación del estado mental al momento de la entrevista de admisión

Ritmo de habla lento y pausado en relación al promedio. Expresión facial limitada durante la entrevista; sus gestos faciales eran sutiles y no reflejaban una amplia gama de

emociones. Además de la falta de movimientos de brazos y manos, se observó que la paciente utilizaba en menor medida otros aspectos del lenguaje no verbal, como expresiones faciales, postura corporal y gestos.

Las respuestas fueron breves y directas, no se adentraba en detalles o explicaciones elaboradas. Se evaluó que la paciente mostraba una orientación temporal y espacial adecuada. A pesar de su marcada introversión, la paciente demostró buena concentración y atención durante la entrevista; mantuvo el enfoque en la conversación y demostró seguir la línea de razonamiento sin distracciones evidentes.

Se evidencio un contacto visual deficiente, evitaba hacer contacto directo con los ojos y desviaba la mirada con frecuencia. El tono emocional se mantuvo acorde a la situación, se notó una expresión general de seriedad y reserva emocional. La paciente hablaba en un volumen de voz bajo durante la entrevista. Su voz era suave y apenas audible.

La paciente mantuvo una postura rígida durante toda la entrevista, no realizo gestos o ademanes significativos. Durante la conversación, no se registraron expresiones de elogio por parte de la paciente. No hizo comentarios positivos o de reconocimiento hacia sí misma o hacia los demás.

La paciente expresó interés en talleres relacionados con el arte y la música. Aunque no profundizo mucho en el tema, reveló que estos campos son de su interés. Realizó escasas preguntas conversacionales, aunque no estuvieron completamente ausentes, mostro una marcada tendencia a recibir información más que a buscarla activamente.

9) Diagnóstico

Esquizofrenia

Tal como expone Rocca (2018) las HHSS permiten al sujeto fortalecer sus relaciones interpersonales y generar sentimientos de bienestar con uno mismo. No se trata de características de las personas, sino que se encuentran ligadas a las conductas de estas, por tanto, se cree firmemente en la posibilidad de entrenarlas. Los modos de actuar variarán de acuerdo a la situación, los sujetos implicados y el contexto.

Gil y León (2011) consideran tres niveles de análisis de las HHSS. Como se ha hecho mención, el primer nivel (molecular) se enfoca en la evaluación de componentes conductuales específicos y observables de las HHSS. En este caso, se busca medir objetivamente dichos componentes para lograr evaluaciones validas y confiables. En el segundo nivel, el nivel

molar, considera dos o más elementos componentes de las HHSS y las interacciones entre ellos al momento de desarrollar la capacidad de actuar eficazmente en diferentes situaciones sociales. En este nivel, las evaluaciones suelen ser más generales y subjetivas. El nivel intermedio se centra en la combinación de ambos niveles mencionados. A los fines del presente trabajo, se hará uso del nivel intermedio, tomando en consideración los componentes conductuales propuestos por Kelly (2002) y realizando apreciaciones más globales y subjetivas del desempeño de los sujetos en situaciones específicas.

En primera instancia, se pretende evaluar el estado de S y E al momento del ingreso a la institución, más específicamente, al momento de la entrevista de admisión. Para ello se consideran una serie de componentes conductuales específicos y observables de las HHSS (Kelly 2002). La interacción de dichos componentes determinaría el desempeño de los sujetos durante la entrevista. Como se ha descrito en la perspectiva teórica, los componentes que integran la asertividad son: el contacto visual, el volumen de la voz, los gestos, la comprensión de lo que el otro dice o expresión del problema, desacuerdo verbal, petición de cambio de conducta y la duración de las intervenciones. Las habilidades conversacionales pueden descomponerse en seis componentes conductuales: el contacto visual; el afecto; la duración de las intervenciones; el uso de las preguntas; la información acerca de uno mismo; el uso de comentarios reforzantes o de cumplido.

Para su evaluación se utilizaron dos estrategias e instrumentos principales: la entrevista y la observación conductual. Ambas estrategias fueron utilizadas por el psiquiatra y la psicóloga de la institución, por tanto, los datos obtenidos para la evaluación de las HHSS fueron extraídos de los registros que los profesionales hicieron durante la entrevista de admisión. Asimismo, se realizaron entrevistas a ambos profesionales para obtener la información faltante en los registros.

La entrevista fue realizada en ambos casos con el concurrente y un familiar de este. Mediante la entrevista semiestructurada los profesionales lograron recabar información sobre la historia de las relaciones interpersonales de ambos pacientes, las situaciones de interacción social que más problemas le causan, la motivación que tienen para mejorar su nivel de HHSS, la propia valoración de su comportamiento social.

En sí misma, la entrevista se utilizó como una situación de encuentro social, por tanto, fue utilizada como contexto de observación del concurrente. Mediante la observación participante se consignaron las respuestas manifiestas del sujeto en una interacción real, cuyo

origen del comportamiento es natural. Se utilizó como fuente información el propio sujeto y personas significativas, con una duración semiextensa y un nivel de estructuración de la interacción semiestructurado. El tipo de medida obtenido fueron valoraciones globales y algunos registros conductuales.

Se procederá a evaluar los componentes de la asertividad y de las habilidades conversacionales que fueron detectados por los profesionales al momento de la entrevista de admisión en ambos casos. Para llevar a cabo esta evaluación, se utilizará el modelo de “hoja de evaluación” propuesto por Kelly (2002), el cual está diseñado para medir la aceptación asertiva y las habilidades conversacionales de un sujeto. Sin embargo, se realizarán algunas modificaciones. Datos como la duración, el porcentaje y el tiempo no fueron registrados durante la entrevista de admisión, sino que se realizaron apreciaciones más bien globales y subjetivas sobre el desempeño en estos aspectos. Por lo tanto, se utilizará una escala del 1 al 10 para reemplazar estas medidas. En esta escala, el valor 1 representa una ausencia prácticamente total y el valor 10 indica una presencia muy marcada.

Evaluación de los componentes conductuales de la asertividad - Caso E

Tabla 1¹

1. *Contacto visual* (tiempo aproximado entre contacto visual y tiempo total durante el que el cliente estuvo hablando)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	X								

2. *Afecto* (adecuación/responsividad emocional)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					x				

3. *Volumen de voz*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					x				

¹ Adaptado de *hoja de evaluación de los role-plays de aceptación asertiva*, por Kelly, 2002, Entrenamiento en habilidades sociales (7^a ed.).

4. *Comentarios de elogio/aprecio* (¿estuvo presente explícitamente este contenido verbal en las respuestas?)

NO

5. *Expresión de sentimientos personales* (¿estuvo presente explícitamente este contenido verbal en las respuestas)

SI (1)

6. *Gestos*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
X									

7. *Desacuerdo verbal*

AUSENTE

Evaluación de los componentes conductuales de las Habilidades conversacionales – Caso E

Tabla 2²

1. *Contacto visual* (tiempo aproximado entre contacto visual y tiempo total durante el que el cliente estuvo hablando)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	X								

1. *Afecto* (adecuación/responsividad emocional)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					x				

2. *Preguntas conversacionales* (número de veces que el cliente formula una pregunta conversacional al interlocutor)

Recuento: 0 Total: 0

² Adaptado de *hoja de evaluación de las habilidades conversacionales*, por Kelly, 2002, Entrenamiento en habilidades sociales (7ª ed.).

3. Frases autorreveladoras (número de veces que el cliente emite una frase que revela información adecuada al interlocutor)

Recuento: 1 Total: 1

4. Comentarios reforzantes/Cumplidos (Número de veces que el cliente hace un comentario reforzante para el interlocutor o le hace un cumplido)

Recuento: 0 Total: 0

Evaluación de los componentes conductuales de la asertividad - Caso S

Tabla 3³

2. *Contacto visual* (tiempo aproximado entre contacto visual y tiempo total durante el que el cliente estuvo hablando)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		X							

3. *Afecto* (adecuación/responsividad emocional)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						X			

4. *Volumen de voz*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	X								

5. *Comentarios de elogio/aprecio* (¿estuvo presente explícitamente este contenido verbal en las respuestas?)

NO

6. *Expresión de sentimientos personales* (¿estuvo presente explícitamente este contenido verbal en las respuestas?)

SI (1)

³ Adaptado de *hoja de evaluación de los role-plays de aceptación asertiva*, por Kelly, 2002, Entrenamiento en habilidades sociales (7ª ed.).

7. Gestos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
x									

14. Desacuerdo verbal

AUSENTE

Evaluación de los componentes conductuales de las Habilidades conversacionales – Caso S

Tabla 4⁴

5. *Contacto visual* (tiempo aproximado entre contacto visual y tiempo total durante el que el cliente estuvo hablando)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		X							

6. *Afecto* (adecuación/responsividad emocional)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						X			

7. *Preguntas conversacionales* (número de veces que el cliente formula una pregunta conversacional al interlocutor)

Recuento: 1 Total: 1

8. Frases autorreveladoras (número de veces que el cliente emite una frase que revela información adecuada al interlocutor)

Recuento: 1 Total: 1

⁴ Adaptado de *hoja de evaluación de las habilidades conversacionales*, por Kelly, 2002, Entrenamiento en habilidades sociales (7^a ed.).

9. Comentarios reforzantes/Cumplidos (Número de veces que el cliente hace un comentario reforzante para el interlocutor o le hace un cumplido)

Recuento: 0 Total: 0

Para realizar el análisis detallado de las HHSS que son objeto de atención en este trabajo, se detallara lo evaluado individualmente en cada uno de los componentes de la asertividad y de las habilidades conversacionales, para lograr un acercamiento conclusivo y global de cada una.

En relación al caso E, se observa una gesticulación limitada y dificultad para mantener el contacto visual. Además, se percibe la presencia de apatía y aplanamiento afectivo, así como una tendencia hacia respuestas breves y una capacidad limitada para expresar pensamientos y emociones verbalmente. Es importante destacar que no se registraron comentarios de elogio o aprecio durante la entrevista, al igual que no se manifestaron desacuerdos verbales.

En cuanto a los componentes conductuales de las habilidades conversacionales, se indica contacto visual deficiente y limitada expresión emocional. El sujeto no realiza preguntas conversacionales ni manifiesta interés en profundizar el dialogo. No se registran frases autorreveladoras ni comentarios reforzantes o de cumplido.

Los datos expuestos indican un grado de asertividad y de habilidades conversacionales bajo. Los puntajes obtenidos mediante la evaluación de cada uno de los componentes conductuales de ambas HHSS evidencian una falta de comunicación efectiva, dificultades para ejercer influencia sobre el otro y dificultades para iniciar y mantener una conversación. La apatía y aplanamiento afectivo sugiere ausencia de expresión emocional y dificultad para conectar con los demás, dificultando la capacidad para ejercer influencia sobre el otro. Por otro lado, la falta de conexión lógica en las respuestas, así como su tendencia a divagar o cambiar abruptamente de tema, dificulta la comunicación clara y coherente.

En cuanto a S, se registra limitada expresión emocional, falta de gestos y expresiones faciales. Se advierte una ausencia en el uso de comentarios positivos o de reconocimiento hacia si misma o los demás. La concurrente muestra una marcada tendencia a recibir información mas que buscarla activamente. Al igual que E, manifiesta dificultades para mantener el contacto visual.

En cuanto a las habilidades conversacionales, podrían verse afectadas debido a las pausas y ritmo de habla lento y bajo. Asimismo, como se ha mencionado, se detecta una expresión facial limitada. No realiza comentarios reforzantes y tan solo una pregunta conversacional.

Al igual que en el primer caso, se evidencia un bajo nivel de asertividad y habilidades conversacionales. La concurrente no demuestra capacidad para comunicar sus emociones de manera efectiva ni para expresar y respaldar verbalmente su mensaje. No emite reconocimiento ni afirmaciones ni expresa sus emociones y opiniones. S podría presentar dificultades en la fluidez verbal y en la interacción con los demás.

En base a los resultados obtenidos, podría evidenciarse en ambos casos un patrón consistente de baja asertividad y habilidades conversacionales. Tanto en E como en S, se advierte una limitada gesticulación, dificultad para mantener el contacto visual y una expresión emocional escasa. Asimismo, se registra tendencias hacia respuestas breves, dificultades para expresar pensamientos y emociones verbalmente, y una falta de comentarios positivos o de reconocimiento hacia si mismos y los demás. Ambos casos reflejan una comunicación poco efectiva, dificultades para ejercer influencia y establecer una conexión emocional. Se evidencia una interacción limitada en términos de habilidades conversacionales.

Es posible considerar diversos factores al momento de evaluar las razones por las que un sujeto no muestre conductas socialmente competentes. Se hará mención solo de aquellos que resulten pertinentes y se apliquen a los casos abordados. Kelly (2002) expone que el grado en el que determinada HS resulte funcional dependerá en gran medida de la frecuencia en la que el sujeto se enfrente a situaciones que demanden dicha habilidad. Se le otorgara un lugar valioso a la exposición del sujeto a un amplio abanico de situaciones que habiliten la práctica de conductas habilidosas. Se tomarán los tres niveles propuestos por Kelly (2002) como una posible explicación de la ausencia y deficiencia en las HHSS de ambos concurrentes.

Como se ha expuesto en la presentación del caso E, el paciente ha estado hospitalizado en dos oportunidades. Siendo que las HHSS se definen como comportamientos que se aprenden e incorporan mediante la exposición y práctica, la prolongada institucionalización sugiere la posibilidad de una falta en la adquisición de ciertas HHSS del sujeto. Es probable

que haya habido una limitada exposición a situaciones sociales típicas y a interacción con pares fuera del ámbito institucional.

Se ha hecho mención de que E ha presentado dificultades en la finalización de sus estudios secundarios y en su desempeño laboral. Ambos factores condujeron a que el paciente haya permanecido gran parte del día en su hogar, interactuando únicamente con su familia. Tales circunstancias podrían haber resultado en una falta de familiaridad y adaptabilidad a situaciones nuevas o desconocidas. Se sugiere que la escasez de práctica en entornos sociales diversos dificultó la capacidad de E para adaptarse a cambios, manejar situaciones inesperadas e interactuar con personas fuera de su círculo familiar.

En términos de refuerzo proveniente del ambiente, se deduce que el reforzamiento positivo tras la ejecución de conductas habilidosas fue limitado. La exposición a nuevas situaciones, entornos y personas generaban ansiedad en el paciente, lo cual frecuentemente intensificaba los síntomas de su condición. La aparición de los síntomas llevaba a un castigo por parte del padre y, como resultado, a la evitación de situaciones sociales.

En resumen, la prolongada institucionalización del sujeto y su limitada interacción social fuera del entorno familiar pueden haber contribuido a la falta de desarrollo de HHSS. La falta de exposición a situaciones sociales típicas, la escasez de práctica en entornos diversos y el empobrecido refuerzo positivo son factores que podrían haber influido en las dificultades que E presentaba al momento de ingresar al centro de día.

Si bien S nunca ha estado internada, permaneció mucho tiempo en su hogar sin realizar actividades fuera de este. Como se ha hecho mención, fue recurrente el abandono por falta de motivación de las actividades extracurriculares que iniciaba. La carrera de psicopedagogía le causaba malestar y evitaba, cada vez más, la exposición. Ambas situaciones condujeron a que la paciente se refugiara en su hogar el mayor tiempo que le fuera permitido. Al igual que en E, es posible inferir que la escasa exposición a situaciones de interacción social pueda haber perjudicado el desarrollo o adquisición de ciertas HHSS.

Se evidenciaba en S una notable tendencia hacia la introversión y un escaso interés por relacionarse con sus compañeros de la facultad. Los reiterados fracasos en las instancias evaluativas tenían un impacto emocional significativo, generando desestabilizaciones subjetivas. Con el tiempo, S comenzó a evitar cada vez más el contacto con sus compañeros y profesores de la universidad, experimentando una creciente ansiedad en su presencia. No

parece haber habido ningún reforzamiento proveniente del ambiente frente a su exposición social, sino más bien castigos (estrés, angustia, emergencia de síntomas) por esta.

Los resultados obtenidos revelan deficiencias en las HSS de E y S al momento de ingresar al centro de día. Utilizando el nivel intermedio propuesto por Gil y León (2011) para evaluar el estado de las HHSS, se identificaron una serie de componentes conductuales específicos y observables que dan cuenta de un empobrecimiento de las habilidades conversacionales y la asertividad. La información recabada a través de las entrevistas revela tanto en E como en S limitaciones en sus relaciones interpersonales. Estos hallazgos sugieren que factores como la prolongada institucionalización, la limitada interacción social fuera del entorno familiar, la falta de exposición a situaciones sociales típicas y la ausencia de reforzamientos positivos podrían haber contribuido al empobrecimiento en las HHSS de ambos sujetos.

SEGUNDO MOMENTO: INTERVENCIONES PROFESIONALES

Un enfoque centrado en las capacidades y adaptado a las necesidades particulares de los concurrentes con diagnóstico de psicosis ha sido fundamental en el diseño de las intervenciones profesionales llevadas a cabo en el centro de día. Estas intervenciones se han dirigido a un grupo de pacientes con características particulares, por tanto, la claridad sobre las posibilidades y la adecuación en función de ellas resultó fundamental.

Se ha visto que el trastorno psicótico se caracteriza por la presencia de síntomas positivos y negativos. Debido a la naturaleza del trastorno, los sujetos con psicosis pueden experimentar dificultades en la interacción social, la comunicación y la expresión de emociones. Sin embargo, reconocer y potenciar las capacidades de estos sujetos ha sido la base para el desarrollo de estrategias terapéuticas. En este contexto, se propone describir y analizar las intervenciones profesionales implementadas en el centro de día, destacando su enfoque orientado hacia las HHSS. Resulta interesante analizar si las intervenciones terapéuticas implementadas en el centro de día tienen el potencial de abordar y atenuar los síntomas negativos mencionados, los cuales a menudo quedan desatendidos en el tratamiento farmacológico convencional.

En el centro de día, se llevan a cabo diversas intervenciones diseñadas para abordar las necesidades de sus concurrentes. Estas intervenciones se han desarrollado con un enfoque centrado en las capacidades individuales de los pacientes y se adaptan a sus necesidades

particulares. Si bien el centro se ocupa de diversos aspectos relacionados con el trastorno psicótico, se va a evaluar específicamente las intervenciones tendientes a producir mejoras en las HHSS, para responder a uno de los objetivos específicos del trabajo. Las intervenciones mencionadas incluyen tanto instancias grupales como individuales. Se comenzará a detallar las características de los cuatro talleres grupales en los que se participó los días miércoles y viernes en el turno mañana del centro de día.

Taller de Arte

En el taller de arte, se busca brindar un espacio en el que los participantes puedan explorar y experimentar diversas formas de expresión plástica. El objetivo principal es fomentar la creatividad y el desarrollo de habilidades artísticas, promoviendo la expansión individual y la interacción social.

Desarrollo del taller:

- 1) Presentación del tema: Cada sesión comienza con la presentación de un tema o concepto artístico. La profesora proporciona información teórica y ejemplos relacionados con el tema para estimular la creatividad y la reflexión.
- 2) Introducción de la consigna: se plantea una consigna específica que guiará el trabajo artístico de la clase. La consigna se presenta de manera clara y se explican los objetivos y desafíos que implica.
- 3) Elección de materiales: Se proporciona a los participantes una variedad de materiales artísticos, como pinturas, lápices, pinceles, papel, cartulinas, entre otros, para que seleccionen aquellos que deseen utilizar en su obra.
- 4) Desarrollo de la obra: los participantes tienen la libertad para interpretar la consigna y desarrollar su obra de manera individual. Durante esta etapa, se fomenta la experimentación, la exploración de técnicas y el uso creativo de los materiales.
- 5) Apoyo y orientación: La profesora brinda apoyo y orientación individualizada a cada participante, proporcionando sugerencias, consejos técnicos y alentando la expresión de ideas propias.
- 6) Dialogo y retroalimentación: Durante el proceso creativo, se promueve el dialogo entre los participantes, animándolos a compartir sus ideas, opiniones y experiencias. Se fomenta la retroalimentación constructiva, donde se valoran los aspectos positivos del trabajo de cada uno y se sugieren posibles mejoras.

- 7) Exposición y reflexión final: al final de cada sesión, se realiza la exposición de las obras realizadas por cada participante. Cada concurrente tiene la oportunidad de compartir su trabajo y explicar su proceso. Se fomenta la reflexión colectiva, destacando las diferencias y similitudes.

Taller de Teatro

El taller de teatro se enfoca en el desarrollo de habilidades escénicas, la expresión corporal y la creatividad a través de juegos, improvisaciones y representaciones teatrales. Entre los objetivos se destaca la expresión emocional y la comunicación, proporcionar un espacio protegido para la interacción social, estimular la creatividad y la imaginación, mejorar la autoconfianza y el autoestima, desarrollar habilidades de expresión corporal y vocal, fomentar la empatía y la comprensión.

Desarrollo del taller:

- 1) Dinámica inicial: cada sesión comienza con una ronda en la que los participantes comparten como llegaron al centro de día y realizan un movimiento que los represente. Esta dinámica ayuda a crear un ambiente de confianza y conexión entre los participantes.
- 2) Presentación de las consignas: la profesora presenta las consignas y actividades del día, las cuales son pensadas en conjunto con el grupo, tomando en cuenta sus intereses y necesidades. Se explican los objetivos y las pautas para la realización de las actividades.

Actividades llevadas a cabo:

- Juegos teatrales: juegos para calentar y energizar al grupo fomentando la creatividad, la concentración y la conexión entre participantes. Estos juegos incluyen ejercicios de movimiento, expresión facial, improvisación verbal y gestual.
- Ejercicios de expresión corporal: se realizan actividades destinadas a explorar y desarrollar la expresión corporal, como técnicas de relajación, ejercicios de conciencia corporal, control postural, coordinación y uso del espacio escénico.
- Técnicas vocales: vocalización, respiración y proyección de la voz para fortalecer las habilidades vocales de los participantes y mejorar el ritmo y entonación al momento de comunicarse.

- Improvisación y role play: se utilizan juegos y ejercicios de improvisación para fomentar la creatividad, la espontaneidad, y la capacidad de adaptación de los participantes. También se realizan role play de situaciones cotidianas.
 - Exploración de personajes: se trabaja en la creación y exploración de personajes teatrales, a través de ejercicios de caracterización e investigación.
 - Montaje de escenas: se llevan a cabo procesos de montaje de escenas teatrales, donde los participantes trabajan en conjunto para crear, ensayar y presentar pequeñas obras de teatro. Estos montajes involucraron la selección de textos, la distribución de roles, la dirección escénica y la puesta en escena.
- 3) Trabajo en grupos: el grupo se subdivide en pequeños grupos para la ejecución de las consignas y actividades. Esto permite que los participantes trabajen de manera más cercana y colaborativa, fortaleciendo el trabajo en equipo y la comunicación entre pares.
 - 4) Exposición de las producciones: al finalizar las actividades, cada grupo expone su producción teatral ante el resto de los participantes, quienes hacen de público y realizan las valoraciones.

Taller de música

En el taller se explora la expresión musical como herramienta terapéutica para el desarrollo de HHSS. Se realizan diferentes actividades orientadas a fomentar la creatividad, el trabajo en equipo y la comunicación a través de la música. Mediante el taller se pretende promover la participación activa, fomentar la interacción social y el trabajo en equipo, proporcionar un espacio seguro donde los concurrentes puedan compartir y disfrutar de la música. No se establecen consignas específicas, el tallerista comienza a tocar la guitarra y de allí se genera un ambiente de improvisación y espontaneidad. Surgen diversas dinámicas y actividades relacionadas con la música. Algunos momentos clave son:

- 1) Compartir canciones: los participantes tienen la oportunidad de compartir canciones que les gusta, ya sea interpretándolas ellos mismos o reproduciéndolas a través de un dispositivo de audio.
- 2) Creación de canciones: semanalmente se realiza una actividad de creación. Se elige a uno de los concurrentes como inspiración y, en conjunto, se piensa en la letra de la canción. Cada concurrente aporta ideas basadas en las características y experiencias

del concurrente elegido. El profesor se encarga de escribir los acordes de la guitarra y el piano.

- 3) Selección de instrumentos: una vez que la canción esta completa, se buscan los instrumentos musicales disponibles en el centro de día. Cada concurrente elije un instrumento y, bajo la guía del profesor, se forma un grupo musical. Cada participante contribuye tocando su instrumento y cantando la letra de la canción.
- 4) Archivo de canciones: las letras y partituras de las canciones creadas se guardan en una carpeta destinada a este propósito. La carpeta contiene una colección de canciones, que abarca composiciones dedicadas a casi todos los concurrentes, así como canciones relacionadas con emociones, eventos importantes y reconocimiento hacia el personal del centro de día.

Taller de cocina

El proceso de cocina se lleva a cabo de manera colaborativa y se fomenta la toma de decisiones y la organización del grupo. El objetivo es fomentar la planificación y organización en la cocina, desarrollar habilidades culinarias básicas, estimular la investigación y el intercambio de conocimientos sobre alimentos y nutrición, promover el trabajo en equipo y la colaboración, potenciar la autonomía y la toma de decisiones. A continuación, se detallan las consignas del taller.

Consignas:

- 1) Elección del plato: en la hora del desayuno del día anterior, se discute y decide que plato se cocinara en el taller de cocina. La elección se basa en criterios como el nivel de dificultad, el precio de los ingredientes, el interés de los concurrentes y la disponibilidad de utensilios en el centro de día. En el caso de haber muchas opciones validas se realiza una votación, en donde todos los concurrentes y profesionales participan, definiéndose el plato que más votos obtenga.
- 2) Preparación previa: cada participante acuerda llevar un ingrediente necesario para la receta, siempre y cuando lo tenga disponible en su casa.
- 3) Investigación y discusión: antes de la jornada de cocina, se investigan las características y propiedades del plato a preparar. Durante el taller, se comparten los hallazgos y se generan conversaciones sobre gustos personales, la importancia de los alimentos para la salud y otros temas relacionados.

- 4) **Planificación y organización:** utilizando el recetario creado previamente en el taller de arte, se anotan los pasos y los ingredientes necesarios para la preparación del plato. En función de lo que ya se encuentra disponible en el centro de día, se elabora una lista de compras para adquirir los ingredientes faltantes.
- 5) **Salida a la despensa:** un grupo de participantes sale junto a tres profesionales a una despensa cercana para hacer las compras necesarias. Durante el trayecto, se generan conversaciones y temas de interés espontáneos.
- 6) **Tareas asignadas:** a cada concurrente que sale a la despensa se le asigna una tarea específica, como llevar la bolsa de compras, buscar un ingrediente en particular o encargarse del pago.
- 7) **Participación en la preparación:** una vez de regreso al centro de día, todos los participantes se involucran en la preparación del plato. Cada uno tiene una tarea asignada, como leer la receta, dar consejos sobre la preparación, mezclar ingredientes o controlar el tiempo de cocción.
- 8) **Compartir y valorar el plato:** al finalizar la jornada, el plato preparado se sirve y se comparte entre todos los concurrentes. Se realizan valoraciones y se expresan opiniones sobre la participación. Este momento se aprovecha también para que los talleristas brinden información sobre hábitos de alimentación saludable.

En el presente apartado se analizarán las intervenciones profesionales llevadas a cabo en el centro de día, enfocadas en la potenciación o desarrollo de HHSS, específicamente la asertividad y las habilidades conversacionales, en los concurrentes. Para ello, se desglosarán dichas habilidades en los componentes conductuales propuestos por Kelly (2002) y se examinará en qué medida cada taller ejercita dichos componentes. A través de una descripción detallada de cada taller, se busca identificar cómo se promueven aspectos clave de la asertividad y las habilidades conversacionales, proporcionando una visión integral de las intervenciones implementadas.

Taller de arte

Componentes conductuales de la Asertividad	Componentes conductuales de las Habilidades Conversacionales	Ejemplos de Ejercicio en el taller

Expresión de sentimientos personales		A través de la elección de colores, formas, y temas en sus obras, los concurrentes tienen la oportunidad de expresar sus emociones y pensamientos de manera creativa.
Conducta positiva recíproca		Durante la exposición de las obras, los concurrentes pueden compartir elogios y apreciaciones sobre el trabajo de sus compañeros, fomentando una interacción social positiva y constructiva.
Desacuerdo verbal		No se ejercita de manera directa. Se fomenta el diálogo respetuoso y la apertura a diferentes perspectivas. El enfoque se mantiene en la expresión artística y en como cada participante puede compartir y discutir sus ideas y opiniones de manera constructiva.
Expresión de elogio/aprecio	Uso de comentarios reforzantes o de cumplido	Durante la actividad de exposición de las obras, los concurrentes tienen la oportunidad de elogiar y brindar comentarios positivos sobre el trabajo de los demás, promoviendo un ambiente de aprecio y reconocimiento.
	Información acerca de uno mismo	Durante las conversaciones que surgen mientras realizan sus obras, los concurrentes pueden compartir información personal sobre sus intereses, experiencias y perspectivas.

Taller de teatro

Componentes conductuales de la Asertividad	Componentes conductuales de las	Ejemplos de Ejercicio en el taller
---	--	---

	Habilidades Conversacionales	
Contacto visual	Contacto visual	Mediante ejercicios se practica el uso del contacto visual adecuado con los compañeros de escena, lo cual permite establecer una conexión emocional más profunda y transmitir con mayor intensidad las emociones de sus personajes.
Volumen de la voz	Volumen de la voz	Se trabaja sobre el ajuste de volumen de voz para ser escuchado por el público o los compañeros de escena.
Gestos		Se trabaja sobre la comunicación no verbal y la utilización de gestos efectivos para transmitir emociones, intenciones y mensajes durante las representaciones.
Comprensión de lo que el otro dice o expresión del problema		Durante los ejercicios de improvisación y role play, los participantes tienen la oportunidad de practicar la escucha activa y la comprensión de lo que el otro dice. Además, pueden explorar la expresión de problemas o conflictos a través del dialogo y la interacción en el contexto teatral.
Afecto	Afecto	Los concurrentes tienen la oportunidad de explorar y expresar diferentes emociones y afectos según las demandas de los personajes y las escenas. Se trabaja sobre la expresión de afecto de manera adecuada y acorde a la situación.
Expresión de elogio/aprecio	Uso de comentarios reforzantes	Durante la retroalimentación y la exposición de las producciones teatrales, los participantes pueden practicar la expresión de elogios hacia el trabajo de sus

		compañeros, reconociendo sus habilidades y logros.
Expresión de sentimientos personales		Los participantes pueden explorar y practicar la expresión de sentimientos personales a través de los personajes, implica la habilidad de comunicar de manera asertiva las emociones propias en un contexto seguro y protegido.
Conducta positiva recíproca		En la actividad final de exposición de las producciones, cada concurrente tiene la oportunidad de ofrecer apreciaciones positivas sobre las obras de sus compañeros, en retribución a los comentarios que estos le aportaron.

Taller de música

Componentes conductuales de la Asertividad	Componentes conductuales de las Habilidades Conversacionales	Ejemplos de Ejercicio en el taller
Volumen de la voz		Durante la interpretación de las canciones, los concurrentes trabajaron el control del volumen de voz para adaptarse al tipo de música y el contexto. Cada ritmo requiere de distintos timbres de voz.
Gestos		La música involucra gestos faciales y corporales para transmitir emociones y mensajes. Se hace uso de gestos para complementar la interpretación musical.
Escucha activa y comprensión		Durante la creación de canciones se practica la escucha activa sobre las ideas y emociones expresadas por los demás. La

		capacidad de escuchar con atención y comprender a los demás es fundamental para la composición de música del centro de día.
Expresión de afecto y aprecio	Uso de comentarios reforzantes o de cumplido	En la actividad de composición de canciones para compañeros se trabajaba sobre el reconocimiento de aspectos positivos de cada concurrente. Las letras se basan en expresiones de gratitud o palabras de elogio hacia las habilidades de los demás.
Expresión de sentimientos personales		Actividades como “compartir canciones” “creación de canciones” demandan la expresión de sentimientos e intereses personales.
Afecto	Afecto	Se trabajaba sobre la discriminación de las emociones que acompañan cada ritmo musical. Se pruebe la diferenciación entre canciones alegres y tristes, entre otras, con el objetivo de fomentar la identificación de las emociones asociadas a diferentes estímulos. Además, se trabajaba en el reconocimiento de contextos en los que podría estar sonando una canción en particular.
	Brindar información acerca de uno mismo	Durante el proceso de creación de canciones, los participantes comparen información personal sobre si mismos o sus experiencias como parte de inspiración para las letras de las canciones.

Taller de cocina

Componentes conductuales de la Asertividad	Componentes conductuales de las Habilidades Conversacionales	Ejemplos de Ejercicio en el taller
Volumen de voz		Las instancias de votación requieren la participación de cada concurrente. Con la finalidad de que todos puedan expresar sus intereses y participar en la elección del plato se trabaja sobre el volumen de voz para ser escuchado por todo el grupo, en un tono audible, lo suficientemente alto para ser escuchado pero sin ser agresivos o dominantes.
Gestos		En la instancia de votación se pone en juego el uso de todos los recursos disponibles para lograr que gane el plato de interés personal. Se trabaja sobre el uso de gestos para apoyar las expresiones verbales, transmitir emociones y facilitar la comprensión.
Comprensión de lo que el otro dice		En el taller de cocina los concurrentes tienen la oportunidad de practicar la escucha activa y demostrar comprensión hacia las ideas y preocupaciones de los demás.
Desacuerdo verbal		Surgen diferentes opiniones o preferencias sobre la elección del plato o forma de prepararlo. En estas situaciones, los concurrentes practican la expresión de desacuerdo de manera clara, utilizando un tono de voz adecuado y evitando la agresividad.
Expresión de elogio/aprecio	Uso de comentarios reforzantes	Al finalizar la jornada, cuando se comparte y valora el plato preparado, se brinda un

		espacio para que los participantes expresen su gratitud y reconocimiento hacia el trabajo de los demás.
Expresión de sentimientos personales	Comentarios autorreveladores	Durante el taller los concurrentes experimentan diferentes emociones, como satisfacción, frustración, entusiasmo o preocupación. Se les brinda la oportunidad de compartir y expresar sus sentimientos de manera clara y respetuosa, ya sea durante las discusiones sobre el plato a cocinar, durante la preparación del mismo o al finalizar la jornada. Asimismo, se expresan anécdotas, preferencias personales, experiencias culinarias anteriores durante el taller.
	Uso de preguntas	Se hace uso de las preguntas para obtener información sobre los platos a cocinar, los ingredientes, las tareas a realizar, las técnicas, entre otros.
	Brindar información acerca de uno mismo	Los concurrentes tienen la oportunidad de compartir detalles sobre sus preferencias culinarias, experiencias en la cocina o cualquier otro aspecto relevante.

Los talleres de arte, música, teatro y cocina han sido espacios de entrenamiento de una variedad de componentes conductuales de la asertividad y las habilidades conversacionales. Es preciso mencionar que el objetivo terapéutico de estos talleres abarca múltiples aspectos, entre ellos el fortalecimiento de las HHSS. Aunque no se haya llevado a cabo un enfoque explícito de EHS, los componentes conductuales de la asertividad y las habilidades conversacionales que se han trabajado en los talleres contribuyen de manera significativa al desarrollo de HHSS.

En todos los talleres se han entrenado componentes conductuales de la asertividad y habilidades conversacionales comunes. Estos incluyen la expresión de sentimientos personales, la conducta positiva recíproca, la expresión de elogio y el uso de comentarios

reforzantes. Además, cada taller ha trabajado en aspectos específicos que han contribuido al crecimiento y desarrollo de los participantes en diferentes áreas.

En el taller de arte, los concurrentes han puesto en práctica habilidades conversacionales al utilizar comentarios reforzantes y compartir información personal. En cuanto a la asertividad, se ha trabajado sobre la expresión de sentimientos personales, la conducta positiva recíproca, el desacuerdo verbal y la expresión de elogios. En el taller de música, por su parte, se ha trabajado en la asertividad a través del control del volumen de voz, el uso de gestos adecuados, la escucha activa y la comprensión del otro. Asimismo, se ha promovido la expresión de afecto adecuado a la situación. En términos de habilidades conversacionales, se han realizado intervenciones que fomentan el uso de comentarios reforzantes e información sobre sí mismos.

En el taller de teatro, se han entrenado componentes conductuales de la asertividad como el contacto visual, volumen de voz y el uso de gestos apropiados. Los concurrentes también han ejercitado la comprensión de lo que el otro dice y la expresión de los problemas propios de manera efectiva. Además, se ha fomentado la expresión de afecto adecuado a la situación. En cuanto a las habilidades conversacionales, se han utilizado comentarios reforzantes para fortalecer las interacciones y elogiar el desempeño de los demás.

En el taller de cocina, se han entrenado componentes de la asertividad como el volumen de voz, la comprensión de lo que el otro dice y el manejo constructivo del desacuerdo verbal. En cuanto a los componentes de las habilidades conversacionales, se han realizado intervenciones tendientes a entrenar el uso de comentarios reforzantes, comentarios autorreveladores, preguntas y la capacidad de brindar información sobre uno mismo.

El entorno seguro y estructurado de los talleres ha permitido a los concurrentes explorar diferentes formas de comunicación, practicar nuevas habilidades y recibir retroalimentación constructiva por parte de los talleristas y de sus compañeros. La combinación de aprendizaje experiencial, apoyo emocional y oportunidades de práctica resultan fundamentales al momento de pensar en un contexto de EHS.

Se reconoce la importancia de poner en práctica las HHSS en entornos diversos, por tanto, su entrenamiento debe realizarse también en diferentes contextos y situaciones. Se infiere que las HHSS no fueron solo entrenadas a través de los talleres sino también mediante

intervenciones complementarias que enriquecieron el entorno terapéutico y ofrecieron oportunidades adicionales de aprendizaje y practica de HHSS.

Entre dichas intervenciones, se destaca la dinámica grupal que inicia cada jornada. Al llegar al centro de día, a las nueve de la mañana, los concurrentes se disponen en una misma mesa y los profesionales realizan una serie de preguntas orientadas a fomentar la comunicación y la expresión personal de los sujetos. Estas preguntas abordan temas cotidianos, como experiencias culinarias, noticias recientes o planes para el fin de semana, y permiten a los concurrentes compartir sus puntos de vista, expresar sus emociones y establecer vínculos sociales. Al abordar temas que son familiares para los concurrentes, se crea un ambiente propicio para que puedan expresarse de manera autentica.

Los profesionales tienen la tarea de guiar la conversación de manera que se promueva una participación activa de todos los sujetos. Además de hacer preguntas, también incentivan a los concurrentes a responder contribuciones de los demás, a compartir sus propias experiencias y a expresar sus emociones de manera abierta.

Uno de los principales objetivos de la charla es fomentar la comunicación entre los concurrentes. Al proporcionar un espacio estructurado para la conversación, se les brinda la oportunidad de practicar habilidades de escucha activa, expresión verbal y comprensión del punto de vista de los demás. A medida que participan de manera regular, los concurrentes podrían mejorar sus habilidades de comunicación interpersonal y sentirse más seguros al expresar sus ideas y emociones.

La dinámica no solo ofrece un espacio para la comunicación, sino que también sirve como oportunidad para establecer vínculos entre los participantes. Ello facilitaría en mayor medida el bienestar emocional y la motivación de los concurrentes para participar activamente en las actividades. Al compartir sus puntos de vista, experiencias y emociones, los concurrentes tienen la posibilidad de encontrarse con similitudes, identificar intereses comunes y generar un sentido de pertenencia dentro del centro de día.

A modo de ejemplo, se transcribirá un extracto de los registros realizados mientras se asistía al centro de día de manera presencial. El registro corresponde al día ocho del mes de junio.

Me senté en una esquina y me puse a observar mientras iban llegando los concurrentes. A medida que llegaban, se disponían en una mesa en la sala principal. Algunos

llegaban más cansados que otros. Las profesionales fueron quienes iniciaron la charla con los primeros concurrentes que llegaron, ¿Qué comieron anoche? expresó la psicóloga. A medida que iban respondiendo, las profesionales opinaban sobre sus gustos personales, si les agradaba o no el plato, contaban algún “tip” de cocina para preparar esa comida. Se presentaban como ejemplo para que los concurrentes también opinaran sobre sus preferencias. En un momento J contó que la noche anterior su mamá había preparado polenta, a lo que G respondió “nunca me sale bien la polenta, queda super dura cuando la preparo”. La psicóloga intervino con un comentario “J, pudiste ver mientras tu mamá preparaba la sopa, ¿te acordás que ingredientes llevaba? Tienes alguna recomendación para darle a G?”. Aunque con dificultad, J comenzó a contarle a G los ingredientes que recordaba que llevaba la polenta que había comido la noche anterior y con el resto del grupo trataban de deducir los pasos a seguir para cocinarla. En todo momento, mientras el resto de los concurrentes iban llegando al centro de día, una de las psicólogas iba poniendo en contexto a los concurrentes sobre el tema que se estaba hablando en la mesa y los alentaba a participar. (Registro 08/06/2022)

En resumen, el análisis de las intervenciones profesionales en los talleres de arte, música, teatro y cocina revela que estas intervenciones pueden haber tenido un impacto significativo en el desarrollo de habilidades conversacionales y asertividad de los concurrentes que asisten al centro de día. Aunque de manera indirecta, los talleres han sido espacios en los que se han entrenado una variedad de componentes conductuales, siendo estos entornos seguros y estructurados donde los concurrentes tienen la oportunidad de explorar y poner en práctica HHSS.

Asimismo, la dinámica de charla informal al inicio de cada jornada ha demostrado ser una intervención valiosa. Dicha dinámica proporciona un espacio relajado, donde los concurrentes pueden establecer vínculos, compartir experiencias y expresar sus puntos de vista. La participación de ellos profesionales como facilitadores de la conversación estimula la comunicación y promueve la confianza, generando un ambiente propicio para el desarrollo de habilidades conversacionales y asertividad.

Resulta importante reconocer que el EHS no se limita a ejercicios aislados o directos, sino que se desarrolla de manera contextualizada, haciendo uso de las interacciones sociales y las experiencias compartidas de cada taller. A través de la participación activa, la colaboración y la retroalimentación de los profesionales y los pares, se persigue la finalidad

de que los concurrentes tengan la oportunidad de aprender, poner en practica y generalizar las HHSS en situaciones reales y significativas.

TERCER MOMENTO: EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE HHSS

Se presentaron anteriormente datos obtenidos del estado de dos concurrentes con diagnóstico de psicosis al ingresar al centro de día. Se evidencia, a partir de los datos obtenidos al momento de su ingreso, un empobrecimiento de sus HHSS en la asertividad y las habilidades conversacionales. El presente trabajo se enfoca en explorar el estado actual de los pacientes, aproximadamente tres años después de haber sido expuestos a intervenciones profesionales dentro del centro de día. Se examinarán los efectos de dichas intervenciones en el desarrollo y mejoría de las HHSS mencionadas, así como los cambios generales en su funcionamiento psicosocial durante este periodo de tiempo.

En cualquier evaluación de la efectividad del tratamiento es fundamental realizar mediciones de las cualidades de la conducta social del cliente en múltiples ocasiones. Una manera de hacerlo es comparar la conducta social del cliente antes de recibir el entrenamiento con su desempeño social posterior al mismo. En otros enfoques de evaluación del tratamiento, se toman mediciones de la HS en diferentes momentos durante la intervención. Sin importar el tipo de evaluación o su grado de rigurosidad, es crucial obtener medidas de la conducta social del cliente en distintos periodos de tiempo (Kelly, 2002).

El autor expone cinco fuentes de datos que pueden ofrecer información sobre posibles cambios en las HHSS del sujeto como resultado del tratamiento: 1) estimaciones objetivas de la ejecución del cliente durante muestras de interacciones en el contexto del entrenamiento; 2) estimaciones globales de la competencia social general durante muestras de interacciones; 3) cuestionarios de autoinforme de papel y lápiz a responder por el cliente que describan su conducta y su tranquilidad-comodidad durante las interacciones sociales; 4) autorregistros detallados sobre la conducta social fuera del contexto de tratamiento; 5) observación directa de la efectividad de la conducta social del cliente en su ambiente natural (Kelly, 2002).

Kelly (2002) recomienda que la persona encargada de evaluar la efectividad de una intervención utilice una variedad de medidas, con el objetivo de poder identificar cambios en el repertorio de conductas específicas del cliente durante las interacciones prácticas. Al emplear diferentes tipos de medidas y si estas, en conjunto, respaldan la mejoría de las HHSS, el sujeto puede tener confianza en el éxito de la intervención. Por ello, se decidió utilizar tres

de las cinco fuentes propuestas: estimaciones objetivas de la ejecución del cliente durante muestras de interacciones en el contexto del entrenamiento; estimaciones globales de la competencia social general durante muestras de interacciones; observación directa de la efectividad de la conducta social del cliente en su ambiente natural.

Estimaciones objetivas de la ejecución del cliente durante muestras de interacciones en el contexto de entrenamiento.

Se identificaron situaciones de interacción social en contextos estructurados, como las sesiones individuales de terapia o las reuniones de seguimiento. Estas situaciones proporcionaban un espacio seguro y confidencial para que los concurrentes compartieran sus experiencias, emociones y pensamientos con los profesionales.

Para evaluar las habilidades conversacionales y la asertividad en pacientes con diagnóstico de psicosis en un centro de día, se realizó un estudio retrospectivo basado en los registros de las entrevistas de admisión realizadas al momento de su ingreso al centro. Dado que no se estuvo presente durante esas entrevistas, se utilizaron los legajos, los registros documentales y la información proporcionada por los profesionales de la institución.

Con el objetivo de evaluar la efectividad del tratamiento después de tres años desde el ingreso de ambos concurrentes, se llevó a cabo una réplica de la entrevista inicial. Esta replica se realizó utilizando las mismas preguntas, en el mismo espacio físico y con una duración similar a la entrevista de admisión. El propósito principal es evaluar los mismos componentes conductuales que fueron evaluados en ese momento inicial, y determinar si ha habido mejoras en las habilidades conversacionales y la asertividad de los concurrentes a partir de las intervenciones.

Evaluación de los componentes conductuales de la asertividad - Caso E

Tabla 5⁵

1. *Contacto visual* (tiempo aproximado entre contacto visual y tiempo total durante el que el cliente estuvo hablando)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							x		

⁵ Adaptado de *hoja de evaluación de los role-plays de aceptación asertiva*, por Kelly, 2002, Entrenamiento en habilidades sociales (7ª ed.).

2. *Afecto* (adecuación/responsividad emocional)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							x		

3. *Volumen de voz*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								X	

4. *Comentarios de elogio/aprecio* (¿estuvo presente explícitamente este contenido verbal en las respuestas?)

SI (4)

5. *Expresión de sentimientos personales* (¿estuvo presente explícitamente este contenido verbal en las respuestas)

SI (6)

6. *Gestos*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			X						

7. *Desacuerdo verbal*

PRESENTE (1)

Evaluación de los componentes conductuales de las Habilidades conversacionales – Caso E

Tabla 6⁶

1. *Contacto visual* (tiempo aproximado entre contacto visual y tiempo total durante el que el cliente estuvo hablando)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

⁶ Adaptado de *hoja de evaluación de las habilidades conversacionales*, por Kelly, 2002, Entrenamiento en habilidades sociales (7ª ed.).

							X		
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

2. *Afecto* (adecuación/responsividad emocional)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							X		

3. *Preguntas conversacionales* (número de veces que el cliente formula una pregunta conversacional al interlocutor)

Recuento: 2 Total: 2

4. Frases autorreveladoras (número de veces que el cliente emite una frase que revela información adecuada al interlocutor)

Recuento: 3 Total: 3

5. Comentarios reforzantes/Cumplidos (Número de veces que el cliente hace un comentario reforzante para el interlocutor o le hace un cumplido)

Recuento: 4 Total: 4

Evaluación de los componentes conductuales de la asertividad - Caso S

Tabla 7⁷

1. *Contacto visual* (tiempo aproximado entre contacto visual y tiempo total durante el que el cliente estuvo hablando)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									X

2. *Afecto* (adecuación/responsividad emocional)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								X	

⁷ Adaptado de *hoja de evaluación de los role-plays de aceptación asertiva*, por Kelly, 2002, Entrenamiento en habilidades sociales (7ª ed.).

3. *Volumen de voz*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						X			

4. *Comentarios de elogio/aprecio* (¿estuvo presente explícitamente este contenido verbal en las respuestas?)

SI (1)

5. *Expresión de sentimientos personales* (¿estuvo presente explícitamente este contenido verbal en las respuestas?)

SI (3)

6. *Gestos*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			X						

7. *Desacuerdo verbal*

PRESENTE (2)

Evaluación de los componentes conductuales de las Habilidades conversacionales – Caso S

Tabla 8⁸

1. *Contacto visual* (tiempo aproximado entre contacto visual y tiempo total durante el que el cliente estuvo hablando)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									X

2. *Afecto* (adecuación/responsividad emocional)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

⁸ Adaptado de *hoja de evaluación de las habilidades conversacionales*, por Kelly, 2002, Entrenamiento en habilidades sociales (7^a ed.).

									x	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

3. Preguntas conversacionales (número de veces que el cliente formula una pregunta conversacional al interlocutor)

Recuento: 1 Total: 1

4. Frases autorreveladoras (número de veces que el cliente emite una frase que revela información adecuada al interlocutor)

Recuento: 3 Total: 3

5. Comentarios reforzantes/Cumplidos (Número de veces que el cliente hace un comentario reforzante para el interlocutor o le hace un cumplido)

Recuento: 1 Total: 1

En la entrevista de admisión, se evaluaron varios componentes conductuales relacionados con la asertividad. El puntaje obtenido por E fue de dos en contacto visual, lo que indica una baja capacidad para mantener contacto visual durante la interacción. En cuanto al afecto, E obtuvo un puntaje de seis, presentando un tono afectivo adecuado a la situación. En términos de volumen de voz, E también obtuvo un puntaje de seis, lo que indica un nivel moderado de proyección de voz.

Se observó que el concurrente no realizó comentarios de elogio durante la entrevista. Además, solo expresó un sentimiento personal durante la interacción. En cuanto a los gestos, E obtuvo un puntaje de uno, lo que sugiere una baja utilización de gestos durante la comunicación. Asimismo, no se evidenció la presencia de desacuerdo verbal durante la entrevista.

En la evaluación realizada cuatro años más tarde, se observaron mejoras significativas en varios componentes conductuales relacionados con la asertividad. El contacto visual de E sumó a un puntaje de ocho, lo que indica una mayor capacidad para mantener contacto visual durante la interacción. En cuanto al afecto, también obtuvo un puntaje de ocho, lo que refleja una mejora en la capacidad de ajustar su tono emocional a diferentes situaciones. En términos de volumen de voz, E obtuvo un puntaje de 9, indicando una mejor proyección de voz y mayor seguridad en la comunicación.

Se evidencia un notable avance en los comentarios que el concurrente realiza durante la entrevista. E realizó cuatro comentarios de elogio, indicando una mayor capacidad para reconocer y valorar las acciones positivas de los demás. Asimismo, expreso seis sentimientos personales, lo que refleja una mayor apertura emocional y disposición para compartir experiencias y emociones. En relación a los gestos, E obtuvo un puntaje de cuatro, lo que sugiere mayor utilización de gestos para complementar la comunicación. Sin embargo, es un aspecto que requiere de mayor entrenamiento. Se registra solo una expresión de desacuerdo verbal.

En relación a las habilidades conversacionales, en la entrevista de admisión se observó que E no realizó preguntas conversacionales y solo expreso una frase autorreveladora. Además, no se registraron comentarios reforzantes durante la interacción.

En la evaluación realizada cuatro años después, se observó un avance significativo en las habilidades conversacionales, evidenciando una mayor participación activa en el diálogo con los demás. Se registraron tres frases autorreveladoras, lo que indica una mayor disposición a compartir información personal durante las conversaciones. Además, se registraron dos comentarios reforzantes, demostrando un mayor reconocimiento y apoyo verbal hacia los demás.

En relación a S, se registra un puntaje de tres en el componente de contacto visual. En cuanto al afecto, la concurrente obtuvo un puntaje de siete, indicando adecuación a la situación, pero cierta rigidez en su expresión emocional. El puntaje de dos en el volumen de voz sugiere que S tendía a hablar en un tono bajo o poco audible.

Durante la entrevista de admisión no se registraron comentarios de elogio y tan solo una expresión de sentimientos personales. Asimismo, el desacuerdo verbal estuvo ausente en esta situación, lo que podría sugerir una tendencia a evitar conflictos en las interacciones.

En la entrevista posterior se observaron notables avances en el desarrollo de la asertividad en la concurrente. Su puntaje en el componente de contacto visual aumento significativamente, obteniendo el puntaje máximo de la escala. Asimismo, el componente de afecto aumento a 9. Se registra un aumento en el volumen de la voz, lo que sugiere que S ha ganado cierta confianza al expresarse durante las interacciones. No obstante, queda sugerido continuar el entrenamiento sobre ese componente.

Se registró en la entrevista más reciente un comentario de elogio y la expresión de tres sentimientos personales. También se registraron cuatro gestos durante la interacción, lo que podría indicar mayor expresividad no verbal. Un aspecto destacado en dicha entrevista fue la presencia de desacuerdo verbal en dos ocasiones, lo que sugiere que S ha desarrollado habilidades para expresar sus opiniones y diferencias de manera asertiva.

En cuanto a las habilidades conversacionales, se observó en la entrevista de admisión que S mostraba una limitada participación en la interacción. No se registraron preguntas conversacionales y tan solo una frase autorreveladora. Por otro lado, tampoco se registraron comentarios reforzantes.

En la entrevista más reciente se observan avances significativos en el desarrollo de habilidades conversacionales. Sumado al puntaje obtenido en el contacto visual y en la adecuación afectiva antes expuesto, se registraron dos preguntas conversacionales, lo que indica mayor iniciativa en participar en la conversación. Asimismo, expreso tres frases autorreveladoras durante la entrevista y dos comentarios reforzantes.

Estimaciones globales de la competencia social general durante muestras de interacciones.

Al evaluar la participación del cliente durante interacciones semiestructuradas o no estructuradas, es posible determinar de manera objetiva si muestra las conductas específicas que forman parte de una interacción socialmente competente en la práctica. Se pueden obtener datos sobre la validez social del tratamiento mediante evaluaciones globales y subjetivas de su competencia social. El observador puede no solo valorar la presencia o frecuencia de componentes conductuales específicos, sino que también estimar, mediante una evaluación general, el nivel de asertividad y habilidad conversacional exhibido por el sujeto (Kelly, 2002).

Se han identificado varias situaciones de interacción social en las cuales los concurrentes participaron durante la práctica. Dichas situaciones serán objeto de evaluación de la respuesta conductual de ambos concurrentes. Se utilizó el método de observación conductual para advertir las respuestas manifiestas mediante las que se muestran las HHSS de interés.

Una de las situaciones de interacción más frecuentes en el centro de día fue la participación en actividades grupales. Durante estas actividades, los concurrentes tenían la oportunidad de interactuar con otros miembros del centro, así como con los profesionales a

cargo. Se asistió los días miércoles a los talleres de arte y teatro y los viernes a los talleres de cocina y música.

Se comenzará con la descripción de uno de los talleres de arte. La profesora encomendó la tarea de elegir tres técnicas previamente trabajadas y dibujar de manera libre, cualquier figura que fuera de su interés. Los concurrentes tenían a su disposición recortes de revistas, crayones, fibras, acuarelas, lápices, entre otros materiales. E demoro un tiempo en iniciar, se detuvo varios minutos a observar que hacían sus compañeros, luego miraba los materiales que tenía al frente suyo y a la profesora. Al cabo de aproximadamente 10 minutos exclamo “¡voy a hacer el escudo de Belgrano y de Boca!” (Registro 10/08/2022). Seleccionó una gama de colores, los colocó al lado de su hoja y comenzó con el trabajo.

Mientras se dedicaba a su dibujo conversaba sobre los equipos de futbol con dos compañeros y discutía sobre cuáles eran los mejores jugadores “hace unos años fui a ver a Belgrano a la cancha con mi papa y mi hermano, me encantaría volver a ir, se lo voy a pedir a mi papa para mi cumpleaños” “este no es el azul Boca, quiero uno más oscuro, N ¿me pasarías el azul que tenes al lado?” “le voy a regalar el escudo a mi hermano, para que lo ponga en la habitación de mi sobrina cuando nazca” (Registro 10/08/2022). De a momentos miraba un punto fijo y comenzaba a reírse, intentaba parar pero no podía. Automáticamente comenzó a buscar explicaciones que dieran fundamento a su risa, “me rio porque el azul se salió de la línea del escudo” “mi sobrina va a poner el dibujo en su pared y es gracioso” (Registro 10/08/2022).

Al cabo de un rato le solicitó a la profesora que se acercara a ver su producción. En respuesta, se lo felicito y resalto aspectos destacados de la obra, en voz alta para que sus compañeros escucharan. Se le solicito que le colocara un nombre a la obra. Nuevamente, E demoro varios minutos en decidir. Al cabo de un tiempo escribió “escudos” al margen de la hoja.

El taller concluyo con una exposición colectiva de las producciones, se les solicito a los concurrentes que colocaran sus obras en el centro de la mesa. La mesa quedo cubierta en su totalidad por las producciones. Los distintos concurrentes expresaron sus opiniones sobre las obras de sus compañeros. E comento “muy lindo “, “que gracioso el que tiene un bebe pegado”, “el mío y el de J están iguales” (Registro 10/08/2022). Se les pregunto qué les había parecido la actividad del día, E respondió con expresiones positivas hacia la clase en general.

Se procederá a exponer los indicadores de asertividad presentes en la situación previamente descrita. Estos indicadores destacan las HHSS asertivas exhibidas por el sujeto durante el taller de arte. Kelly (2002) expone la necesidad de definir de antemano los criterios globales que resulten apropiados para evaluar cada tipo de HS. Se analizará la capacidad de solicitar ayuda y cooperación, la expresión abierta de emociones, la expresión de preferencias y toma de decisiones, la comunicación asertiva, la aceptación de elogios y reconocimiento, la capacidad de compartir opiniones. Estos indicadores permitirán comprender como el individuo demostró una interacción social efectiva y asertiva en este contexto.

La consigna planteada por la tallerista demandaba una toma de decisión y la capacidad del sujeto de expresar sus preferencias. Se trató de una consigna abierta, en donde el concurrente debía elegir entre una amplia gama de posibilidades qué le gustaría dibujar, sea por sus intereses, por su facilidad, por generar aprobación del otro, por terminar la actividad lo antes posible. Puede observarse como E se toma un tiempo prolongado en decidir. Esto visibiliza que la actividad supuso un desafío para el concurrente. Sin embargo, finalmente toma la decisión de hacer el escudo de Belgrano y de Boca, expresando claramente sus intereses y mostrando una preferencia por esos equipos.

Durante el proceso de dibujo, E participa activamente en conversaciones con sus compañeros sobre los equipos de fútbol y discute sobre los mejores jugadores. Se advierte su capacidad de expresar opiniones de manera clara y directa. Asimismo, expresa de manera eficaz sus sentimientos, deseos y necesidades. E menciona que le encantaría volver a ir a ver a Belgrano a la cancha y expresa su deseo de pedirle al padre que le regale ese paseo para su cumpleaños. Seguidamente, solicita a un compañero que le pasara el color azul, demostrando su capacidad para solicitar ayuda y colaboración de manera clara y directa. Otro indicador de dicha capacidad es el llamado a la profesora, le solicita que dé su opinión de manera explícita, demostrando, nuevamente, su capacidad para expresar necesidades.

Entre los componentes de la aceptación asertiva se destaca la expresión de elogios y la transmisión verbal hacia el otro de los sentimientos positivos que cierta conducta ha producido en la propia persona. Durante la exposición de las producciones, E expresa su opinión sobre las obras de sus compañeros, mostrando una actitud participativa y constructiva al compartir comentarios positivos. No solo es capaz de expresar comentarios positivos hacia los otros, sino también de aceptar elogios y reconocimiento hacia su propia persona. La profesora reconoce el buen desempeño del concurrente frente a toda la clase y E es capaz de

receptarlo de manera asertiva. Por otro lado, al finalizar la actividad, el concurrente expresa sentimientos positivos que la actividad propuesta le produjo. En este último caso, no alaba la conducta de los demás, sino que expresa los propios sentimientos personales.

A continuación, se describirán los indicadores de habilidades conversacionales presentes en la situación que se ha planteado. Se analizarán los diferentes aspectos que evidencian la capacidad de E para participar activamente en conversaciones, expresar sus preferencias, tomar turnos de habla, escuchar atentamente y ofrecer retroalimentación constructiva. Estos indicadores permitirán comprender mejor las habilidades comunicativas que E demostró en el taller de arte.

Las Habilidades conversacionales suponen la capacidad del sujeto de iniciar y mantener conversaciones informales con los demás. Como se ha expuesto, entre los componentes conductuales de dicha habilidad se incluye el uso de preguntas, la información acerca de uno mismo y el uso de comentarios reforzantes o de cumplido.

E es quien inicia la conversación con los compañeros que estaban sentados junto a él. No solo la inicia sino que es capaz de exponer algo sobre sus intereses y sus deseos. Esta actitud produce interés en los interlocutores y genera un debate sobre equipos de fútbol y los mejores jugadores. El intercambio de información se realiza de manera respetuosa, se escucha las opiniones de los compañeros y se expresan las propias. E demuestra su habilidad para expresar emociones y pensamientos de manera verbal “hace unos años fui a ver a Belgrano a la cancha con mi papa y mi hermano, me encantaría volver a ir, se lo voy a pedir a mi papa para mi cumpleaños”.

Si bien no se estableció dentro de una conversación, el concurrente puede hacer uso de una pregunta para conseguir aquello que desea, acto que supone un gran avance para el paciente. Le solicita a uno de sus compañeros el lápiz que necesitaba para continuar con su tarea, habilitando un nuevo intercambio. El uso de comentarios reforzantes o de cumplido se visibiliza claramente al final de la actividad. Durante la exposición colectiva de las producciones, E emite comentarios positivos sobre las obras de sus compañeros. Asimismo, responde con comentarios reforzantes cuando se le pregunta sobre la actividad del día.

A continuación, se tomara como ejemplo una actividad llevada a cabo en el taller de teatro para evaluar las HHSS de interés en S. Los concurrentes debían dividirse en grupos de cinco personas y cada miembro del grupo compartir su rutina de la mañana antes de llegar al

centro de día. Luego, el grupo debía elegir una de esas rutinas para interpretarla en forma de una pequeña obra de teatro. Finalmente, el público debía ponerle un título a la obra presentada por sus compañeros.

Instrucciones para los participantes:

- 1) Formen grupos de cinco personas y siéntense en círculo
- 2) En cada grupo, cada participante tendrá la oportunidad de compartir sus rutinas de la mañana antes de asistir al centro de día. Puede incluir actividades, emociones, interacciones con otras personas, etc.
- 3) Después de que todos los miembros del grupo hayan compartido su rutina, discutan en conjunto y elijan una de ellas para representarla en una pequeña obra de teatro. Tengan en cuenta la relevancia, el interés y el potencial dramático de la rutina elegida.
- 4) Una vez hayan seleccionado la rutina, comiencen a pensar en cómo pueden interpretarla teatralmente. Pueden considerar el diálogo, las acciones físicas, los gestos y la puesta en escena para representarla de manera efectiva.
- 5) Practiquen los diálogos y las escenas en el grupo.
- 6) Cuando todos los grupos hayan preparado sus obras, cada grupo deberá presentar su interpretación al frente de los demás participantes.
- 7) Después de cada presentación, el público deberá ponerle un título a la obra, basándose en su impresión y en lo que percibieron durante la actuación.
- 8) Al final de todas las presentaciones, tómense un tiempo para discutir y reflexionar sobre las diferentes interpretaciones y los títulos sugeridos, compartiendo opiniones y experiencias.

S demostró una notable evolución en su desempeño y participación. Al principio, le costó acercarse un grupo, necesito de la ayuda de una de las orientadoras de sala para que preguntara a uno de los grupos si S podía unirse; finalmente se unió a tres compañeros.

Cuando se le solicitó que compartiera su rutina de la mañana, pudo relatar detalladamente su experiencia. Menciono que su padre la despertó temprano y que el desayuno estaba listo. Luego, se lavó la cara y se cambió la ropa. El transporte la busco a la misma hora de siempre, salió afuera y sintió mucho frío. Aunque sentía mucho sueño, manifestó su entusiasmo aquella mañana por llegar al centro y ver sus amigos. Al llegar, fue recibida por J, quien la saludó con una sonrisa.

Durante la discusión en grupo sobre cual rutina representar teatralmente, la paciente expresó su desacuerdo con la elección de una de las rutinas presentadas por un compañero. Voto a favor de la rutina que finalmente se interpretó en la pequeña obra teatral.

La rutina seleccionada para ser interpretada en la obra teatral fue la siguiente: Esa mañana el paciente se despertó con mucho sueño. Mientras se duchaba, su madre le gritaba que se estaba haciendo tarde. Después, tomaron un café juntos y el paciente tuvo dificultades para vestirse debido al cansancio. El transporte paso más tarde de lo habitual, y durante el trayecto al centro de día, todos los compañeros escucharon música y llegaron al centro con mucha energía.

En la representación teatral, la paciente asumió el papel de la madre, quien despertaba y gritaba al hijo en la casa. Su actuación capturo los momentos de tensión, aunque hubo que solicitarle que eleve su voz porque se escuchaba muy poco lo que decía. S actuó sin mayores dificultades, pudiendo seguir el dialogo y los movimientos practicados anteriormente.

La paciente mostro interés y atención al observar las obras interpretadas por sus compañeros. Participó activamente al sugerir posibles títulos para las representaciones y opinión sobre las propuestas de sus compañeros. Al finalizar la actividad, expreso su entusiasmo y disfrute durante la actividad, manifestando su deseo de repetir la experiencia en otra ocasión.

Para la evaluación de la asertividad en la paciente se consideraron loa mismos criterios globales que en el caso E: capacidad de solicitar ayuda y cooperación, expresión abierta de emociones, expresión de preferencias y toma de decisiones, comunicación asertiva, aceptación de elogios y reconocimiento, capacidad de compartir opiniones.

Puede observarse que S presento algunas dificultades al momento de unirse a un grupo para realizar la actividad. No obstante, dicha dificultad no impidió que la concurrente participara del taller. Cuando la profesora se acercó a brindarle ayuda, S fue capaz de aceptar su colaboración y expresar cual estaba siendo su problema (sentía incomodidad al pedir a sis compañeros que la sumaran a un grupo). Una vez que se unió a un grupo, pudo compartir su rutina sin mayores dificultades.

La paciente manifestó su desacuerdo cuando el grupo eligió interpretar una de las rutinas presentadas por otro compañero. La capacidad de expresar su opinión y disentir demuestra su habilidad para defender sus puntos de vista y respetar su propia perspectiva. Por otro lado, la paciente voto a favor de la rutina que finalmente se interpretó en la obra teatral.

Su participación activa y su contribución en la toma de decisiones reflejan su capacidad para involucrarse en el proceso grupal, expresar sus preferencias y ser parte de la toma de decisiones colectivas.

Durante la representación de la obra frente a sus compañeros, pudo comunicarse y expresar emociones de manera clara. Si bien queda pendiente trabajar sobre el volumen de voz, S enfrentó el escenario y actuó con soltura. Asimismo, observó las obras interpretadas por sus compañeros y participó activamente en la creación de posibles títulos para las obras. Estas acciones demuestran su capacidad para involucrarse en las interacciones grupales, compartir ideas y expresar opiniones de manera respetuosa.

Al finalizar la actividad, la paciente expresó su disfrute por la actuación y manifestó su deseo de repetir la experiencia en otra ocasión. La expresión emocional positiva indica su habilidad para reconocer y comunicar sus sentimientos, así como su disposición a participar en actividades que le brinden satisfacción personal. Asimismo, fue capaz de aceptar elogios y reconocimiento por parte de sus compañeros de manera asertiva.

Para la evaluación de las habilidades conversacionales de S se tomara, nuevamente, la capacidad de participar activamente en las conversaciones; expresión de preferencias; escucha atenta; tomar turnos de habla; ofrecer retroalimentación constructiva.

Durante la actividad, la concurrente participo de manera activa en las conversaciones grupales. Expreso sus opiniones, compartió su perspectiva y contribuyo con ideas, mostrando su capacidad para involucrarse y participar en interacciones verbales. Asimismo, demostró habilidades de escucha al observar las obras interpretadas por sus compañeros. Su capacidad para prestar atención y mostrar interés indica su disposición a la escucha y la puesta en valor de las contribuciones de los demás en un contexto conversacional.

Por otro lado, S logro expresar sus diálogos sin mayores dificultades. Si bien se trataba de una interpretación, se destaca la capacidad de asumir un papel ajeno y comunicar pensamientos y emociones de manera clara y comprensible. La concurrente participo en la creación de posibles títulos para las obras y opino sobre las propuestas de sus compañeros de manera respetuosa. La consideración y respeto hacia las ideas y opiniones de los demás refuerza su habilidad para mantener una conversación respetuosa y equilibrada.

Un punto importante a destacar en la situación presentada es la adaptabilidad de S en la comunicación. La paciente pudo adaptarse a diferentes situaciones de conversación,

entablar un diálogo informal con sus compañeros, expresar sus emociones, interpretar un papel ajeno, expresar desacuerdo y opiniones. Esta adaptabilidad demuestra su habilidad para ajustar su comunicación según el contexto y las necesidades del grupo. Al finalizar la actividad, expreso su agrado y satisfacción hacia la tarea, demostrando su habilidad para transmitir y compartir emociones en una conversación. No se registran uso de preguntas.

La observación de las respuestas conductuales en las situaciones planteadas proporciona información valiosa sobre el nivel de competencia social de los concurrentes. Como se ha mencionado, a diferencia con el apartado anterior, se realizaron apreciaciones globales y subjetivas sobre el desempeño de los concurrentes. Para ello se definieron criterios distintos a los componentes conductuales antes expuestos. Esta evaluación contribuye a una comprensión más completa del progreso de los sujetos, utilizando criterios adicionales para la evaluación de las HHSS. Se registran avances tanto en la asertividad como en las habilidades conversacionales, lo cual respalda los resultados obtenidos mediante las estimaciones objetivas de la ejecución del cliente durante muestras de interacciones en el contexto de entrenamiento.

Observación directa de la conducta social del cliente en su ambiente natural.

En el presente apartado se pretende examinar la efectividad del tratamiento en pacientes con diagnóstico de psicosis mediante la observación de su conducta social en un entorno habitual. En particular, se busca evaluar la presencia o ausencia de ciertos componentes conductuales relacionados con la habilidad conversacional y la asertividad.

Se seleccionó los desayunos a mitad de mañana como momento oportuno para llevar a cabo la observación. Esta actividad brindaba oportunidad para practicar las habilidades sociales en un ambiente más relajado e informal. Los concurrentes tenían que interactuar con sus pares, tomar decisiones conjuntas, compartir y pedir comida, colaborar con la limpieza de las tazas y preparación de la mesa.

La jornada comenzaba a las nueve de la mañana y se extendía hasta la una del mediodía. Durante este tiempo, se llevaban a cabo dos talleres, dividiendo al grupo en dos para que todos pudieran participar en ambos, en diferentes momentos. Después de la finalización de los primeros talleres, aproximadamente a las once de la mañana, daba inicio la hora del desayuno. Cada concurrente llevaba consigo algo para comer, mientras que en el centro se preparaba mate cocido y se disponían las tazas y sillas en la mesa del patio. La

colaboración era un elemento fundamental, generalmente eran las mismas personas las encargadas de preparar el mate cocido y poner el agua a calentar, mientras el resto colaboraba en las demás tareas.

Una vez todos dispuestos en ronda, una de las orientadoras de sala se encargaba de servir el mate a los concurrentes, iniciando así el desayuno. Este momento se convertía en un espacio propicio para el intercambio, la interacción social y la estimulación cognitiva. Como se viene haciendo, se tomaran a modo de ejemplo el desempeño de E y S durante la hora del desayuno. Para ello, se expondrán registros textuales que se fueron haciendo a lo largo del año. El análisis posterior de los registros permite ubicar las expresiones de ambos concurrentes dentro de los componentes conductuales de la asertividad y las habilidades conversacionales propuestos por Kelly (2002). Habiendo medido los componentes no verbales en apartados anteriores, se procederá a exponer únicamente componentes verbales registrados en el momento del desayuno.

Componentes conductuales	Expresiones caso E	Expresiones caso S
Desacuerdo Verbal	Un compañero juzga su desempeño en un juego grupal: “No me digas mas eso porque me pongo muy nervioso y no se me pasa” (Registro 22/06/2022).	Ante una propuesta de juego de dados: “Juego un rato con vos a esto pero prefiero dibujar” (Registro 21/10/2022)
Petición de cambio de conducta o propuesta de solución	A un compañero que le quitaba la comida de la merienda con frecuencia: “te puedo compartir, pero no te voy a dar todo porque después quedo con hambre todo el día, no me vuelvas a sacar la comida... por favor” (Registro 21/09/2022).	Durante el desayuno, dirigiéndose a un compañero: “No hables mientras estoy hablando porfa” (Registro 16/11/2022).

Expresión de elogio/aprecio	Dirigiéndose a un compañero que se iba de viaje por dos semanas: “¿te vas de viaje? Te voy a extrañar mucho” (Registro 15/07/2022)	Dirigiéndose a la psicóloga: “me gusta la camiseta que trajiste ayer, la que tiene una flor” (Registro 29/07/2022)
Expresión de sentimientos personales	Durante una conversación en la hora del desayuno: “Me gusta cuando mi papa me lleva a la cancha” (Registro 08/06/2022).	Ante el cuestionamiento de una tallerista por la falta de participación de S en el taller: “estoy triste, no quiero hablar, se perdió mi perra” (Registro 18/08/2022)
Conducta positiva reciproca	En retribución de un regalo que le hizo un compañero: “Te traje estas galletas, gracias por el cuadro” (Registro 26/10/2022)	Frente a la colaboración de una compañera en el taller de arte: “Gracias por ayudarme en el dibujo, la próxima semana cuando nos enseñen a hacer budines los hago con vos” (Registro 07/10/2022)
Uso de preguntas	Durante la hora del desayuno: “¿te gusta el futbol? ¿De qué cuadro de futbol sos?” (Registro 01/06/2022)	Durante la hora del desayuno: “¿en tu casa cocinas vos?” (Registro 17/06/2022)
Comentarios autorreveladores	Durante la hora del desayuno, dirigiéndose a la psicóloga: “A la noche me acuerdo de cosas que me asustan, pero no las entiendo bien” (Registro 04/11/2022)	Durante la hora del desayuno, dirigiéndose a un compañero: “Cuando estoy haciendo cerámica estoy contenta porque no pienso en nada” (Registro 28/10/2022)

Como respuesta al objetivo de describir y analizar las Habilidades de asertividad y las habilidades conversacionales, podría inferirse que las distintas estrategias utilizadas y descritas, estarían siendo efectivas. Se observa en los concurrentes analizados cambios cualitativos, en relación a los componentes de la habilidad asertividad y de habilidades conversacionales. La práctica y la exposición a diferentes situaciones podrían haber contribuido a que los concurrentes puedan expresar sus pensamientos y emociones de manera más efectiva, establecer vínculos significativos con los demás y desenvolverse de manera más segura en sus interacciones cotidianas.

9. CONCLUSIÓN

Se ha hecho mención del carácter dinámico de la psicología, y, particularmente, de la psicología clínica. La variabilidad de enfoques y técnicas responden al devenir de los hechos, en permanente contacto con las vivencias de los sujetos en su contexto. Una óptima intervención es aquella que se adapta a las necesidades cambiantes del momento. Las demandas terapéuticas y las expectativas de tratamiento han cambiado considerablemente en los últimos años.

El objeto de la psicología clínica supera al de la patología mental, las nuevas perspectivas y enfoques sugieren la necesidad de abordar el trastorno de manera holística, sin reducir el padecimiento y el tratamiento al síntoma. La integración social de personas con discapacidad en general y trastornos mentales en particular es un objetivo ampliamente aceptado tanto en políticas públicas como privadas. Reconociendo que la curación no se limita únicamente a la desaparición o reducción de síntomas, ni a evitar recaídas, es preciso destacar la necesidad de búsqueda de niveles de autonomía en línea con el diagnóstico, el entorno y las capacidades individuales.

Para ello, es preciso adoptar una mirada crítica sobre los criterios normativos y reconocer capacidades, aunque no similares, en todos los sujetos. La pluralidad de funcionalidades hace posible pensar en la integración de sujetos con padecimiento mental a la sociedad. Una sociedad discapacitante es aquella que obstaculiza la adaptación del sujeto al entorno.

Se ha visto que las HHSS se definen como un conjunto de hábitos, y, por tanto, son susceptibles de entrenamiento. Continuar el desarrollo de las HHSS implica reconocer que estas no son estáticas sino que se encuentran en constante evolución y aprendizaje. Es fundamental brindar el espacio y las oportunidades necesarias para que los sujetos con padecimiento mental puedan desarrollar y fortalecer sus HHSS de manera efectiva. El entorno tiene un papel crucial en este proceso y es por ello que se justifica el EHS. Se cree firmemente en la posibilidad de lograr mejoras en el desempeño de sujetos con psicosis si se realizan intervenciones adecuadas y pertinentes al EHS.

Se destaca la función del centro de día como dispositivo terapéutico que desplaza la exclusión y encierro del hospital monovalente. Se entrelaza la perspectiva clínica desarrollada en tiempos limitados, con una dinámica más activa que involucra a la familia y al entorno social del paciente. Se proporciona un ambiente propicio para que el concurrente trascienda su

diagnóstico, que, si bien es tomado en cuenta en la práctica diaria, no define su totalidad. El paciente se convierte en un miembro activo y partícipe del proceso, mientras que el centro acoge y acompaña el proceso de desarrollo y crecimiento. El EHS requiere de la participación activa del sujeto, ya que implica la puesta en práctica de respuestas efectivas ante situaciones cotidianas, muchas de ellas problemáticas. En este enfoque, el concurrente se involucra directamente en su tratamiento, dejando de ser un receptor pasivo de las interpretaciones del terapeuta.

A lo largo del desarrollo del trabajo, se ha considerado la suposición de que la falta de exposición a situaciones sociales y la ausencia de entrenamiento de HHSS en sujetos con diagnóstico de psicosis podrían ser factores determinantes en su bajo desempeño en las interacciones sociales. Según Kelly (2002), la falta de adquisición de ciertas HHSS debido a la prolongada institucionalización y la escasa práctica debido a la limitada exposición pueden resultar en el fracaso de manifestar HHSS en ciertas situaciones. Además, el escaso refuerzo proveniente del ambiente también puede afectar. En este contexto, el objetivo ha sido evaluar si las intervenciones institucionales, diseñadas, entre otras cosas, para entrenar ciertas HHSS, generan un cambio positivo en el desempeño de los concurrentes.

Una vez que el sujeto ha incorporado ciertas HHSS en un entorno protegido y estructurado, tendría la capacidad de aplicarlas en situaciones del entorno natural que antes le resultaban problemáticas. El refuerzo proveniente de las interacciones sociales permitiría mantener las HS adquiridas y facilitar la adquisición de nuevas habilidades.

El presente trabajo ha abordado de manera integral la evaluación del desempeño en asertividad y habilidades conversacionales de dos concurrentes con diagnóstico de psicosis en un centro de día de la ciudad de Córdoba. A través de la revisión de legajos, registros de profesionales que tomaron las entrevistas de admisión, y la administración de entrevistas semidirigidas a dichos profesionales, se ha logrado describir en detalle las capacidades y limitaciones de los concurrentes en estas dos áreas fundamentales al momento de ingresar al centro de día.

El análisis minucioso de las HHSS evaluadas ha permitido observar un patrón consistente de baja asertividad y habilidades conversacionales en los casos E y S. Ambos sujetos presentaban limitaciones tanto en la conducta verbal y no verbal. En cuanto a la no verbal, los concurrentes demostraron contacto visual deficiente, uso de gestos limitado y

afecto rígido. En relación a la conducta verbal, presentaron deficiencias en la expresión emocional, escasos comentarios de elogio en la comunicación, poco uso de frases autorreveladoras y preguntas conversacionales, y desacuerdo verbal ausente.

Seguidamente, se realizó un análisis y descripción detallada de las intervenciones profesionales del centro de día. Los talleres de arte, música, teatro y cocina, han sido espacios terapéuticos valiosos para el entrenamiento de diversos componentes conductuales de la asertividad y las habilidades conversacionales. Aunque no se haya implementado un enfoque explícito de EHS, los talleres han contribuido significativamente al desarrollo y potenciación de estas habilidades en los concurrentes.

Cada taller ha abordado aspectos específicos de la asertividad y habilidades conversacionales, tales como la expresión de sentimientos personales, elogios, preguntas y el manejo constructivo del desacuerdo verbal. Los entornos seguros y estructurados de los talleres han permitido a los concurrentes practicar nuevas habilidades, recibir retroalimentación constructiva y explorar diferentes formas de comunicación.

Además de los talleres, la dinámica grupal al comienzo de cada jornada ha sido fundamental para fomentar la comunicación y la expresión personal de los concurrentes. A través de preguntas orientadas y guiadas por parte de los profesionales, se ha creado un ambiente propicio para que los concurrentes se expresen de manera auténtica y mejoren sus habilidades de comunicación interpersonal.

Como último objetivo, se realizó una evaluación y análisis del desempeño de los concurrentes en las áreas de interés. A los fines de aumentar la validez de los resultados, se consideraron tres medidas para su evaluación; en la primera de ellas se realizó una réplica de la entrevista de admisión y se evaluaron los mismos componentes conductuales. Los métodos utilizados fueron similares, así como también el espacio y la duración. En la segunda medida se tomó en cuenta el desempeño de los concurrentes en actividades grupales. Por último, se evaluó la conducta social de los sujetos en un entorno habitual, relajado e informal (la hora de recreo).

Los talleres de arte, música, teatro y cocina, junto con la dinámica grupal implementada y los tiempos recreativos, han sido efectivos en el desarrollo de las HHSS de los concurrentes. Los resultados de la evaluación respaldan la hipótesis de que estas actividades proporcionan oportunidades valiosas para practicar y fortalecer la asertividad y las

habilidades conversacionales en un entorno seguro y estructurado. Los avances observados en E y S son indicativos del éxito del enfoque terapéutico implementado y resaltan la importancia de considerar el desarrollo de las HHSS en la intervención con personas con diagnóstico de psicosis.

En definitiva, los hallazgos del presente trabajo reafirman la importancia de un enfoque psicosocial en el tratamiento de personas con diagnóstico de psicosis. La inclusión de intervenciones centradas en el desarrollo de HHSS y la adaptación al entorno, junto con el tratamiento farmacológico adecuado, constituye un camino prometedor hacia una mayor integración social y una mejor calidad de vida para los sujetos.

Los resultados expuestos pueden servir como base para futuras investigaciones y para diseñar estrategias terapéuticas que promuevan una comunicación más efectiva y una mayor competencia social en este grupo de pacientes. En base a los datos obtenidos, se sugiere para futuras investigaciones determinar el impacto y la adherencia de las HHSS adquiridas y/o ejercitadas en el Centro de Día, fuera del ámbito institucional.

10. REFERENCIAS

- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI.
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2016). *Código de Ética*. Recuperado de http://www.legislaud.gov.ar/pdf/cba_psico.pdf
- Cuevas Yust, C. (2003). *Esquizofrenia, habilidades sociales y funcionamiento social* [Tesis doctoral, Universidad de Sevilla]. Producción Académica. Recuperado de <https://idus.us.es/handle/11441/15510>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- Escobedo, P. S. (2008). *Psicología clínica*. Editorial El Manual Moderno.
- Ey, H. (1978). *Tratado de psiquiatría*. Editorial Elsevier Masson.
- Fuster, A. B., y Olabarría González, M. B. (1993). El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, 4(2), 181.
- Gil, F., y León Rubio, J. (2011). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. Síntesis.
- Guber, R. (2001). La observación participante. En *La etnografía: método, campo y reflexividad*. (1era Ed. 51 -68). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Kelly, J. (2002). *Entrenamiento en habilidades sociales (7ª ed.)*. Editorial Desclee de Brouwer.
- Lagache, D. (1982). *Psicología clínica y método clínico*. [Ficha de cátedra de la materia “Psicología Clínica” de la Universidad Católica de Córdoba, 2018.]
- Lemos Giráldez, S., Vallina Fernández, O., Fernández Iglesias, P., Fonseca Pedrero, E., y Paino, M. (2010). Bases clínicas para un nuevo modelo de atención a las psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 299-318.
- Ley 23. 277. *Ejercicio Profesional de la Psicología*. (15 de noviembre de 1985). Boletín oficial N° 25.806.
- Ley N°26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. (3 de diciembre de 2010). Recuperado de <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>
- Lindsay, G. (2009). Ética profesional y psicología. *Papeles del psicólogo*, 30(3), 184-194.

- Luque Parra, D. J. (2014). *Trastornos del desarrollo, discapacidad y necesidades educativas especiales*. Elementos psicoeducativos.
- Ochando, F. S. (2002). Aportaciones del entrenamiento en habilidades sociales al tratamiento de la Esquizofrenia. *InformacióPsicològica*, (79), 14-21.
- Pereira, J. R. (2010). Habilidades sociales y enfermedad mental. *Avances en Psicología*, 18(1), 59-76.
- Rocca Villanueva, E. (2018). *Como mejorar tus habilidades sociales*. Titivillus.
- Toboso-Martín, M., y Guzmán Castillo, F. (2009). *Diversidad funcional: hacia la deconstrucción del cuerpo funcionalmente normativo*. Recuperado de <https://digital.csic.es/handle/10261/23424>

