

Intervenciones y técnicas para el entrenamiento de habilidades sociales en esquizofrenia en un taller autogestivo de General Roca

Estudiante: Martinez, Verónica Alejandra

Legajo: 23034

Director/es: Reale Agostina

Tutora: Natalia Di Génova

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

2023

Dedicatoria

A mi queridísimo hermano Walter que mira desde el cielo por ser la persona que me inspiró para elegir el tema de investigación.

Agradecimientos

A mi pareja por motivarme para que estudie esta hermosa carrera y por hacer todo lo posible para que pueda llegar hasta acá y a mis hijos por haber tenido paciencia y comprender algunos momentos que no estuve para ellos. A mis mascotas porque siempre estuvieron ahí. Gracias.

A mi mamá por incentivarne. Gracias.

A mis suegros por acompañarme y cuidar todas las veces que fue necesario a mi hijo. Gracias.

A mis amigos y amigas por acompañarme en el proceso y darme apoyo. Gracias.

A los diferentes profesionales que me aportaron sus conocimientos y me brindaron su apoyo. A cada uno gracias.

A mi tutora, por estar disponible ante cualquier duda y brindarme su cariño y motivación. Gracias.

A todos los compañeros y compañeras del taller por abrirme sus corazones y dejarme compartir con ellos. Gracias.

A las talleristas, por estar a disposición para cualquier interrogante y su paciencia. Gracias.

A mí, por ser persistente y saber en el fondo de mi corazón que podía lograrlo gracias.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	6
2. DEFINICION DEL PROBLEMA	7
2.1 Objetivo General	8
2.2 Objetivos específicos	8
2.3 Justificación	8
3. ESTADO DEL ARTE.....	10
4. MARCO TEORICO.....	17
4.1 Esquizofrenia	17
4.1.1 Definición y criterios diagnósticos.....	17
4.1.2 Signos y síntomas positivos y negativos	19
4.1.3 Causas	20
4.1.4 Desarrollo, curso y prevalencia de la esquizofrenia.....	24
4.1.5 Tratamiento farmacológico y no farmacológico	24
4.2 Habilidades sociales.....	28
4.2.1 Aspectos molares y moleculares de las HHSS.....	29
4.2.2 Déficit de las habilidades sociales en la esquizofrenia.....	31
4.2.3 Entrenamiento en HHSS	32
4.2.4 Principios básicos y técnicas en el entrenamiento de las HHSS	32
5.MÉTODO.....	36
5.1 Diseño	36
5.2 Alcance.....	36
5.3 Participantes	36
5.4 Muestreo.....	37
5.5 Instrumento	37
5.6 Procedimiento	37
5.7 Constancia de Consentimiento Informado	38
6. RESULTADOS.....	38
6.1 Iniciar y mantener conversación	40
6.2 Hablar en público	41
6.3 Defensa de los propios derechos	42
6.4 Pedir favores	42
6.5 Rechazar peticiones.....	43

6.6 Hacer y aceptar cumplidos	44
6.7 Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.....	45
6.8 Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.....	46
6.9 Disculpase.....	47
6.10 de cambios en la conducta del otro	48
6.11 Afrontamiento de críticas	49
6.12 Habilidades moleculares	49
6.12.1 Componentes moleculares no verbales	50
6.12.2 Componentes moleculares verbales	50
7. DISCUSION	51
8.APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
9.LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
10. PROPUESTA DE INTERVENCION	54
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
12. ANEXOS	64
11.1 Anexo A: Entrevista semiestructurada de evaluación de HHSS y técnicas de intervenciones	64
11.2 Anexo B Consentimiento informado	70

1. RESUMEN

En la presente investigación se describen las intervenciones y técnicas que se llevan a cabo en el entrenamiento de habilidades sociales en personas con esquizofrenia que asisten a un taller autogestivo de General Roca. Los objetivos fueron indagar sobre las habilidades sociales, a nivel molar y molecular, que se buscó desarrollar en el taller y describir las intervenciones y técnicas utilizadas en tales instancias. Por ello, se realizó una investigación cualitativa con alcance descriptivo de corte transversal. La muestra se conformó por las dos talleristas del espacio, mujeres de 32 y 39, nativas de General Roca. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada. Como resultado se muestra las técnicas utilizadas en el taller las cuales son instrucción, modelado, ensayo conductual procedimientos cognitivos feedback y reforzamiento y ejercicios de relajación las cuales se abordan con intervenciones de dos clases, centrales aprendizajes referidos a temas espontáneos o específicos que tenían una planificación previa. Transversales aprendizajes que se llevan a cabo durante todo el taller.

Palabras claves: Habilidades Sociales-Intervenciones transversales y centrales -técnicas- instrucciones-modelado - feedback y reforzamiento - ensayo conductual, procedimientos cognitivos- ejercicios de relajación. -esquizofrenia.

2. DEFINICION DEL PROBLEMA

La esquizofrenia es una patología seria y persistente que se ha investigado incesantemente durante toda la historia. Debido a las características propias de la enfermedad, conlleva diversas dificultades ligadas a alteraciones en el pensamiento, conciencia, relaciones sociales, entre otras. Esta desconfiguración en la integridad del funcionamiento provoca un deterioro en la integración social del individuo (Espinoza y Sosa, 2015; Ojeda Del Pozo, 2009).

La persona con esquizofrenia comienza a padecer un desmejoramiento en las capacidades cognitivas, emocionales y vinculares: producto de varios síntomas y generando un deterioro significativo en las habilidades sociales molares. Esto se evidencia en cuestiones como dificultad en poder ejercer sus derechos, evitar situaciones conflictivas o donde puedan ser criticados, carencia para demostrar sentimientos, iniciar y mantener conversaciones; por ende, les resulta difícil mantener relaciones interpersonales. Respecto a los elementos moleculares de la conducta no verbal de las habilidades sociales, estas personas se caracterizan por evadir el contacto ocular en ambientes sociales, sumado a una cierta rigidez corporal y mantener una distancia más amplia que se suele presentar entre personas que se están comunicando. Además, se identifica que en lo cognitivo la atención de estos individuos está enfocada en su interior y sólo selectivamente en el exterior; lo cual causa dificultades, por ejemplo, en percibir las conductas no verbales de la persona que le habla (Bellack et al., 2004).

Por lo detallado anteriormente, resulta fundamental la búsqueda de formas de poder complementar el tratamiento farmacológico con otros tipos de abordaje terapéutico. En este sentido, se han realizado muchas investigaciones y programas de intervención abocados al entrenamiento de habilidades sociales, con el objetivo de potenciar los recursos de afrontamiento y la red de apoyo social, con el propósito de mermar o eliminar los estresores ambientales (Lira, 2009).

Esta es la causa, por la que en la presente investigación resulta relevante investigar sobre el entrenamiento en habilidades sociales en personas con esquizofrenia. Para ello, se hace un

recorrido del trabajo realizado profundizando los aspectos de las habilidades y las maneras de abordarlas que permitan ser internalizadas mediante intervenciones de las talleristas con la aplicación de diferentes tipos de técnicas.

A partir de lo planteado, surge el siguiente interrogante.

Preguntas de investigación

¿Qué intervenciones y técnicas para el entrenamiento en habilidades sociales se llevan a cabo en un taller autogestivo de la ciudad de General Roca en el año 2023 para las personas con esquizofrenia?

2.1 Objetivo General

Describir las intervenciones y técnicas llevadas a cabo en el taller tendientes al entrenamiento de las habilidades sociales de personas con esquizofrenia que asisten al taller, que tienen entre 30 y 55 años y son nativas de General Roca.

2.2 Objetivos específicos

Indagar las habilidades sociales molares que se buscó desarrollar en el taller.

Indagar las habilidades sociales moleculares que se buscó desarrollar en el taller

2.3 Justificación

Se han comprobado que los tratamientos psicofarmacológicos resultan insuficientes para atenuar algunos de los síntomas de la esquizofrenia sobre todo los negativos como la falta de motivación, disminución en la capacidad de expresar emociones, el aislamiento social y falta de voluntad, generando un aumento de estrés y promoviendo recaídas. Perjudicando la vida social y personal de la persona (Santolaya Ochando, 2002).

Por ello, uno de los motivos de interés para la realización del presente estudio radica en visibilizar nuevas formas para complementar el tratamiento farmacológico con programas de intervención psicosocial abocados al entrenamiento de habilidades sociales, basada en el aprendizaje y dirigida a mejorar el funcionamiento personal, reducir el estrés y las dificultades en situaciones sociales.

Otro motivo es poder contribuir para diseñar y enriquecer programas de entrenamiento en habilidades sociales, sabiendo que hay una diversidad de intervenciones que se pueden llevar a cabo para diferentes contextos, independientemente de cuál sea, todas aportan beneficios a la persona con esquizofrenia y ayudan hacer frente a su enfermedad y a alcanzar niveles de funcionamiento más satisfactorios.

Es por ello que las intervenciones y técnicas llevadas a cabo en el taller son pensadas para proporcionar toda la información que necesita la persona ya sea en relación a la enfermedad o favorecer la adquisición o recuperación de competencias con el aprendizaje de habilidades sociales.

3. ESTADO DEL ARTE

Con la finalidad de contextualizar la investigación en su estado más avanzado del conocimiento sobre las técnicas e intervenciones para el desarrollo de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia, se construye el estado de arte con la selección de ocho antecedentes documentados. En estos estudios antecedentes se abordan tratamientos no farmacológicos que implican intervenciones tanto psicológicas como psicosociales desde distintas disciplinas. Estos trabajos son estudios de grado académico y artículos de revistas científicas, cinco fueron realizados en países latinoamericanos, dos del continente europeo y uno desarrollado en Asia.

Los mismos han sido escogidos considerando que permiten realizar un sondeo descriptivo, analítico y sinóptico de los avances, metodologías y tendencias en intervenciones para el entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. Por ello también es que para reconocer el estado actual de la temática en la selección de antecedentes se consideraron publicaciones dentro de los últimos cinco años.

De esta manera, los antecedentes dan sustento a la propuesta del presente trabajo y se comparte su análisis a continuación.

Martinez Toapanta (2018) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la efectividad de aplicar un programa con técnicas creativas en el entrenamiento de habilidades sociales como medio de rehabilitación para la adquisición y mejoramiento de la competencia social en personas con esquizofrenia. La muestra estuvo conformada por 16 pacientes que presentaban diagnóstico de esquizofrenia residual en el Hospital Especializado Julio Endara, Quito, Ecuador. En los pacientes, 8 mujeres y 8 hombres, con edad de 40 años en adelante, se realizó una evaluación inicial y final para medir el grado de competencia social mediante el cuestionario de habilidades sociales de Óscar López Regalado. La intervención consistió en un programa de técnicas creativas, como la fotografía, para trabajar algunas habilidades; por ejemplo, iniciar y mantener conversaciones, la retroalimentación por fichas, enfrentarse al enfado o expresar afecto, y la técnica de role playing para fortalecer actitudes de colaboración que existen en el grupo y defender los propios derechos. En los resultados se observó un incremento significativo en el grado de competencia social, determinando así la efectividad del programa implementado para el desarrollo de habilidades sociales y para un mejor desenvolvimiento del sujeto en las diversas áreas de desempeño ocupacional. Las habilidades sociales que denotaron mayor mejoría tras la aplicación del programa de técnicas creativas fueron las de planificación, que incluyeron, la toma de

decisiones, resolver los problemas según su importancia, afrontar dificultades presentadas en su vida diaria, entre otras. Por otro lado, las habilidades alternativas a la agresión, tales como el autocontrol, negociar, defender los propios derechos y evitar problemas con los demás, se vieron incrementadas en menor medida debido a que son habilidades complejas. Finalmente, se encontró mayor eficacia del programa en el género femenino en comparación con el género masculino.

Budi A. Keliat et al (2022) llevaron a cabo una investigación en la cual aplicaron un modelo comunitario de enfermería de salud mental (CMHN) utilizando una intervención de atención estándar de enfermería y terapia cognitiva conductual en habilidades para la vida y productividad laboral para la población adulta con esquizofrenia. Se realizó un estudio experimental en el centro de salud comunitario en Cipayung, Yakart. La muestra estuvo conformada por 193 participantes que fueron asignados al azar al grupo de intervención o al grupo de control. La intervención en el grupo experimental consistió en una terapia cognitiva conductual de cuatro meses que fue implementada por 33 enfermeros psiquiátricos comunitarios para mejorar las habilidades para la vida y la productividad laboral de las personas con esquizofrenia. Las intervenciones duraron 12 semanas en los dos grupos. Para el grupo de intervención, en las primeras cuatro semanas, las enfermeras psiquiátricas comunitarias utilizaron un módulo básico sobre educación y aprendizaje para el propio comportamiento cognitivo y conductual. En las siguientes cuatro semanas, se incorporó el módulo intermedio del curso donde se les enseñó cómo manejar sus propias cogniciones automáticas negativas y el pensamiento positivo en su vida diaria, educando de esta manera la práctica del manejo de conflictos mediante el desarrollo de habilidades interpersonales. En las últimas cuatro semanas, las personas con esquizofrenia recibieron capacitación en habilidades para aumentar la capacidad de cuidar de sí mismos y aumentar autonomía e independencia en lo cotidiano. La progresiva incorporación de habilidades trabajadas que fueron siendo cohesionadas semana tras semana promovieron el funcionamiento social. En el grupo de control los participantes recibieron atención estándar de enfermeras psiquiátricas que consistía en educación sanitaria y seguimiento de medicamentos desde el centro de salud pública. Los instrumentos utilizados para evaluar la intervención fueron la versión indonesia del cuestionario de perfil de habilidades para la vida (LSP) y la escala de productividad laboral y deterioro de la actividad (WPAI). Los resultados reflejan que hubo una diferencia significativa en las evaluaciones en el LSP antes y después de la implementación en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. Los resultados también muestran que en el grupo de intervención hubo una diferencia significativa de WPAI antes y después de la implementación. Los autores concluyen que los modelos CMHN que utilizan intervenciones básicas de enfermería

que incluyan terapia cognitiva conductual en salud mental comunitaria son efectivos para mejorar las habilidades para la vida y la productividad laboral de las personas con esquizofrenia en Indonesia. La mejora de las habilidades para la vida y la productividad laboral podría fortalecer la capacidad de vivir en la comunidad en este tipo de pacientes.

Buñay (2019) en su trabajo de tesis de grado realiza un estudio con pacientes con esquizofrenia para determinar la eficacia del entrenamiento de habilidades sociales para un mejor desempeño de roles en pacientes con esquizofrenia. Cada persona, se desenvuelve dentro de la sociedad en distintos roles a lo largo de su vida, por ejemplo, estudiante, trabajador, voluntario, proveedor de cuidados, ama/o de casa, amigo/a, miembro de familia, miembro activo de un grupo religioso, entre otros. En este estudio la muestra estuvo conformada por 17 personas aptas para la mejoría del desempeño de roles mediante las técnicas de entrenamiento como modelado, ensayo conductual, reforzamiento, para nombrar algunas, realizadas por el área de terapia ocupacional. Antes y después de la intervención con las actividades terapéuticas del entrenamiento se aplicó el test estandarizado de Óscar López Regalado para evaluar el nivel de desarrollo de las habilidades sociales de los pacientes, tales como iniciar y mantener conversaciones, hacer cumplidos, pedir ayuda, disculparse, enfrentarse al enfado del otro, dar las gracias, formular preguntas, comprender los sentimientos propios y el de los demás entre otras. Como resultado se han obtenido resultados favorables en las HHSS se manifiesta la optimización de las habilidades relacionadas con los sentimientos y en el desempeño de roles se ha mejorado el rol de ama/o de casa puesto que está relacionado directamente con su entorno.

Vidal et al (2019) en su artículo evaluó la efectividad de la Terapia Familiar Conductual (FBT) respecto de los cuidados habituales, en personas con esquizofrenia atendidas en un servicio de psiquiatría ambulatorio de un hospital público de Chile. La terapia mencionada está basada en la teoría del aprendizaje social y utiliza técnicas conductuales directivas y altamente estructuradas para el desarrollo, evaluación de habilidades, y deficiencias de cada miembro de la familia como: modelado, ensayo conductual, refuerzo entre otras. Se llevo a cabo un estudio cuantitativo, con diseño de ensayo clínico controlado (CTCT) aleatorizado y mediciones pre-post. Se estudiaron 54 personas con esquizofrenia entre ellos hombres y mujeres entre 18 a 64 años y sus cuidadores principales, asignados aleatoriamente a grupos experimentales y de control 27 en cada uno de ellos. La principal variable de resultado fue el funcionamiento social. Se utilizo un Cuestionario de antecedentes clínicos, psicosociales, familiares y sociodemográficos, elaborado por el investigador, que incluía los antecedentes de la persona con esquizofrenia y de su cuidador principal ,una Escala de Desempeño Personal y Social (PSP), para evaluar el funcionamiento

social, Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS), esta escala evalúa los síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia y la psicopatología general una muestra de habla de cinco minutos (FMSS), sirve para evaluar la emoción expresada en el cuidador principal y por último Prueba de Moresby-Green, se utilizó para evaluar la adherencia al tratamiento. Como resultados secundarios, se evaluaron los síntomas clínicos y la adherencia al tratamiento en personas con esquizofrenia. Se evaluó la emoción expresada en el cuidador principal. Las intervenciones que se llevaron cabo respetando forma y contenido de la terapia (FBT) sólo que para aumentar la viabilidad de la investigación a una frecuencia semanal y se desarrollaron doce sesiones distribuidas en cuatro fases: a) Psicoeducación: dos sesiones; b) Capacitación en comunicación: cuatro sesiones; c) Capacitación en resolución de problemas: cuatro sesiones; y d) Entrenamiento en habilidades sociales y condicionamiento operante: dos sesiones. La intervención tuvo una duración total de tres meses. Todas las sesiones tuvieron una duración de una hora y se realizaron en el domicilio de la persona con esquizofrenia, con la participación de ésta y de miembros del grupo familiar, incluido el cuidador principal. Fue aplicado por psicólogos y trabajadores sociales. Para asegurar el cumplimiento del protocolo en la aplicación de la terapia, se realizaron sesiones de entrenamiento y seguimiento por parte de dos psicólogos capacitados en la técnica y con experiencia clínica en el manejo de pacientes con trastornos mentales graves. Sin embargo, aunque se trata de una estrategia de intervención estructurada, tiene cierta flexibilidad que permite adaptarse al ritmo y necesidades de cada familia. Los resultados que se obtuvieron fue comprobar que la FBT fue eficaz para mejorar el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia y disminuir las emociones expresadas en el cuidador principal. . La implementación de FBT como intervención protocolizada, que complementa la atención habitual, ayuda a mejorar los resultados psicosociales en personas con esquizofrenia y sus cuidadores.

Valencia (2019) en su trabajo de tesis tuvo como objetivo determinar la influencia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018. Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo y diseño cuasi experimental. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes con esquizofrenia, de 18 a 50 años de edad, de los cuales 15 recibieron el programa (grupo experimental) y 15 no lo recibieron (grupo control). Inicialmente, se comparó el nivel de habilidades sociales pre y post test en el grupo experimental y en el grupo control, para ello se utilizó la escala psicométrica de Gismero. Seguidamente se dio inicio a la aplicación del programa de entrenamiento de habilidades adaptado al modelo del manual Flor Albuquerque. La intervención del entrenamiento tuvo como sustento el Enfoque Cognitivo-

Conductual el cual tuvo una duración de aproximadamente 3 meses. Fue coordinado por enfermeras especializadas y un técnico de enfermería., el programa constó de 10 sesiones, donde se trabajaron conductas verbales, no verbales (postura, caminar) iniciar y mantener conversaciones, dar y recibir halagos entre otras. A través de técnicas como instrucciones, modelado, juegos de roles, retroalimentación, ensayo conductual y generalizaciones importante mencionar que la aplicación del programa de habilidades sociales se llevó a cabo de forma paralela a la rehabilitación que vienen llevando estos pacientes en la unidad. Concluyendo el resultado que se obtuvo fue que el programa de entrenamiento de habilidades sociales influyó en la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia dado que, culminado el programa de entrenamiento, el nivel de habilidades mejoró en el grupo experimental pero en el grupo control se mantuvo el nivel asimismo, el nivel de las dimensiones “autoexpresión en situaciones sociales” “defensa de los propios derechos como consumidor” “expresión de enfado o disconformidad” “decir no y cortar interacciones” “hacer peticiones” “e “iniciar interacciones” mejoró sólo en el grupo experimental.

En el artículo, Cortez (2021) tiene como objetivo conocer la percepción de los usuarios, cuidadores y profesionales de la salud sobre la implementación, funcionamiento y satisfacción relacionada con su participación en los clubes de integración psicosocial (CIP) para personas con diagnóstico de esquizofrenia en dos distritos de Lima Norte. Los clubes son espacios de encuentro comunitario donde interactúan los usuarios y las personas que les son significativas posibilitando el reentrenamiento en determinadas habilidades sociales y disfrutar el tiempo libre mediante el ocio saludable, el sentido de pertenencia, y el restablecimiento de los vínculos sociales y afectivos en el proceso de rehabilitación psicosocial. Se aplican técnicas, como la motivación, escucha activa, empatía, visitas domiciliarias, psicoeducación, ocio saludable y consejería especializada. La metodología que se llevó a cabo fueron entrevistas en profundidad a 3 grupos focales con 21 participantes, entre usuarios, familiares cuidadores y profesionales de la salud mental. Se recolectó la información en diciembre de 2018 y se analizaron las percepciones sobre el proceso de implementación y satisfacción de los usuarios del club, sus relaciones afectivas y el ocio, su vinculación con las familias y redes socio comunitarias, así como las limitaciones percibidas. A los resultados que se arribaron fue que la percepción de los usuarios, cuidadores y profesionales de la salud mental fue favorable acerca de la implementación, funcionamiento y satisfacción de los socios como rol integrador y socializador a través de su participación, la reinserción social en actividades normalizadoras en su comunidad, red sanitaria y en el fortalecimiento de vínculos familiares. Los CIP se perciben como espacios de socialización que tienen un significado relevante

en la vida de los usuarios. Se concluye que los participantes perciben el CIP como un espacio de bienestar y uso de tiempo libre adecuado que contribuye en la rehabilitación de su enfermedad.

Puig (2020) en su artículo analiza si las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) que contribuyen a la comunidad a través de proyectos de voluntariado tienen mejor calidad de vida. El estudio se realizó con un grupo total de 30 usuarios con TMG del Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC). El perfil general de los participantes del SRC son personas mayores de edad que tienen un TMG, que no consumen tóxicos y necesitan ayuda en un régimen ambulatorio para incorporarse en la comunidad. La mayoría son hombres entre 30 y 60 años. Para el estudio se llevaron a cabo dos metodologías. En la primera se comparó la calidad de vida de un grupo de 15 personas con trastorno mental grave que contribuyen a la comunidad a través de actividades de voluntariado. Algunos de los trabajos que se realizan por ejemplo ocuparse de huertas, entrenamiento en fútbol a niños con necesidades educativas especiales y por último clases de flamenco y realizan espectáculos en residencias de gente mayor. El otro grupo de 15 personas no llevan a cabo dichas actividades. La herramienta utilizada ha sido la “Escala GENCAT sirve para evaluar de manera objetiva la calidad de vida de las personas a partir de los 18 años. Se trata de un cuestionario organizado en las 8 dimensiones de calidad de vida desarrolladas por Shalock La segunda consistió en realizar dos grupos focales uno de 7 participantes y otro de 8 personas con trastorno mental grave que realizan voluntariados para profundizar en las dimensiones de la calidad de vida. Las cuales son: autoconcepto, relaciones interpersonales, sentirse apoyado, competencia personal y desempeño, actividades de la vida diaria, atención sanitaria y diaria, atención integración y participación en las comunidades, roles, apoyo social, hacer valer los derechos entre otros. El propósito de estos grupos es discutir y profundizar sobre la percepción que cada uno tiene sobre su propia calidad de vida y como el hecho de contribuir a la comunidad los ha influido en esta. Las sesiones realizadas han sido semiestructuradas y todos los participantes han podido expresarse y dar su opinión. La duración de la discusión ha sido entre 30 y 40 minutos. Los resultados a los que se arribaron fueron que todas las subescalas de calidad de vida han presentado mejor puntuación en el grupo de personas que contribuyen a la comunidad. Los grupos focales han corroborado los resultados obtenidos en los cuestionarios. Las dimensiones que más sobresalieron fueron la autodeterminación a modo de ejemplo uno de los usuarios expresa que gracias a tener más responsabilidades en los voluntariados está aprendiendo a tomar sus propias decisiones, a levantarse solo por la mañana, se administra él solo la medicación, va a comprar y pone lavadoras. También las relaciones interpersonales otra dimensión destacada, una usuaria

explicaba que cuando ella empezó a hacer el voluntariado con los perros no hablaba con nadie y, en cambio, ahora tiene más relaciones con el resto de compañeros y con las personas de la protectora y por último la dimensión relacionada con los derechos también es más alta en aquellos que realizan voluntariados una de las razones principales podría ser que el hecho de asumir ciertas responsabilidades en el ámbito comunitario les permite adquirirlas en otros ámbitos, como el familiar, conocer mejor sus derechos como ciudadano y defenderlos cuando estos se ven vulnerados. Conclusiones: Se puede concluir que el hecho de contribuir a la comunidad produce mejoras en la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave.

Mullor (2020) El artículo de la presente investigación analiza el efecto que tuvo un programa inclusivo de deporte y actividad física, realizado conjuntamente entre jóvenes estudiantes y personas con trastorno mental grave sobre un conjunto de variables psicosociales asociadas a la recuperación como son las habilidades de la vida diaria, la sintomatología psiquiátrica y capacidades cognitivas. Es importante favorecer programas que faciliten y ayuden a generalizar la práctica del deporte en esta población ya que permite cambiar actitudes y hábitos, y de mejorar la integración social de personas en situación de exclusión social que padecen por ideas estigmatizantes que se tienen hacia este colectivo. Es un estudio longitudinal que tuvo 14 meses de duración en el que participaron un total de 30 personas (22 hombres y 8 mujeres). Todos los participantes eran usuarios y usuarias provenientes de diferentes dispositivos de la Fundación Pública Andaluza Se realizaron cuatro evaluaciones: una antes de iniciar el programa (pretest), la segunda a los 7 meses de intervención, la tercera a los 14 meses y, finalmente, un seguimiento al año de finalizar el programa. Los instrumentos que se utilizaron fueron: Perfil de Habilidades para la Vida Diaria (LSP). es un instrumento de evaluación de la función general de las actividades de la vida diaria, Escala Psiquiátrica Breve (BPRS) y Trail Making Test (TMT) sirve para evaluar la parte cognitiva. En relación, al programa se llevó a cabo durante tres días a la semana con sesiones de sesenta minutos de duración. Las actividades se dividieron en cinco bloques: 1. Actividades físicas con apoyo musical. 2. Juegos populares tradicionales que favorecen la cohesión grupal. En este tipo de actividades se buscaron propuestas motrices que favorecen la confianza en sí mismo, que fueran sobre todo divertidas y en el que todos los integrantes pudieran participar activamente. 3. Circuitos de habilidad, tipo “yincanas” para realizar tanto de forma individual como por parejas o equipos. 4. Jugar algún deporte en equipo 5. Senderismo en el medio natural. Las diferentes sesiones se desarrollaron en tres fases: Una primera fase de calentamiento y juegos, una segunda parte se realizaron diferentes tipos de actividades deportivas, Por último, una tercera fase de

“vuelta a la calma” compuesta por estiramientos y ejercicios suaves y de relajación y una discusión-debate a modo de feedback de la actividad. Los resultados mostraron que el programa ha tenido un efecto positivo particularmente en la sintomatología negativa, que se ha ido acrecentando en el grupo que participó de modo regular. Este mismo grupo también obtuvo mejorías inicialmente en la sintomatología positiva (que después no se mantuvieron) y en las pruebas cognitivas (aunque fueron un poco más tarde, en la segunda evaluación postratamiento). En las habilidades para la vida diaria no se observaron mejoras notables, pero sí que se observó un deterioro importante en el grupo ocasional, por tanto, la actividad física pudo funcionar aquí más como una forma de prevención a la hora de paliar un deterioro más rápido en relación con la capacidad de esta población en el desarrollo de actividades de la vida diaria. Se discute la importancia que este tipo de programas deportivos inclusivos pueden tener de cara a mejorar la salud psicosocial de personas con trastornos mentales graves.

4. MARCO TEORICO

En este apartado se pretende un acercamiento a la comprensión de la esquizofrenia como entidad clínica dentro del espectro de los padecimientos mentales. El mismo se realizará mediante la explicación de dicha psicopatología, incluyendo aspectos tales como: qué es, cuáles son los criterios diagnósticos del DSM -5 y CIE, signos y síntomas que caracterizan la enfermedad, sus causas, curso, desarrollo, prevalencia y abordajes terapéuticos farmacológicos y no farmacológicos.

4.1 Esquizofrenia

4.1.1 Definición y criterios diagnósticos

La esquizofrenia es una enfermedad que se ha investigado arduamente a lo largo de la historia. Esta enfermedad comienza con la aparición, repentina o gradual, de un deterioro significativo de las habilidades sociales a lo cual se suman ideas delirantes, alucinaciones y

un comportamiento desorganizado, provocando un déficit en las capacidades cognitivas, emocionales y vinculares. En conjunto, esto conlleva un deterioro del funcionamiento de las relaciones sociales, laborales y personales (Espinoza y Sosa, 2015; Ojeda Del Pozo, 2009).

Según la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5 (2014) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) se incorpora a la esquizofrenia dentro del *Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Detallando que las características que definen a este tipo de trastornos son: los delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor anómalo (incluyendo a la catatonía) y síntomas negativos.

Por otra parte, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud, en su décima edición (CIE-10,1992), la esquizofrenia se encuentra incluida dentro de los *Trastornos mentales y del comportamiento*, junto a los trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. En la misma, se caracterizan a los trastornos esquizofrénicos por: “distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada.” (CIE-10, 1992, p.308). De acuerdo a esta clasificación los síntomas claves de la enfermedad son: robo, inserción o difusión del pensamiento, alucinaciones, sobre todo auditivas, los delirios de control, de influencia o pasividad junto a la percepción delirante, síntomas de negativismo y los trastornos del pensamiento.

En cuanto a los criterios diagnósticos de la esquizofrenia, en el DSM-5 (2014) se indica que ninguno de los síntomas posibles es determinante de la enfermedad, pudiendo variar las manifestaciones de unos sujetos a otros debido a que se considera a la esquizofrenia como un cuadro clínico heterogéneo.

Los criterios diagnósticos señalados por dicho manual son los siguientes:

A. La persona ha de presentar en un periodo mínimo de un mes dos de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y por último síntomas negativos. Al menos uno de ellos debe ser uno de los tres primeros mencionados.

B. La presencia de los síntomas antedicho conlleva a una disminución en el nivel de funcionamiento antes de la aparición del trastorno que le genera a la persona consecuencias en distintos aspectos como en el cuidado personal, laboral y relaciones interpersonales.

C. La persistencia durante un periodo mínimo de seis meses de algunos de los signos del trastorno, entre los cuales, al menos un mes los síntomas descritos en el criterio A. Además, también pueden manifestarse síntomas prodrómicos o residuales.

D. Se debe haber excluido los diagnósticos para el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

E. En este trastorno, no se le puede atribuir ningún efecto fisiológico provocado por sustancias, u otras afecciones médicas.

F. En la infancia, las personas que hayan sido diagnosticadas con autismo o de comunicación, se les adiciona el diagnóstico de esquizofrenia si los síntomas del criterio A han estado presentes como mínimo un mes.

4.1.2 Signos y síntomas positivos y negativos

Tanto, el DSM-5 como el CIE-10 coinciden en que los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en *negativos* y *positivos*, teniendo que estar ambos presentes en la persona para que pueda ser diagnosticada con dicho trastorno.

Dentro de los síntomas positivos se encuentran las alucinaciones, las ideas delirantes, trastornos formales del pensamiento y comportamiento extravagante, cuyas definiciones se exponen en el DSM-5 (2014):

- Alucinaciones: percepciones sensoriales provocadas por el cerebro, sin la presencia de un estímulo externo, las cuales se experimentan como si fueran reales.

- Delirios: creencias irreales e interpretaciones basadas en deducciones incorrectas sobre la realidad que el paciente sostiene fehacientemente a pesar de pruebas, por el contrario.

- Comportamiento extravagante: Hace referencia a una conducta regresiva, intereses personales escasos y conducta repetitiva.

- Trastorno del pensamiento: desorganización y falta de capacidad para asociar ideas, las cuales cambian de temática sin existir conexión entre ellas.

Por otra parte, dentro de los síntomas negativos se encuentran la abulia, pobreza afectiva, la alogia, la anhedonia-insociabilidad y el déficit de atención, cuyas definiciones aparecen en el DSM-5 (2014):

- Abulia: falta de voluntad e iniciativa para llevar a cabo una acción. Tiende a ser un síntoma crónico y persistente y normalmente no está acompañado por una afectividad triste o deprimida. Como consecuencia, la persona tiende a tener dificultades sociales y económicas. Se manifiesta en aspectos del comportamiento como aseo e higiene. El paciente se preocupa menos por la higiene, la apariencia puede ser descuidada, sucia y desaliñada. También se manifiesta como falta de persistencia en lo laboral y educativo.

- Pobreza afectiva: disminución en la capacidad de expresar emociones.

- Alogia: es un término utilizado para referirse al empobrecimiento de la cognición y del pensamiento. Se manifiestan por un lado en la pobreza del lenguaje, ya que las respuestas a las preguntas tienden a ser menos elaboradas y breves. Es poco frecuente que la persona comente algo adicional de lo que específicamente se pregunte. Por otro lado, hay pobreza en el contenido que se percibe en las respuestas que da la persona que, si bien son largas y el lenguaje es adecuado en cantidad, contiene poca información. El mismo tiende a menudo a ser muy abstracto o bien demasiado concreto, repetitivo y estereotipado.

- Anhedonia-insociabilidad: dificultad para sentir placer e interés en las experiencias de la vida, en lo concerniente a la actividad sexual, la capacidad de sentir intimidad y las relaciones sociales.

4.1.3 Causas

Múltiples estudios basados en enfoques biomédicos, genéticos, psicológico individual, interactivo y/o social evidencian la necesidad de analizar la patogénesis naturaleza de la esquizofrenia con una mirada integral (Alanen, 2003).

De esta manera, es innegable la significación que tienen los enfoques de diversa índole en los estudios para evidenciar que la esquizofrenia es un fenómeno Allanén, donde los factores causales se pueden vincular a una predisposición genética como también, a componentes anclados en la historia relacional de la persona e incluso conectar con desencadenantes asociados, por ejemplo, a su etapa vital o consumo de drogas (Nuñez, 2022)

Alanen (2003) sostiene que la esquizofrenia no debe tratarse como un trastorno exclusivamente orgánico, sin atender la influencia de factores ambientales, psicosociales. Las relaciones interpersonales cumplen un papel esencial en el desarrollo psicosocial y funciones cerebrales subyacentes, por lo cual individuos con esquizofrenia no deberían excluirse de esta regla general, que es un principio en la psiquiatría psicológica integrada.

El DSM 5 (2014) considera las causas que se vinculan a la incidencia de la esquizofrenia, en las cuales se destacan factores genéticos, fisiológicos, ambientales y psicológicos. A continuación, se ejemplifican estos factores señalando diversos indicadores que algunos autores referencian para su detección.

Factores genéticos: Se puede explicar la etiología de la esquizofrenia a través de un modelo de herencia que pone la atención en la combinación entre la susceptibilidad genética y factores de riesgo como elementos que influyen en la expresión de la enfermedad. Se sugiere que, la carga biológica o el grado de parentesco que presenta la persona en relación a familiares consanguíneos que padezcan esquizofrenia, podría acrecentar la predisposición de adquirirla. El modelo poligénico sostiene que la enfermedad es resultado de múltiples genes defectuosos en relación con el ambiente. Los familiares de primer grado tienen mayor tendencia a padecerla, bajando la probabilidad en los familiares de segundo grado. (Obiols y Vilanova, 2003).

De acuerdo al DSM 5 (2014) “Hay una importante contribución de los factores genéticos a la hora de determinar el riesgo de presentar esquizofrenia, aunque la mayoría de los individuos diagnosticados de esquizofrenia no tienen antecedentes familiares de psicosis” (p.103). Entonces, el modelo poligénico explicaría el por qué si bien la predisposición la confiere un abanico de variantes genéticas consideradas de riesgo, la interacción genes-ambiente es significativa en la expresión fenotípica de la esquizofrenia.

Factores fisiológicos: los neurotransmisores juegan un papel crucial en la esquizofrenia ya que en el cerebro intervienen muchas sustancias neurotransmisoras como la dopamina, serotonina, noradrenalina y GABA (Jiménez, Ramos y Sanchís, 2009).

Según Matthysse (1974, citado en Saiz Ruiz, Vega Sánchez y Sánchez Páez, 2010), hay una hipótesis denominada dopaminérgica que sostiene que los síntomas de la esquizofrenia se deben a un exceso de dopamina, o bien, a una sensibilidad a este neurotransmisor. Es decir, la hiperactividad de las principales vías dopaminérgicas explicaría los síntomas positivos. Si, en cambio, existiera un déficit en la función dopaminérgica se darían los síntomas negativos.

Por otro lado, se plantea la hipótesis serotoninérgica, que se basa en que dicho neurotransmisor inhibe la actividad de la dopamina en ciertas regiones cerebrales. Los fármacos actúan sobre la serotonina inhibiendo su actividad y dejando así que la dopamina

haga su trabajo en regiones como el córtex prefrontal para tratar los síntomas (en este caso, negativos) de la enfermedad (Kapur y Remington, 1996 y Seperhry et al., 2007, citados en Saiz Ruiz, Vega Sánchez y Sánchez Páez, 2010).

Conforme a Roberts (1972, citado en Jiménez, Ramos y Sanchís, 2009) el ácido gamma amino butírico (GABA) es un neurotransmisor que cuando disminuye su concentración produce una alteración en el Sistema Nervioso Central, lo que podría estar en la base del origen de la esquizofrenia. Sin embargo, no hay pruebas concluyentes al respecto.

Por otra parte, en Ruiz (2021) se plantea que la esquizofrenia es un desorden del neurodesarrollo, debido a dos genes alterados en la enfermedad, uno que regula la formación de espinas y otro la densidad ambos se encuentran localizados en la densidad postsináptica. provocando impedimentos en la percepción, cognición y motivación, Las espinas detriticas son fundamentales para muchos procesos como, por ejemplo, la memoria y el aprendizaje. El efecto que la esquizofrenia tiene sobre el comportamiento de la persona y que es notable en el neurodesarrollo está vinculado con la densidad de espinas dendríticas y, por ende, puede ser estudiado mediante esta conexión. Sin embargo, también es necesario denotar que el ambiente influye en el neurodesarrollo de forma directa, al igual que la alimentación

Según el DSM 5 existen indicadores que contribuyen a padecer esquizofrenia las cuales se pueden evidenciar durante el desarrollo embrionario y parto. Ejemplo de ello serían el estrés, infecciones, malnutrición, diabetes materna, mayor edad paterna o sufrir un parto con hipoxia.

Factores ambientales y psicológicos Según, Obiols y Vilanova (2003) el factor ambiental es otro aspecto causal de la esquizofrenia a tener en cuenta. En investigaciones con gemelos monocigóticos fue demostrado que, a pesar de que dos hermanos tengan la misma genética, la enfermedad no es desarrollada por ambos sujetos.

En relación al DSM 5 menciona algunos factores socioculturales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar la esquizofrenia, como la exposición a eventos traumáticos, el estrés emocional, la discriminación y otros factores ambientales. También se reconoce que los factores culturales pueden influir en la forma en que se expresan los síntomas de la esquizofrenia, cómo se perciben y cómo se tratan en diferentes culturas.

Otro indicador vinculado al factor ambiental que posibilita el desencadenamiento de la esquizofrenia es la drogodependencia. El consumo de drogas, sobre todo de cannabis, puede generar patologías como la "esquizofrenia endógena" o "psicosis cannábica". (López e Ibarra, 2013). Vale observar que, si bien el hecho de consumir cannabis es un factor causal de la esquizofrenia, según varios estudios no es suficiente para el desarrollo de la misma ya que las personas que la padecen tienen que tener una vulnerabilidad previa para el desencadenamiento de la misma (Arias, 2007).

Desde una perspectiva sistémica, Sierra y López, (2019) postulan que la causa y mantenimiento de la esquizofrenia podría deberse a las características particulares que cumplen ciertas familias como el tipo de comunicación que se establece y el rol que cumplen las dinámicas familiares.

Asimismo, numerosos estudios se han desarrollado a fin de determinar el papel del medio familiar en la génesis de esta patología en base a la teoría del doble vínculo, la cual postula que el integrante de la familia que padezca esquizofrenia ha estado inmerso en un ambiente donde el aprendizaje se establece mediante mensajes de contenido contradictorio en el que es necesario responder a los mismos. La esquizofrenia surge como una forma de adaptarse a un tipo de comunicación aprendida con una cierta interacción familiar y permanente. Dicho de otra manera, el individuo se encuentra imposibilitado de salir de esa dinámica de comunicación que le impide reconocer la contradicción y la violencia que se establece en el doble vínculo, que se convierte así en el modelo de comunicación esquizofrénica (Martínez Araujo et al., 2010).

Por otro lado, Beck (2010) desde un enfoque cognitivo postula que la causa y el mantenimiento de la esquizofrenia están relacionados con patrones de pensamiento disfuncionales y creencias negativas que influyen en la forma en que los individuos interpretan y perciben el mundo. Beck sostiene que estos patrones de pensamiento son aprendidos y pueden ser modificados a través de la terapia cognitiva (Alamoc, 2018).

Este planteamiento se focaliza en lo cognitivo y considera que las personas con delirios presentan una dificultad en la capacidad de tomar distancia de sus interpretaciones inmediatas e ir en la búsqueda de la validación con otras interpretaciones que se pudieran refutar o confirmarlas. Por el contrario, los pacientes tienden a externalizar percepciones improbables, sin considerar su real posibilidad (Beck, et al. 2010).

4.1.4 Desarrollo, curso y prevalencia de la esquizofrenia

En cuanto al desarrollo, curso y prevalencia de la esquizofrenia, según el DSM-5 (2014) los síntomas psicóticos suelen aparecer en la adolescencia tardía y mitad de los treinta. En los varones el inicio se sitúa en la primera mitad de los veinte y en las mujeres a finales de los mismos.

El comienzo de los signos y síntomas puede ser brusco o insidioso, pero por lo regular su desarrollo se da de forma lenta y gradual. El curso y pronóstico de la enfermedad no pueden predecirse de forma fiable, pero los individuos con esquizofrenia generalmente suelen seguir requiriendo acompañamiento formal o informal en su cotidianidad. En algunos pacientes crónicos la enfermedad fluctúa en los síntomas activos, con exacerbaciones y remisiones de los mismos; en otros el deterioro es progresivo.

En relación a la evolución de la esquizofrenia, en la CIE-10 (1992) se expresa puede darse de forma continua o episódica, provocando un déficit progresivo o estable, existiendo la posibilidad de uno o más episodios que presente una remisión completa o incompleta.

En relación a la prevalencia, en el DSM-5 se establece que ésta varía aproximadamente del 0,3 al 0,7%. Esto se vincula a variaciones según la raza, grupo étnico y geográfico. En relación al sexo suele observarse hay mayor incidencia de signos negativos y cuadros de mayor duración en varones.

En lo que respecta al riesgo de suicidio, el 20% de los casos intentarán al menos una vez suicidarse, y alrededor del 5 o 6% a fallecer por esta causa. Es un factor de alto riesgo que se mantiene a lo largo de la vida de estas personas, y aumenta aún más con la existencia de problemas de consumo de sustancias, síntomas depresivos, sentimientos de desesperanza o luego del alta hospitalaria o de un episodio psicótico.

4.1.5 Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Se ha comprobado fehacientemente que el tratamiento farmacológico produce una mejoría de los síntomas de la esquizofrenia. Los psicofármacos se utilizan para mermar los

episodios agudos y síntomas de la enfermedad, y como forma de prevención de nuevos episodios (Padin, 2012).

Los medicamentos antipsicóticos son la principal forma de intervención farmacológica. Dentro de los mismos encontramos dos grupos: los antipsicóticos de primera generación o convencionales y los antipsicóticos de segunda generación o atípicos. Los antipsicóticos de primera generación como, por ejemplo, la Clorpromazina o Haloperidol actúan sobre los receptores de la dopamina. Son bastante efectivos para mitigar síntomas positivos. No obstante, poseen efectos adversos a nivel del sistema nervioso central, sensaciones de sedación, movimientos involuntarios y rigidez. Por su parte, los antipsicóticos de segunda generación o atípicos, como la Clozapina o Risperidona entre otros no poseen tantos efectos secundarios, teniendo una mejor eficacia sobre los síntomas positivos y negativos y constituyen un nuevo avance en el tratamiento de la esquizofrenia (Padin, 2012).

El desafío de la investigación de los antipsicóticos ha sido definir su dinámica de acción, aumentar la eficacia en pacientes resistentes al tratamiento y mejorar la sintomatología negativa del trastorno como embotamiento afectivo, apatía, anhedonia, aislamiento, déficit de atención y alogia (Rodríguez, 2009).

Por otra parte, se ha comprobado que los psicofármacos como tratamiento único no ayudan a atenuar en su totalidad la sintomatología que aparece en la fase activa de la enfermedad, como la apatía generalizada, falta de motivación, aislamiento social y empobrecimiento general de la personalidad. Es decir, un tratamiento solamente con psicofármacos no consigue que la persona mantenga una relación eficaz con el contexto familiar o laboral. Por tal motivo, se sugiere complementar el tratamiento farmacológico con otros tratamientos que estén enfocados no solo el control de la sintomatología, sino también en el desenvolvimiento del paciente en la comunidad, para así poder mejorar la calidad de vida de la persona y su familia (Santolaya Ochando, 2002)

Por lo tanto, es fundamental complementar el tratamiento farmacológico con terapias psicosociales con el propósito de mejorar la adherencia al tratamiento, aliviar los síntomas, mejorar el funcionamiento social y por ende la calidad de vida, así como promover en la persona una vida independiente (Lemos et al., 2010).

En esta línea, Silvestre, Ingelmo y García-Ordás (2013) sostienen que, al tratarse de una enfermedad multicausal, se deben contemplar factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales de cada persona. Por lo tanto, proponer tratamientos excluyentes para esta patología, ya sea mediante fármacos o psicoterapia de manera aislada, supone no contemplar un saber acerca de lo que es padecer esquizofrenia, y causaría una limitación al paciente en sus posibilidades de mejorar su salud y bienestar.

Existen diversas psicoterapias que pueden ser aplicadas a la enfermedad de la esquizofrenia. A continuación, se realizará una breve descripción de algunas intervenciones psicológicas recomendables para luego tratar en profundidad el abordaje del tratamiento de habilidades sociales.

La terapia cognitiva -conductual (TCC) se enfoca en los procesos psicológicos, teniendo muy buenos resultados cuando logra que la persona cambie esquemas cognitivos negativos de sí mismo, y logre equilibrar los procesos orientados al razonamiento contribuyendo a la merma de la sintomatología. La terapia cognitiva conductual se considera complementaria al bloqueo dopaminérgico, que reduce los elevados estímulos ambientales (Howes y Kapur, 2009 citado en Lemos et al 2010).

La terapia psicoeducativa es un método de intervención no farmacológica que ha cobrado un papel significativo ya que se enfoca en proporcionar información sobre causas, síntomas y tratamiento a la persona con esquizofrenia. El propósito es poder entender y enfrentar la enfermedad y mejorar las conductas en torno a ella. Se pretende con esto disminuir el número de recaídas y mejorar la vida cotidiana del paciente (Frezán et al.2001).

El propósito de las intervenciones psicoeducativas es brindar información al paciente y a la familia sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento, así como también brindarles estrategias de afrontamiento. Numerosos estudios han demostrado que las intervenciones psicoeducativas logran reducir la emoción expresada, disminuir las tasas de rehabilitación y las recaídas (Lemos et al. 2010).

Por último, las intervenciones psicosociales tienen como objetivo poder mitigar el efecto que suelen tener los síntomas negativos y positivos en las personas que padecen esquizofrenia, poder proporcionar toda la información necesaria a la persona y al entorno familiar sobre la enfermedad, promover la conciencia de enfermedad, favorecer la adquisición o recuperación de destrezas, habilidades y competencias fundamentales para un

mejor desenvolvimiento en la sociedad y proveer estrategias para poder afrontar el estrés en la propia persona que padece el trastorno como también a su familia (Tomaras et al., 1998, citado en Florit, 2006). Es decir, es fundamental que la persona con esquizofrenia pueda alcanzar su máxima capacidad de funcionamiento en cualquier ámbito ya sea en el ámbito laboral, social, emocional o familiar (Florit, 2006).

Las terapias e intervenciones mencionadas anteriormente pueden realizarse tanto de forma individual como grupal, dependiendo de las necesidades y preferencias del paciente y del enfoque del terapeuta.

Por mucho tiempo la literatura se basó en escritos de psicoterapeutas que plasmaban sus experiencias clínicas de los casos individuales de pacientes con esquizofrenia. En estos escritos se describen los resultados logrados en todo el proceso terapéutico. Algunos de esos resultados eran, por ejemplo, la desaparición de los síntomas psicóticos, crecimiento interno de la personalidad y mejoría en las relaciones interpersonales del paciente (Alanen, 2003).

Por otra parte, un formato de psicoterapia grupal posibilita actividades que no se logran en la terapia individual. En este espacio grupal se pueden establecer relaciones interpersonales, semejantes a cualquier lugar social o familiar, se realiza un intercambio de experiencias humanas nutridas de similitudes o diferencias entre los participantes que aportan aprendizaje y un cambio psicoterapéutico. La posibilidad de que las personas compartan experiencias parecidas favorece a la reflexión y permite experimentar nuevas pautas de interacción más funcionales, por lo cual ayuda a la modificación de procesos relacionales desadaptados. Es un espacio que proporciona seguridad y contención que contribuye al proceso terapéutico. En los grupos se trabajan los aspectos psicológicos de esta enfermedad, así como la integración de los otros pilares del tratamiento, como el farmacológico y las intervenciones familiares. Asimismo, permite a los profesionales evaluar las necesidades de atención en cada momento y establecer así las intervenciones a seguir en cada situación (Silvestre, 2013).

Al tratarse de un espacio que se da entre pares promoviendo diferentes interacciones, genera la posibilidad de insight y aprendizaje interpersonal, por lo que el acompañamiento y la ayuda puede provenir de cualquier integrante del grupo y no solamente del profesional (García-Cabeza, 2008).

4.2 Habilidades sociales

Al definir las habilidades sociales (en adelante HHSS) muchos investigadores enfatizan en el contenido de la conducta y otros en las consecuencias de la misma es por esto que se ha dificultado su definición. Las definiciones que señalan el contenido se refieren a expresar opiniones, sentimientos, derechos, deseos, elogios entre otros, mientras que las que conceden más importancia a las consecuencias se refieren a lograr relaciones efectivas, obtener reforzamiento social, obtener beneficios o evitar problemas (Caballo, 2007).

Kelly (1992) pone énfasis en las consecuencias y sostiene que las HHSS son conductas que se aprenden y se utilizan en las relaciones interpersonales para lograr un refuerzo del ambiente. Por otra parte, Alberti y Emmons (1978) ponen énfasis en el contenido y plantean que es el comportamiento que le permite a una persona expresar sus sentimientos o ejercer sus derechos, sin negar el de los demás, actuando sin ansiedad. (citado en Caballo 2007).

Así, entendemos que la definición de HHSS debe incluir tanto el contenido de la conducta como sus consecuencias. En este sentido, Caballo, (2007) propone una definición la cual plantea que “la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas a los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (p.6).

Las HHSS deben contemplarse dentro de un marco cultural determinado, teniendo en cuenta el tipo de comunicación ya que varía dependiendo del tipo de cultura y otros factores como la edad, el sexo, la clase social, la educación sumada a las capacidades cognitivas, actitudes y valores de cada persona. En otras palabras, un comportamiento puede ser aceptado en un contexto dado y ser aceptado en otro (Caballo, 2007).

De las distintas definiciones planteadas se destacan las características fundamentales de lo que llamamos HHSS (Kelly, 1992, Gil y León, 1998; citados en Gallego Villa, 2008)

Son conductas aprendidas que se manifiestan en las relaciones interpersonales a través de los comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos.

Conductas realizadas con el fin de obtener reforzamientos sociales o personales (autoestima).

Están influenciadas por el contexto, la cultura y la situación concreta y específica en donde se desarrolle, además de la actuación propia de los demás.

Las HHSS se organizan en distintos niveles de complejidad, puede ser desde un nivel molar hasta llegar a uno molecular y /o intermedio.

4.2.1 Aspectos molares y moleculares de las HHSS

Es importante destacar que históricamente las HHSS se han evaluado de manera diferente. Por un lado, hay investigadores que se han dedicado al análisis de las mismas de manera molar, es decir es tomando a las dimensiones de las HHSS de forma global. (Gallego Villa, 2008 y Caballo 2007)

En este sentido, Caballo realiza un compendio de las dimensiones de las HHSS más aceptadas en las investigaciones (Caballo, 1989; Caballo y Vuela, 1988; Caballo, Godoy y Vuela ,1988; Caballo y Ortega, 1989) (Citado en Caballo 1998 y 2007). Esas dimensiones son las siguientes:

1. Iniciar y mantener conversaciones
2. Hablar en público
3. Expresión de amor, agrado y afecto
4. Defensa de los propios derechos
5. Pedir favores
6. Rechazar peticiones
7. Hacer cumplidos
8. Aceptar cumplidos
9. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo
10. expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
11. Disculparse o admitir ignorancia
12. Petición de cambios en la conducta del otro
13. Afrontamiento de las críticas.

Por otro lado, otros autores ponen énfasis en el análisis del aspecto molecular de las HHSS, esto es, evaluar componentes específicos de las habilidades. Caballo (2007), a partir de una revisión realizada sobre diversos estudios, distingue entre componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos.

Los componentes conductuales estarían formados por los no verbales (expresión facial, postura corporal y gestos, distancia-proximidad, contacto físico y apariencia personal). Verbales (elementos del habla, de conversación) paralingüísticos (latencia, volumen, timbre, tono, fluidez, tiempo, claridad y velocidad) y elementos ambientales (variables físicas, sociodemográficas, organizativas, conductuales e interpersonales). Los componentes cognitivos se consideran las percepciones sobre ambientes de comunicación y variables cognitivas de la persona como la competencia cognitiva (capacidad para transformar la información en pensamientos o acciones por ejemplo resolver problemas, ponerse en el lugar de otro), estrategias de codificación y constructos personales, expectativas (predicciones de la persona sobre las consecuencias de la conducta), valores subjetivos (las conductas que las personas eligen llevar a cabo dependen de los valores subjetivos y de los resultados) de los estímulos y sistemas de autorregulación (las personas regulan sus conductas por los objetivos y patrones como autorrecompensa o autocrítica y patrones autoimpuestos). Los componentes fisiológicos comprenden variables como la tasa cardiaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, las respuestas electromagnéticas, la respuesta electromiografía y la tasa respiratoria. De estos elementos fisiológicos no se han encontrado aún resultados consistentes que afirmen que sea un elemento importante de evaluación.

Por otra parte, algunos investigadores han trabajado atendiendo tanto al nivel molar como al nivel molecular. (Gallego Villa, 2008 y Caballo 2007)

La evaluación de los componentes molares permite obtener información global sobre el déficit del individuo, evitando evaluaciones objetivas, específicas, en favor de evaluaciones subjetivas, mientras que el análisis de los componentes moleculares contribuye en la detección de los componentes específicos en los que el individuo muestra dificultad. No obstante, Caballo (2007) plantea que los dos tipos de medición pueden presentar desventajas. En el caso de la evaluación de componentes molares no permite la identificación de qué es lo que está haciendo bien o mal la persona y puede presentar baja fiabilidad en las mediciones, mientras que, con la evaluación molecular, se pueden evaluar componentes específicos de forma objetiva y más confiable, como por ejemplo número de sonrisas, y número de segundos de contacto ocular. Sin embargo, no queda claro en qué medida resulta significativo medir esas características, ni cómo saber qué elementos moleculares constituyen una determinada conducta molar. Por tal motivo, dada la presencia de ventajas y desventajas en los dos tipos de evaluación, es lógico considerar optar por un enfoque

intermedio que comprende la interacción entre componentes molares y moleculares dentro del proceso de evaluación de las HHSS, con el fin minimizar las desventajas que cada tipo de medición por separado genera y acogerse al concepto de multidimensionalidad de las HHSS, que las considera como un constructo complejo compuesto por componentes comportamentales, cognitivos y fisiológicos (Caballo, 2007).

Llegados a este punto, dado el planteamiento que realiza el autor, la presente investigación se suscribe al enfoque intermedio aplicado en el taller.

4.2.2 Déficit de las habilidades sociales en la esquizofrenia

Como se mencionó previamente la persona que tiene esquizofrenia comienza a sufrir un deterioro significativo de las habilidades sociales sumado al conjunto de síntomas que padece, generando un desmejoramiento en las capacidades cognitivas, emocionales y vinculares, perjudicando las relaciones de todo ámbito. Los déficits en HHSS se ven reflejados en lo molecular en los componentes paralingüísticos como: una forma de hablar rápida o lenta, su lenguaje se torna confuso y difícil de entender. Con respecto, a la conducta no verbal se caracteriza en evadir el contacto ocular, en ambientes sociales por sentirse incómodos con una cierta rigidez corporal y por mantener una distancia más amplia que lo que se suele tener entre personas que se están comunicando. Respecto a los componentes cognitivos en las personas con esquizofrenia suelen tener un déficit en la atención para poder relacionar los estímulos del ambiente con el conocimiento previo y así poder responder adecuadamente a la interacción social. Su atención está principalmente centrada en su interior y sólo selectivamente en el exterior, lo cual le resulta difícil percibir cuestiones como expresiones faciales, entonación, cambios de posturas de la persona que le habla. Asimismo, las respuestas que dan puede que sean irrelevantes al tema de conversación, refiriéndose con frecuencia a sus problemas personales y a los que les causa la enfermedad. A nivel molar, tienen una dificultad en poder ejercer sus derechos evitando situaciones conflictivas o donde puedan criticarlos. Les cuesta demostrar sentimientos dificultando la posibilidad de mantener amistades (Bellack et al., 2004). Dificultad de iniciar y mantener conversaciones por ende les cuesta hacer amistades y enfrentarse con el enojo y la crítica de un otro. (Caballo, 2007)

4.2.3 Entrenamiento en HHSS

Es por esto, que es importante en el tratamiento integral de la esquizofrenia el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), ya que esta enfermedad se caracteriza como se mencionó previamente por el déficit en el funcionamiento social e interpersonal, siendo este un factor clave en el trastorno; además de aumentar el estrés y promover las recaídas y exacerbaciones sintomáticas, aumentando y persistiendo en el tiempo (si no se atiende) además, de afectar a los síntomas positivos y mucho más a los síntomas negativos. Por tal motivo, se han realizado muchas investigaciones y programas de intervención abocados al entrenamiento social, con el objetivo de potenciar los recursos de afrontamiento y la red de apoyo social, con el propósito de mermar o eliminar los estresores ambientales (Lira, 2009).

Para seguir adelante, es menester definir el concepto de intervención el cual es la utilización de principios y técnicas psicológicas que propicien un beneficio en las personas como comprender lo que les pasa, reducir o solucionar problemas y mejorar sus vínculos (Bados Lopez,2008).

Ahora bien, el EHS puede ser definido como una intervención psicosocial, enfocada en el aprendizaje con el objetivo de mejorar el funcionamiento personal, reducir el estrés y las dificultades en situaciones sociales. La intervención debe contemplar la evaluación del comportamiento de forma general, y de habilidades sociales e interpersonales, de comunicación (verbal y no verbal) y las de percibir, interpretar y responder adecuadamente a situaciones de la vida cotidiana (Moriana et al, 2015).

Sumado a lo anterior, el entrenamiento en HHSS es una estrategia de enseñanza en la que se utilizan técnicas cognitivas y conductuales con el fin de adquirir conductas socialmente adecuadas que la persona no tiene incorporado en su aprendizaje y para modificar las inadecuadas relativas a relaciones interpersonales. Por ende, se crean nuevas HHSS para que aumente el repertorio adaptativo de la persona. (Moriana et al, 2015).

4.2.4 Principios básicos y técnicas en el entrenamiento de las HHSS

Teniendo en cuenta varios autores como Caballo (2007), Ehrlich y Miller (2009), Halford y Hayes (1991), Kelly y Lamparsky (1985), Kelly (2002), Liberman y Corrigan (1993), Liberman, Massel, Mosk y Wong (1985) y Mueser y Sayers (1992) (citados en

Lopez, 2015) se pueden mencionar serie principios básicos contemplados en todo entrenamiento en HHSS.

La base teórica del entrenamiento lo sustentan diversas disciplinas, las cuales son las siguientes: la psicología de la conducta, la psicología social la psicología de las organizaciones, la psicología socio-ambiental, la psiquiatría/psicología comunitaria y por último la psicología clínica que se relaciona con las personas con Trastorno Mental Grave en adelante (TMG).Estas disciplinas poseen un modelo en común de aprendizaje en sus tres tipos de condicionamiento: clásico, instrumental y observacional.

En función, de la fase evolutiva de la persona, la cultura, la comunidad de referencia y los distintos contextos donde se desarrolle van a ser adquiridas y aprendidas las habilidades sociales.

En el aprendizaje intervienen factores internos de la persona como la personalidad (procesamiento cognitivo) y externos (ambiente, contexto y situaciones).

El aprendizaje se logra de manera natural de acuerdo a las experiencias y a las enseñanzas educativas inculcadas desde la familia y el entorno escolar, profesional, entre otros.

Es importante que lo que aprenda en el entrenamiento en HHSS la persona lo pueda aplicar en situaciones de la vida.

El entrenamiento en HHSS debe llevarse a cabo con un programa de intervención, basado en la terapia de conducta y con el objetivo de corregir conductas ya adquiridas como el aprendizaje de nuevas conductas

La predisposición de la persona en el aprendizaje es importante para que se concrete.

Las técnicas de los programas de intervención en HHSS deben estar adecuadas a las necesidades individuales o colectivas del grupo y a los factores socio-culturales significativos en el entorno donde se va a producir el aprendizaje.

El entrenamiento en HHSS se aplica tanto a equipos de empresa, grupos escolares, etc. Cómo a grupos que presentan dificultad, entre los que podemos encontrar a las personas con TMG.

Los programas de HHSS diseñados para el entrenamiento en conflictivas de relaciones interpersonales, deben pensarse para el grupo que va dirigido, es decir se tiene que tener en cuenta si hay una patología de base como podría ser la esquizofrenia.

El entrenamiento en HHSS basado en un plan estructurado cognitivo-conductual obtiene muy buenos resultados.

La utilización de internet y programas informáticos para el desarrollo de HHSS favorecen el aprendizaje.

Es adecuado que los programas de intervención en el entrenamiento en HHSS sea destinado especialmente aquellas patologías que presenten dificultades en las relaciones personales y socio-ambientales, con el propósito de una integración comunitaria

La psiquiatría/psicología comunitaria se enfoca en potenciar la parte sana de la enfermedad de las personas con una patología, aplicando programas de HHSS y rehabilitación.

Avanzando en el tema, resulta prudente definir el concepto de técnica para adentrarnos luego en la clasificación de la misma. Finalmente, autores como Molina A. (1998), citado en Verdugo et al (2020), denominan técnicas a un conjunto de reglas prácticas que se aprenden en el ejercicio.

En el Entrenamiento en HHSS las técnicas más utilizadas en la intervención en personas con TMG, Caballo (2007) menciona las siguientes:

Instrucciones / aleccionamiento: esta última denominada también retroalimentación correctiva sirve para darle información a la persona sobre la diferencia entre su actuación y cuál es la correcta. El término instrucciones considera no solo lo anterior, sino que es más amplio considerando la información específica y general. Son explicaciones breves y claras, centradas en las conductas que serán objeto de estudio en cada sesión.

Modelado: también denominado aprendizaje observacional, imitación o vicario. Consistente en que la persona observe formas adecuadas de comportamiento en una situación dada. La técnica permite adquirir, incrementar, disminuir o eliminar determinadas conductas.

Ensayo conductual: Se da cuando se pone en práctica en el programa las conductas que se desean adquirir, a través de cortas escenas, de forma adecuada y efectiva para afrontar situaciones de la vida real. El role-playing (juego de roles), es una de las técnicas que también se conoce como dramatización o simulación. Se basa en que dos o más personas representen un caso concreto de la vida real, cada uno va actuar dependiendo del papel que le fue asignado. La idea consiste en lograr que cada rol sea representado lo más real posible a la realidad.

Retroalimentación (feedback) y Reforzamiento: los dos elementos son importantes en el EHS. A veces los dos conceptos se transforman en uno por ejemplo la retroalimentación que se le da a una persona es reforzada. La retroalimentación consiste en informar a los participantes sobre cuestiones concretas y útiles acerca de la actuación que han efectuado en el ensayo anterior. Se pretende con esta técnica conseguir de forma progresiva, una actuación más próxima al modelo. El reforzamiento cumple la función de incentivar a los participantes para que vean los logros conseguidos hasta el momento y que continúen en el entrenamiento. El reforzamiento más empleado es el verbal y causa mayor efecto cuando se proporciona inmediatamente después del ensayo de la conducta. También se puede instruir a las personas, para que se digan o hagan algo agradable para sí mismos cuando hayan practicado bien sus habilidades. El refuerzo de parte del grupo se torna significativo en situaciones en donde la persona intentó hacerlo de la mejor manera que pudo, pero no lo logró y cuando del ambiente obtiene una retroalimentación negativa por su cambio de comportamiento.

Procedimientos cognitivos: se encuentran presentes en todo el proceso de entrenamiento en HHSS como es la colaboración del terapeuta en el acompañamiento de la obtención de los objetivos determinados en la Rehabilitación, empleo de herramientas como la solución de problemas, percepción social, reducción de auto verbalizaciones negativas por aumento de las positivas y toda intervención necesaria para conseguir un proceso de aprendizaje en el entrenamiento conveniente para cada persona. En el EHS se emplean estrategias de generalización, que consiste en que los participantes pongan en práctica las HHSS en el medio real aprendidas en las sesiones de entrenamiento, para ayudar la adaptación a la vida cotidiana.

Ejercicios de relajación: Se aplica para aquellos participantes que sientan una elevada ansiedad en determinadas situaciones. El entrenamiento requiere que se practique en casa

habitualmente para poder lograr que la técnica resulte eficaz en aquellos momentos en los que la persona experimenta la ansiedad. Ya que suele suceder que las personas se percatan de su ansiedad en el mismo momento de padecerla. En esos momentos se le torna muy difícil a la persona controlar la situación de forma adecuada.

5.MÉTODO

5.1 Diseño

La presente investigación es de corte cualitativo ya que se caracteriza por ser un proceso circular que implica con frecuencia regresar a etapas anteriores. Es decir, las preguntas e hipótesis se van construyendo., desarrollando y refinando durante la recolección de datos. Es flexible, el cual se fundamenta a partir de los datos que se obtienen empíricamente. Este enfoque tiene en cuenta puntos de vista, aspectos subjetivos e interpersonales de los participantes. (Sampieri,2014) Se analizan los hechos en sí, ya que a partir de ello se busca explicar lo que se observó. Es inductivo en el cual se recogen y se analizan los datos para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación.

5.2 Alcance

En cuanto al alcance es descriptivo, ya que se pretende describir las intervenciones y técnicas realizadas por las talleristas del espacio tendientes al entrenamiento en habilidades sociales Así mismo, se define como transversal dado que los datos son recolectados en un momento único y no a través del tiempo. (Sampieri et al, 2014)

5.3 Participantes

Para alcanzar los objetivos propuestos se entrevistó a 2 dos talleristas mujeres de 32 y 39 años del espacio, nativas de General Roca.

5.4 Muestreo

La muestra es no probabilística de caso tipo, ya que la elección de los participantes no depende de la probabilidad, sino de la característica de la investigación que se pretende llevar a cabo. En este caso, se entrevistó a 2 talleristas que coordinan un taller en el que se trabajan HHSS.

5.5 Instrumento

El instrumento utilizado para recolectar datos fue la entrevista semiestructurada. En cuanto a la descripción del instrumento se observan dos partes, en la primera, se menciona una lista de conductas molares y se indaga con cuales se trabajaron en el taller, luego se realiza una serie de preguntas pertinentes a cada habilidad como: tipos de intervenciones, técnicas y si se trabajaron con otro tipo de taller en la segunda parte, es igual solo que se indaga sobre habilidades molares y se repiten las mismas preguntas. (Ver modelo en anexo A). Este tipo de entrevista da la posibilidad al observador de introducir nuevas preguntas en el momento si fuese necesario para recabar más información. El objetivo de la misma fue obtener una visión del trabajo de campo de las talleristas del espacio y los significados que las mismas les atribuyen a las intervenciones. (Sampieri et al, 2014)

5.6 Procedimiento

Se contactó a las talleristas telefónicamente, para tener un encuentro presencial y realizar la entrevista de manera semiestructurada. Se les explico, la temática de la investigación, y se les mostró la lista de técnicas para interiorizarse sobre cuales se iban a interrogar. Luego se leyó los puntos de la entrevista por si había dudas. Se realizó la misma luego del taller la cual duró 38 minutos. Los materiales utilizados por la investigadora fueron: un cuaderno, lapicera para anotar información relevante, el modelo de entrevista (ver anexo A) y un grabador de voz. Antes del encuentro, se les envió el consentimiento informado en archivo Word por WhatsApp, el cual se debió imprimir y completar. La información recolectada fue tabulada para facilitar el análisis y la interpretación de los datos.

5.7 Constancia de Consentimiento Informado

En el consentimiento se les informó a las talleristas que la participación es voluntaria, y que la información personal es confidencial, con la finalidad de analizar y generalizar los datos obtenidos al resto de la población. Para esto, se les envió el consentimiento a través de WhatsApp. En dicho documento se especificó que en cualquier momento de la investigación pudieron optar por retirarse o dejar de participar. (ver anexo B)

6. RESULTADOS

El proceso de análisis de la información obtenida en la entrevista se estructuró en categorías que permitieran profundizar la interpretación del contexto que rodea los datos. Esto favorece el poder hacer una descripción exhaustiva en cuanto a las interacciones, ideologías, emociones y las vivencias experimentadas en el taller (Hernández Sampieri et al., 2010).

En el proceso de codificación, se realizó la eliminación de datos irrelevantes por categorías, como también, la clasificación y análisis de significados y conceptos. Este proceso tuvo dos momentos.

En un primer momento, se identificaron unidades de significación para poder codificar la información obtenida en la entrevista. Desde el marco teórico de la investigación surgen las categorías que constituyen la base para realizar la codificación de las unidades de significación. Estas categorías fueron tres, que a su vez luego se subdividieron en otras más específicas: Habilidades sociales, Intervenciones y Técnicas.

Para abordar el primer objetivo específico del presente trabajo final de grado, se indagó sobre cuáles fueron las habilidades sociales trabajadas durante el taller. En función de la información recabada mediante la entrevista, finalmente la categoría Habilidades sociales se subdividió en 12 dimensiones que fueron las trabajadas en el taller: Iniciar y mantener conversaciones, Hablar en público, Expresión de amor, agrado y afecto, Defensa de los propios derechos, Pedir favores, Rechazar peticiones, Hacer y aceptar cumplidos, Expresión de opiniones personales, Expresión de molestia, desagrado o enfado, Disculparse o admitir ignorancia, Petición de cambios en la conducta del otro y Afrontamiento de las críticas.

Por otra parte, se entiende por intervenciones, al uso de principios y técnicas psicológicas que propicien un beneficio en las personas como comprender lo que les pasa, reducir o solucionar problemas y mejorar sus vínculos (Bados Lopez,2008)

La categoría Intervenciones se dividió en intervenciones centrales y transversales. Por intervenciones nos referimos a las estrategias de mediación que las talleristas llevan a cabo para proporcionar un aprendizaje al grupo, para mejorar y enseñarles conductas más adecuadas, que los ayuden a mejorar sus relaciones interpersonales, su desempeño diario y a superar las dificultades sociales que puedan presentarse. Las intervenciones contemplan las conductas generales de las personas, la comunicación (verbal y no verbal) y su desenvolvimiento en la vida cotidiana.

Las *intervenciones transversales* son aquellas que se llevan a cabo durante todo el taller, algunas pueden ser en el desayuno y otras en actividades realizadas como festivales u obras de teatro o simplemente en las tareas que se planifican después del desayuno. Las *intervenciones centrales* fueron aquellas que constituyeron temas específicos abordados en algún taller y que tenían una planificación previa.

Finalmente, autores como Molina A. (1998), citado en Verdugo et al (2020), denominan técnicas a un conjunto de reglas prácticas que se aprenden en el ejercicio. Como en las otras categorías, la clasificación técnica se dividió en Instrucciones, Modelado, Ensayo conductual, Retroalimentación y reforzamiento, Procedimientos cognitivos y Ejercicios de Relajación. Se hace referencia a las técnicas para designar al procedimiento o manera de poder psicoeducar a las personas para modificar o aprender nuevas conductas que posibiliten vincularse satisfactoriamente con una comunicación verbal y no verbal adecuadas, que permita a las personas poder expresar lo que piensan y lo que sienten mediante la interacción. Estas técnicas están pensadas teniendo en cuenta no solo las necesidades individuales sino además las del grupo y el contexto.

El criterio para que cada dato sea incluido en algunas de estas categorías fue el análisis del discurso, por lo que se delimitaron qué fragmentos de la entrevista constituían unidades de significado que dieran cuenta de cada aspecto de la clasificación elaborada.

Para facilitar el análisis, las categorías fueron tabuladas y se les asignó códigos de lectura. De este modo, la categoría Intervenciones se identificó mediante la letra “I”, las técnicas utilizadas con el código “T” y, por último, las habilidades sociales se codificaron mediante las letras “HS”. Esta etiquetación fue adjudicada en la totalidad de datos.

En un segundo momento del análisis de datos, se realizó un entrecruzamiento de las categorías, buscando identificar qué técnicas e intervenciones se emplearon para el entrenamiento de cada una de las habilidades sociales trabajadas en el taller. Este análisis se realizó para abordar el segundo objetivo específico del presente trabajo final de grado.

A continuación, se presentan los resultados de la investigación llevada a cabo. Los mismos se organizan en función de las habilidades sociales molares que se clasificaron como las dimensiones de las habilidades sociales abordadas en el taller. En cada habilidad molar se detalla la transversalidad que se ejerce desde el conjunto de intervenciones y técnicas que se emplean para su entrenamiento. Finalmente se presentan las habilidades sociales moleculares trabajadas en el taller, así como las intervenciones y técnicas empleadas para desarrollarlas.

6.1 Iniciar y mantener conversación

Respecto de esta habilidad social en el taller se trabajaron dos aspectos fundamentales. Por un lado, poder encontrar la manera de *iniciar un diálogo* con otra persona, y, por otro lado, *mantener ese diálogo* durante un lapso de tiempo. Con respecto al iniciar conversación, en el taller se buscó que los participantes puedan devolverle algo a quien está hablando, o contar espontáneamente algo de su día o algún recuerdo para agregar a lo que relata quien está hablando en un momento determinado. Con respecto al mantener una conversación, se trabajaron aspectos como el respeto, quedarse en el lugar escuchando y hacer silencio cuando alguien habla.

Las intervenciones empleadas para trabajar esta habilidad social fueron tanto transversales como centrales. Con respecto a las transversales, el momento del desayuno se concibe como uno de los espacios fundamentales para incentivar el diálogo entre pares, para lo cual resulta crucial poder entrenar cómo iniciar y mantener una conversación. Además, otra de las intervenciones transversales es poder fomentar durante la realización de cualquier tarea que se haga en el taller el hecho de que entre los mismos compañeros puedan buscar iniciar y mantener conversaciones.

En cuanto a las técnicas empleadas por las talleristas para trabajar esta habilidad social, encontramos el uso de instrucciones, modelado y retroalimentación y reforzamiento. Una de las talleristas mencionaba con respecto a las instrucciones: “a veces es señalar cosas de manera más indicativa (..) cuando señalamos algo que está bien o mal”. En cuanto al modelado “nosotras mostramos cómo lo hacemos (iniciar conversación) para que ellos vean, para guiar la acción y lo que se espera del taller”. En cuanto a la retroalimentación y el reforzamiento mencionaban “Si, si también utilizamos esas dos técnicas como un modo de señalar lo que estuvo bien y reforzar eso

para que se cree un aprendizaje real de esa acción o eso que estamos intentando transmitir (...). Cuando algo sucedía nosotras devolvíamos algo ¡Que bueno, que nos escuchamos todos! ¡Qué bien!!”.

6.2 Hablar en público

La habilidad de hablar en público fue trabajada a partir del desarrollo de dos aspectos, poder *estar tranquilos* y poder *desinhibirse* para hablar. En el taller, cuando trabajaron esta habilidad buscaron distintas maneras de lograrlo, por ejemplo, que las personas cuando tuvieran que hablar en público puedan imaginarse que están entre los compañeros relajados tomando mate y conversando.

Las intervenciones que se realizaron en esta habilidad fueron tanto transversales como centrales. Las intervenciones transversales en este caso fueron espacios con una finalidad particular, vincular al grupo con la comunidad, pero que en su realización requerían que las personas ejerciten el hablar en público, como la realización de festivales y programas de radio, entre otros. Por otro lado, las intervenciones centrales se destinaron a buscar maneras para que se sientan tranquilos y puedan desinhibirse en el momento de la exposición, por ejemplo, simulaban que estaban en la radio o festival, propusieron al grupo encontrarse un rato antes de ir al evento para buscar un momento de relajación compartido.

Por otra parte, las técnicas utilizadas por las talleristas fueron la instrucción, modelado, ensayo conductual, procedimientos cognitivos y ejercicios de relajación. En relación a la instrucción y al modelado una de las talleristas expresa que se fue explicando cómo hacer para hablar en público y ellas mismas lo ponían en práctica, buscando mostrar la importancia de “esto de animarse hablar en el grupo, del valor de la palabra de que no se inhiban”. La técnica ensayo conductual se utilizó para poner en práctica lo que debían decir en la radio. La utilización de la técnica de procedimientos cognitivos tuvo la finalidad de que los compañeros puedan trasladar esto que trabajaron a espacios de la vida cotidiana, tanto el hablar en público como también los ejercicios de relajación.

6.3 Defensa de los propios derechos

En esta habilidad se trabajaron formas de visibilizar los derechos a través del diálogo, en relación tanto a la defensa de los derechos *propios* como de los *demás*. Como expresa una de las talleristas “*nosotras los orientamos a que puedan defenderse cuando algo de eso no sucede o cuando están con alguna dificultad.*” (...) “*cuando N vino medio desorganizado, intentamos acompañar eso y acompañarlo al hospital*”.

Las intervenciones que se llevaron a cabo para dicha habilidad fueron, por un lado, transversales, ya que esta habilidad se trabaja durante todo el taller. Por ejemplo, con frecuencia se llevó al desayuno noticias del momento o situaciones de algún compañero en las que se evidenció la dificultad de percibir los derechos. Por otro lado, las intervenciones centrales para el desarrollo de dicha habilidad cumplieron la función de trabajar específicamente cómo defender los derechos propios. Por ejemplo, en el taller se realizaron debates sobre el tema y se mostró una guía instructiva de cómo ejercerlos y hacerlos valer; esto además fue puesto en práctica en el festival donde realizaron carteles para difusión de estos.

Con respecto a las técnicas, se trabajó con instrucciones como expresa una de las talleristas: “*ya que dirigimos una forma de visibilizar esos derechos, luchar por los mismos*” (...) “*anda a tal lugar, pregunta tal cosa, no dejar que le hagan tal o cual cosa, como en ese sentido*”. También se utilizó la técnica del modelado, lo cual se evidencia en el siguiente relato: “*les vamos mostrando lo que nosotras haríamos en alguna situación*”. Por último, se aplicó la técnica procedimientos cognitivos para reducir las autopercepciones negativas y para aplicar estrategias de generalización, así las talleristas lo exponen: “*en esto de disminuir cuestiones negativas y aumentar las positivas. En el sentido de sentirse muchas veces sin derechos y de haberlo naturalizado, y saber ahora que tienen estos derechos. El procedimiento cognitivo sería poder conocer otra cosa*”. (...) “*Intentamos que trasladen todo lo que vamos trabajando acá, a su vida cotidiana.*”

6.4 Pedir favores

Esta habilidad se abordó desde diversos aspectos, como poder *contar las propias necesidades* al grupo, *registrar al otro y confiar en el otro*, identificar que es posible una respuesta de auxilio ante una necesidad. Esto se refleja en los siguientes comentarios que compartieron: “*registrar la*

pertenencia del grupo, es poder confiar que el otro me puede ayudar con algo (...). Contar con el otro tiene que ver con registrar al otro, que el otro me pueda ayudar, no solo nosotras [las talleristas] (...), que los compañeros aprendan a pedir favores también habilita a contar que hay una necesidad y después a registrar que hay otro que te puede ayudar (...). ¡Tengo que ir en colectivo! Yo no puedo, bueno ayúdame”.

Para los mencionados abordajes, se precisó la utilización de intervenciones transversales y centrales. Con respecto a las primeras, las talleristas procuraron durante todo el taller correrse del lugar de coordinadoras y fomentar la promoción de vínculos entre compañeros, como relatan “yo no siento que coordino un taller, ya es de todos esto(...). Antes era todo hacía nosotras y ahora cuando alguien necesita algo lo plantea en el grupo, se ve quién lo puede ayudar a resolver (...). Ahora hay un par de compas que se ayudan entre ellos”.

En relación a las centrales, se trabajó puntualmente en las capacidades de pedir ayuda y favores que desarrolla esta habilidad, haciendo difusión de estos temas en la radio.

En cuanto a las técnicas, se utilizó la instrucción “si alguien necesita un favor hay que hacerlo o si alguien necesita algo debe formularse como pregunta más explícita”, y el modelado mostrando lo siguiente “nosotras mismas [las talleristas] mostramos entre nosotras que está bien pedir favores”.

6.5 Rechazar peticiones

Esta habilidad se abordó desde la significación del límite, considerando aspectos como *detectar deseos y fronteras propias, saber cuándo poner límites y expresar negación si algo incómoda*. Las talleristas plantean “se promueve que nadie está obligado hacer algo que no quiere, por ejemplo, se puede proponer hacer algo con porcelana fría y se puede decir -hoy no tengo ganas-... -no me gusta, no quiero compartir-. - ¡Bueno muy bien! - O sea, no está obligado(...). En la obra de teatro que hicimos S representa el "no" de manera concreta, con un límite, -yo también valgo, no voy a ceder a todo-”.

Las intervenciones que se llevaron a cabo para el rechazo de peticiones fueron tanto transversales como centrales. En relación a las transversales, se trabajó como norma del taller el poder decir no y su importancia. Las talleristas habitualmente interpelan preguntando “¿Tenes ganas? ¿Te gusta o no te gusta?”

En cuanto a las intervenciones centrales, se hipotetizaron situaciones tanto en el taller como en la obra de teatro. Así se refleja en lo que expresan las talleristas: *“un compañero cuenta algo y dice ‘che. ¿ustedes qué hubieran hecho en tal situación?’ ”*. Entonces se tomaba ese aspecto y se debatía para ver cómo hubieran hecho para rechazar un pedido específico.

Se utilizaron cuatro técnicas para el desarrollo de esta habilidad: instrucciones, modelado, ensayo conductual y procedimientos cognitivos.

Desde la instrucción se planteó poder decir “no” cómo se identifica en el relato *“no hagan algo que no quieren (...). Deciles no quiero esto o lo otro (...), cuando C hablaba de que se había puesto una pollera que le gustaba y alguien le dijo que se la sacara. Y le dijimos ¿por qué tenés que obedecer? digamos, ¡hace lo que quieras!”*. En la segunda de las técnicas aplicadas que se mencionan, las talleristas dijeron *“O sea nosotras también mostramos cuando algo no queremos del taller”*. El ensayo conductual se utilizó para hipotetizar situaciones y roles implicados en el rechazo de peticiones, como expresan los comentarios de las entrevistadas: *“cuando hipotetizamos situaciones o cuando algún compañero trae una situación preguntamos -y vos ¿cómo hubieses hecho? - (...). Usamos el role playing cuando preparamos una situación u obra”*. En la cuarta y última técnica aplicada, los procedimientos cognitivos, se trabajó mediante la estrategia de generalización. Así, enuncian en el diálogo *“es transmisible a la vida cotidiana digamos. como nosotras lo ponemos en acto en el taller sirve como aprendizaje a la vida cotidiana”*.

6.6 Hacer y aceptar cumplidos

En esta habilidad se trabajó el aspecto vincular que refiere a las emociones y sentimientos que se fueron generando en la dinámica del grupo cuando alguien hacía o recibía un cumplido.

Las intervenciones transversales que se llevaron a cabo para esta habilidad rondaron en torno al encuadre del taller, siendo uno de los aspectos fundamentales la manera adecuada de vincularse en el grupo. En este sentido, se incluyeron temáticas de la modalidad vínculo, por ejemplo, con pares y la demostración de interés hacia otro desde un lugar amoroso, como se menciona en el relato *“bueno charlemos ¿qué les gusta a ustedes? Y alojar desde otro lugar. Nosotras nos interesamos si están bien, desde un lugar más amoroso y no, -bueno necesitas la medicación, necesitas convocar al trabajador social-, no desde un lugar de estrategia terapéutica”*.

En relación, a las intervenciones centrales se conversó sobre temas como el concepto de amor, amistad y elogios. Con respecto a esto las talleristas cuentan “*esto lo tuvimos que trabajar. Porque se confundían, por la propia dinámica de la vida, de sus cuestiones, de sus padecimientos. A veces hubo que trabajar cosas desde el amor o desde la amistad, porque desde el principio lo que pasaba es que alguno/a pensaba - ¡me está tirando onda! -, y hubo muchas situaciones de esas donde aceptar un abrazo, los ponía en aprietos, lo devolvían no desde una actitud de compañero sino de otra cosa (...). Hubo que trabajar mucho el concepto de amistad y de cariño como un modo de amistad y no de querer erotizar a alguien (...). Cuando O se hizo más flequillo le dijimos - ¡que lindo le quedaba! -. Otra compañera se cortó el pelo y le dijimos - ¡huy que lindo! -, que linda la bufanda, cosas así (...). Algunos compañeros aprendieron a devolver algo ¡Qué lindo esto o aquello! Antes estaban muy distantes”.*

Las técnicas que se llevaron a cabo fueron las instrucciones, para comunicar las cuestiones referidas al encuadre del taller, el modelado, mostrando, las talleristas, ejemplos de cómo hacer cumplidos. Por último, procedimientos cognitivos, para que los compañeros puedan trasladar a la vida cotidiana la forma de vincularse en el taller.

6.7 Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo

La habilidad expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo, tiene lugar más que nada en el desayuno, pero también puede darse mediado por la tarea. Estos son espacios en los que se promueve el debate sobre diversos temas y en que se incluyen aspectos como *escuchar, hablar de lo que se piensa y respetar la opinión diferente*. El siguiente relato, en momentos en que las talleristas trabajan diversas cuestiones, ilustra esto “*que tienen que ver la ideología del taller; puede que no todos estemos de acuerdo con el aborto, pero a la hora del taller nosotras apoyamos esta idea. Podemos escuchar las diversas opiniones, las debatimos en grupo(...), expresamos, y el que está en desacuerdo sabe que puede expresarlo y se acuerda seguir participando”.*

Las intervenciones realizadas en torno a esta habilidad, por un lado, fueron transversales y giraron en torno a temas que se deben tener siempre presentes, los cuales son parte del encuadre

del taller. Ideologías y posiciones que adoptan las talleristas son ejemplo de que, si bien cada cual puede estar o no de acuerdo, de todos modos, puede opinar, pero siempre prevalece la ideología del taller. Por otro lado, las intervenciones centrales fueron sobre temas o noticias de salud mental que estaban en auge. Estas se trabajaron en un taller específico, promoviendo el debate y expresión de opiniones. En algunos temas se enriquece las instancias con la presentación de videos para organizar posteriores volanteadas y otros con la concurrencia a charlas en la universidad. Así comparten la experiencia las talleristas: *“Cuando hicimos la volanteada de salud mental en alerta trajimos un video para mostrar, que tenía que ver con lo que estaba pasando y lo trajimos nosotras para trabajar. (...). Una compañera trajo toda la situación de Chano, caso polémico, de la intervención que hizo la policía y todo lo que sucedió en los medios de comunicación lo trajo y lo debatimos”*.

La técnica utilizada para promover la expresión de opiniones fue la instrucción. *“Ellos saben que tenemos una postura política. Pueden adherir o no, pero que no adhieran no quiere decir que no pueden participar, si entienden que a la hora de salir a la comunidad esta es la dirección del taller”*.

6.8 Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado

Tal habilidad se trabajó promoviendo la capacidad de diálogo y la expresión de lo que no les gusta o molesta al momento de lograr consensos.

Las intervenciones transversales se enfocaron en temas que se deben tener siempre presentes durante momentos compartidos, como el desayuno. Estos temas son parte del encuadre del taller, como ideologías y posiciones que adoptan las talleristas. Se promueve que sean aceptados y respetados para el bien común del taller. Además, se estimula con constancia que cada uno pueda expresar lo que les molesta o desagrada de manera asertiva. Las intervenciones centrales, propiciaron sustento a las transversales en el marco de las denominadas asambleas. Estos espacios son un escenario estratégico de participación colectiva que tienen como propósito promover el diálogo mediante la expresión y fundamentación de ideas, el debate respetando las opiniones de los compañeros, la manifestación de desacuerdos en forma asertiva. De esta manera, este recurso fortalece el trabajo que se realiza en esta habilidad, por ejemplo, en cuanto a la aceptación de compromisos y asumiendo responsabilidades que favorezcan la cohesión del grupo y el respeto de los acuerdos colectivos por encima de las iniciativas individuales. Las asambleas se realizaron de

modo mensual y allí cada uno debía expresar lo que les gustaba o no respecto al mismo taller y/o situaciones que se atravesaban individualmente o en el grupo.

Por otra parte, las técnicas a las cuales se recurrió para abordar la habilidad fueron la instrucción y modelado; el siguiente relato lo evidencia: *“Cuando hay algo que nos desagrada o nos molesta lo tenemos que decir para poder solucionarlo. Cuando hay algo que a nosotras nos molesta o desagrada lo decimos, lo trabajamos, lo ponemos en debate, damos la posibilidad de que eso se cambie”*.

6.9 Disculpase

Los aspectos más importantes trabajados de esta habilidad, a través del diálogo, fueron: *prestar atención a lo que está bien y lo que no, reflexionar y discernir cuándo pedir disculpas*.

Las intervenciones transversales que operaron en todo momento del taller respecto de esta habilidad fueron dirigidas a temas espontáneos o no resueltos que de alguna manera incomodaron y requerían tener la actitud de pedir disculpas. Al respecto, una de las talleristas menciona *“por ahí comentamos algo que no está bueno, o dijimos algo que al otro le generó una actitud más distante. Uno puede percibir esas cosas y puede disculparse con el otro”*. Las intervenciones centrales, que se abordaron en asambleas, fueron referidas a los tipos de reacciones negativas que algunos/as habían tenido en el taller, principalmente el enojo, tras el cual no lograban pedir disculpas. El objetivo de esto fue que pudieran revertir reacciones que hayan sido negativas con los otros mediante el pedido de disculpas.

Las técnicas utilizadas para fomentar dicha habilidad fueron, por una parte, la instrucción, como expresa una de las talleristas *“cuando hay algo que es muy explícito, sí, hay que dar instrucciones. Cuando es algo muy obvio, cortar en el momento y plantear la situación”*. Además, se trabajó desde el modelado, cuando las talleristas dicen *“en el sentido que nos puedan ir viendo a nosotras también cuando nos disculpamos con ellos. Mostrar cómo uno afronta ciertas situaciones”*. En cuanto al uso del reforzamiento como tercera técnica utilizada, las talleristas cuentan *“lo usamos cuando algo surge de forma espontánea y se actúa como venía comentando. Cuando la cosa funciona, siempre intentamos señalar lo positivo y reforzarlo”*. Por último, los

procedimientos cognitivos se emplearon desde la estrategia de generalización como lo evidencian las talleristas *“Si, para que puedan llevarlo afuera del taller”*.

6.10 de cambios en la conducta del otro

En esta habilidad se trabajaron aspectos como: *la importancia de saludar, el silencio, registro y valor del vínculo con los compañeros, tipos de abrazos, respeto del cuerpo del otro, del espacio, puntualidad, identificar modos de comunicación para para reconocer cuando una broma deja de serlo, y por último reconocerse como sujetos de derechos y deberes*. Una de las talleristas ilustra estas situaciones: *“Capaz que uno venía y no hacía nada, ahí teníamos que decir que levanten la taza, que barremos entre todos (...) quién va a lavar, quién va a barrer. Otras veces lo hacemos de manera menos explícita, mediado por la tarea de escuchar o hacer silencio” (...)* *No es que nos tenían que hablar a nosotras, sino que hablamos entre todos. Entonces, escuchar, aunque no me interese. Pasaba que por ahí uno bostezaba exageradamente y decía - ¡que aburrido! -, bueno, eso no (...)* *“ah bueno, también trabajamos los eructos, estornudos, decíamos -no es chistoso, estamos desayunando-, o comían rápido las galletitas - compartan, dejémosle a un compañero. Esperen, coman despacio, disfruten. - “*

En cuanto a las intervenciones transversales aplicadas a esta habilidad, las mismas se visibilizaron continuamente haciendo ejercicio de las normas de convivencia. En ello, algunos aspectos apuntaron a la responsabilidad individual, trabajo en equipo, regulación de conductas indeseadas. Como dicen las talleristas *“tratamos de rebuscárnoslas desde la solidaridad. Si hacemos rifas vendemos todos, aunque vendan una, es intentar.”* Desde las intervenciones centrales se focalizó en promover hábitos saludables para el cuidado del cuerpo, un tema de conversación que se desarrolló a partir de la invitación a personas que no eran parte del taller. Las talleristas relatan *“Obviamente que no todos tienen la posibilidad de higienizarse, pero bueno, eso también lo fuimos trabajando. Llevamos a una peluquera que nos cortó el pelo a todos gratis. Otras veces llevamos jabón, champú y crema de enjuague de regalo para los compañeros y conversamos sobre cuidados del cuerpo, lavado. (...)* *Una vez llevamos a una nutricionista que nos dio una charla sobre alimentación dentro de las posibilidades económicas de los compañeros.*

Ahora, ya no necesitan que hablemos de esas cosas. Les hace bien el taller porque han podido mejorar un montón.”

La técnica utilizada fue la instrucción y de ello da cuenta una de las talleristas *“le decíamos - ¡hola, ¿qué tal?, buen día! Saludamos. Si no quiero saludar uno por uno hago un saludo genérico, pero nos debemos saludar-”*.

6.11 Afrontamiento de críticas

Los aspectos relevantes trabajados en esta habilidad fueron *identificar cuando algo molesta, cuando es el momento de una crítica o plantear una conversación sobre los comportamientos del otro*. Estas cuestiones son abordadas desde la comunicación asertiva y amorosa.

El diálogo, en consecuencia, ha sido la intervención transversal que se presenta permanentemente en el tratamiento de la habilidad de este apartado.

Las técnicas utilizadas fueron la instrucción y modelado, las talleristas manifiestan *“Siempre en el orden de la instrucción, no sirve de nada desde el enojo si no va con un fin de cambio y siempre con ternura. Nosotras siempre apelamos al uso de la ternura para transmitir lo que queremos transmitir. Lo hacemos a través del modelado y de las instrucciones también, porque hay cosas que hay que decirles de manera explícita: -eso sí, eso no-.”*

6.12 Habilidades moleculares

Así, como se han identificado dimensiones de las hhss molares, en el taller se reconocen habilidades moleculares descritas en el marco teórico las cuales fueron mencionadas por Caballo (2007)

Las habilidades moleculares se encuentran identificadas de forma transversal en las habilidades molares trabajadas en el taller. Por ejemplo, en el desayuno se evidencia el trabajo de componentes moleculares paralingüísticos. Además, una intervención central donde se incorpora una nueva técnica, que profundiza habilidades moleculares no verbales.

6.12.1 Componentes moleculares no verbales

Miradas, Expresión facial, Sonrisas y Postura Corporal

Los aspectos fundamentales abordados de las habilidades fueron: los movimientos de la cara, gestos, sonrisas y dirección de la mirada cuando habla algún compañero. Como expresan las talleristas *“mirar al compa que está hablando, lo miro, lo escucho, lo registro”*. y con respecto a la postura corporal, *“movimientos en los brazos, las piernas y la postura. Venían muy robotizados, medios desarmados”*

La intervención central llevada a cabo para trabajar estas habilidades son los ejercicios de danza, música y ejercicios de soltar, relajación y psicodrama. Las talleristas relatan *“nos tirábamos al piso, nos sacamos las zapatillas. Después bailábamos exagerados menos exagerados”*.

Las técnicas aplicadas para las habilidades molares fueron: la instrucción, modelado, reforzamiento y expresión corporal. Como dicen las talleristas *“lo fuimos marcando (...) podían sonreír todo lo que quisieran siempre y cuando no falten el respeto. (...) no ponemos los pies arriba de la mesa, capaz que alguno se tiraba sobre esta. (...) fíjate que al lado Tenes al compa, sentate mejor. (...) cuando alguien está encorvado se marca la espalda y decimos - ¡bien atrás!, nos paramos derecho imagínense que nos están tirando de un hilito -. (...) van copiando nuestros movimientos (...) ¡qué bueno lo lograste”!* (...)

6.12.2 Componentes moleculares verbales

Tono, Volumen de la voz, Tiempo de Habla y sentido del humor

Los aspectos fundamentales de estas habilidades fueron: El registro del tono de voz, el momento adecuado de la palabra y las condiciones de las bromas.

Las intervenciones transversales de estos componentes moleculares se desarrollaron principalmente en el desayuno.

La técnica aplicada fue por instrucción como manifiestan las talleristas *“no hace falta gritar para que te escuchen (...) Así, como estás hablando yo, te escucho mirar al compañero que está*

hablando (...) si alguien interrumpe, se dice espera “(...) El chiste deja de ser chiste cuando la gente no se ríe. No puede condicionar una cuestión física y no tiene por qué hablar de... “No es un chiste hacer eso, no es gracioso”.

7. DISCUSION

En toda la investigación se ha hablado de la esquizofrenia y la condición discapacitante que resulta ser para la persona que la padece no solo por la sintomatología sino además el desmejoramiento en las capacidades cognitivas, emocionales y vinculares, perdiendo la capacidad para funcionar en los distintos ámbitos laboral y social. Los déficits se reflejan principalmente en las conductas molares y las conductas moleculares.

A pesar que múltiples investigaciones que apuntan que la enfermedad es de origen orgánico todavía carece de un modelo consensual que explique su variada sintomatología clínica por lo tanto hay factores que intervienen en su aparición, tal como el estrés ambiental, y ciertas condiciones psicosociales, pudiendo ser multifactorial su etiología. cómo se referenció a Silvestre, Ingelmo y García-Ordás (2013), autores utilizados en el marco teórico del presente trabajo. La interrelación que se presenta entre los factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales no deben minimizarse ya que, además del deterioro de salud o calidad de vida, el deterioro de las competencias sociales en personas con esquizofrenia promueve varias condiciones que le impiden desenvolverse en su vida cotidiana.

Con este concepto de ser una enfermedad multicausal es que se posibilita la propuesta de tratamiento integrales que contemplen los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. Estos últimos involucran por ejemplo terapias cognitivo conductuales, terapias psicoeducativas y terapias psicosociales entre otras. Este tipo de intervenciones pueden abordarse con diferentes técnicas, según el ámbito de trabajo, como también si el mismo es individual o grupal. Sin embargo, los mencionados tratamientos psicoterapéuticos confluyen en la observación de una evolución de las habilidades sociales de los pacientes con esquizofrenia.

Es menester considerar el entrenamiento en habilidades sociales como una alternativa sumativa para los tratamientos de esquizofrenia. Se evidencia en muchas investigaciones y programas de

intervención abocados al entrenamiento social, que el trabajo en el desarrollo de las HHSS potencia los recursos de afrontamiento y la red de apoyo social, permitiendo que resulten aminorados los estresores ambientales (Lira, 2009). Se reconocen en los distintos antecedentes consultados que los tratamientos no farmacológicos implican las intervenciones antes mencionadas, principalmente las relacionadas a intervenciones de tipo psicológico como psicosocial, y también que los abordajes sean desde distintas disciplinas.

Por tal motivo, retomando los objetivos del taller autogestivo del presente estudio, el cual podría incluirse dentro de las terapias con perspectiva psicosocial, uno de ellos fue describir este tipo de intervenciones clasificándolas para su análisis según sean estrategias de aprendizaje transversales o centrales. La agrupación que se realizó en el análisis incluyó en las primeras aquellos asuntos que tuvieran permanencia a lo largo del taller y en los segundos asuntos que ameritaron resolverse en el momento. También en este propósito se buscó describir las técnicas con las cuales fueron aplicadas las intervenciones psicosociales, tanto las centrales como transversales. Las técnicas son instrucciones, modelado, ensayo conductual, feedback y retroalimentación, procedimientos cognitivos y ejercicios de relajación.

Con respecto a las intervenciones se encontró en la mayoría del material consultado que las mismas se enmarcan dentro de programas con objetivos a cumplir con días y horarios preestablecidos. Las habilidades son evaluadas antes de las intervenciones de dichos programas y luego cuando se termina el proceso. Por el contrario, las aplicadas en el taller del presente estudio, como se citaron anteriormente se aplicaron según ameritaran en el momento en el caso de las centrales y las transversales como intervenciones permanentes. Cabe destacar, que independientemente a los tipos de intervenciones mencionadas todas guardan el mismo objetivo como referencia Moriana et al (2015) en el marco teórico que es el aprendizaje y la evaluación del comportamiento de forma general de las personas y las habilidades sociales e interpersonales, de comunicación (verbal y no verbal) y las de percibir, interpretar y responder adecuadamente a situaciones de la vida cotidiana.

Se puede corroborar que las técnicas aplicadas en el taller autogestivo coinciden en su gran mayoría con las técnicas que se reconocieron ser las más frecuentemente utilizadas, independientemente del contexto de aplicación en los antecedentes y el material consultado. Sean estas técnicas de instrucción, de modelado, de ensayo conductual, y/o de procedimientos cognitivos, en todos los ámbitos se permite identificar el grado de importancia que tienen las mismas para el entrenamiento de habilidades sociales.

En el análisis de resultados se corroboró lo planteado por Caballo (2007) en el marco teórico en relación a las habilidades molares más importantes para trabajar en el entrenamiento, ya que en el taller se trabajaron en su totalidad, además se pudo evidenciar en la mayoría de los estudios de antecedentes coincidencias en la utilización de los mismos tipos de las habilidades propuestas. Sumado a ello, el fortalecimiento de las distintas hhss son posibles de aplicar en distintos contextos de trabajo y diversas disciplinas de aplicación, tanto psicológicas como psicosociales. Esta característica posibilita que para el aprendizaje de un mismo tipo de habilidad se pueda desenvolver desde multitud de técnicas que las permitan trabajar, por ende, con diferentes tipos de intervenciones.

Para concluir, el entrenamiento en habilidades sociales es una herramienta que está adquiriendo mayor relevancia para complementar con el tratamiento farmacológico en personas con esquizofrenia.

8. APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

En futuras investigaciones se podría ampliar el número de entrevistados para que sea aún más significativo el resultado.

Se debería considerar el abordaje y entrenamiento de las habilidades moleculares con la misma relevancia que las habilidades molares, ya que ambas mantienen el mismo grado de importancia.

Se debería contemplar, la aplicación de este tipo de entrenamiento en varios ámbitos y poder gestionar para que haya lugares comunitarios donde puedan concurrir las personas con este padecimiento para promover la inclusión social.

Es importante tener en cuenta que luego de la aplicación de los entrenamientos, se debería hacer un seguimiento, ya que en la mayoría de los casos se van olvidando de las conductas adquiridas.

9.LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

Por falta de tiempo no se pudo plantear como objetivo la eficacia del entrenamiento en hhss en el taller y realizar un estudio longitudinal. Con el propósito de poder indagar cómo las personas con esquizofrenia se sienten luego del entrenamiento.

Hubiera sido significativo además entrevistar a familiares para corroborar a nivel interpersonal, y a nivel de vínculos significativos si se generaron cambios, además de cambios en la autonomía

10. PROPUESTA DE INTERVENCION

Una de las propuestas de intervención difundida en las redes sociales con un mes de anticipación destinada a los psicólogos comunitarios la cual se basaría en una jornada de reflexión para un cupo de 20 personas sobre programas de entrenamiento en HHSS en la práctica profesional comunitaria. Los materiales que se utilizarían serían una computadora, un proyector, pizarrón, marcadores y sillas, lugar físico espacio comunitario de la municipalidad de General Roca. Se comenzaría de la siguiente manera: Caldeamiento de diez minutos, primero me presentaría como psicóloga y la coordinadora del taller luego el encuadre, forma de trabajo y presentación de cada participante con el objetivo de crear un clima de apertura. Luego en el desarrollo se presenta diez minutos material visual sobre distintas maneras en las que se pueden abordar las habilidades sociales, en base a distintos autores. Se les dará veinte minutos para una puesta en común entre grupos de cinco personas. Como cierre conclusiones de aportes de cada participante con el objetivo de compartir conocimientos y experiencias que promuevan el aprendizaje entre pares y poder diseñar para aplicar programas de habilidades sociales enriquecedores que se puedan implementar en distintos ámbitos de salud.

La siguiente propuesta consiste en promover espacios comunitarios para intervenciones psicoeducativas. Se comenzará pidiendo un espacio comunitario al municipio de General Roca en principio durante dos meses. Se difundirá en redes sociales y se informará al hospital de General Roca para que puedan ir si les interesa a los usuarios y familiares que se atienden allí con el objetivo de brindar información al paciente y a la familia sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento, así como también brindarles estrategias de afrontamiento. Los que llevarán a cabo esta propuesta serán un/a psicólogo/a y un trabajador/a social. Los

materiales que se van a precisar son: sillas, un escritorio o una mesa un pizarrón y marcadores. Esta propuesta se organizaría de la siguiente manera: Un día a la semana de 14 a 16 hs. la primera semana será para los cuidadores de las personas con esquizofrenia. La idea es que se puedan sentir escuchados y que encuentren en el espacio, un lugar para ellos. Los profesionales antes mencionados podrán hacer las intervenciones pertinentes según el caso. La siguiente semana es informativa donde se transmite información al paciente y a la familia sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento, así como también estrategias de afrontamiento, Sería una semana para cuidadores y otra para personas con padecimiento y sus cuidadores hasta concluir los dos meses. Esta propuesta se pensó ya que numerosos estudios han demostrado que las intervenciones psicoeducativas logran reducir la emoción expresada, disminuir las tasas de rehabilitación y las recaídas en las personas con esquizofrenia.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alanen, Y. (2003). La esquizofrenia. *Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid*

Antón, C. C., & Ruiz, Á. C. ¿Es la poda sináptica una de las causas de la esquizofrenia? Libro de Comunicaciones Premiadas, 79.

Araujo, Z. M., & Yannarella, W. E. (2010). Tres miradas, una apuesta: aproximaciones teóricas a la esquizofrenia. *Revista Mal-estar E Subjetividades, 10(2)*, 369-396.

Arceo López, J. G. (2015). Elaboración de un plan de intervención para habilidades sociales en personas con esquizofrenia: estudio piloto del programa CONECTA.

Arias Horcajadas, F. (2007). Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones, 19(2)*, 191-203.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana.

Bados López, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos.

Borges, M. J. G. (2022). Rehabilitación Psicosocial en la Esquizofrenia (Doctoral dissertation, Universidad de la República).

Bordás, C. S. (2010). Trabajando la prevención: habilidades comunicativas en personas con esquizofrenia. Conocer la enfermedad para trabajar desde la escuela. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado (REIFOP)*

Budi Anna Keliat, Ni Made Riasmini, Novy Helena Catharina Daulima, Erna Erawati (2022) Aplicación del modelo comunitario de enfermería de salud mental entre las personas con esquizofrenia, *Enfermería Clínica (English Edition)*, Volumen 32, Issue 2, 2022, Pages 131-138, ISSN 2445-1479,

Caballo V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. editorial

Busquets Puig*, M. (2020). Estudio de investigación: contribución a la comunidad y calidad de vida en personas con trastorno mental grave: Research study: contribution to the community and quality of life from occupational therapy. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 17(1), 35-45.

Caballo, V. E. (1995). Una aportación española a los aspectos moleculares, a la evaluación y al entrenamiento de las habilidades sociales. *Revista Mexicana de Psicología*, 12(2), 121-131.

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión Volumen 1

Cortez-Vásquez, E. V., Ramos-Calsín, L. Y., & Herrera-López, V. E. (2021). Perception about psychosocial integration clubs for people with schizophrenia in Lima, Peru. Percepción sobre los clubes de integración psicosocial para personas con esquizofrenia en Lima, Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 38(3), 412–423.

Díaz-Zuluaga, AM, Vargas, C., Duica, K., Richard, S., Palacio, JD, Agudelo Berruecos, Y., Ospina, S., & López-Jaramillo, C. (2017). Efecto de una intervención multimodal en el perfil psicológico de pacientes con Esquizofrenia y TAB tipo I: Estudio del Programa PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 46 (2), 56-64.

Escudero Buñay, V. A. (2019). *Entrenamiento de habilidades sociales para mejorar el desempeño de roles en pacientes con esquizofrenia en el Centro Ambulatorio Especializado San Lázaro en el período noviembre 2018–abril 2019* (Bachelor's thesis, Quito: UCE). Quito. Ecuador.

Espinoza, D., & Sosa, C. (2015). Esquizofrenias. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 7- 9.

Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 223-244.

Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. E., Loyzaga, C., García-Anaya, M., & Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud mental*, 24(4), 36-40.

García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 9-25.

Goleman, D. (2010). *La práctica de la inteligencia emocional*. Editorial Kairós.

González Cases, J., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.

Glausier, JR y Lewis, DA (2013). Patología de la espina dendrítica en la esquizofrenia. *Neurociencia* , 251 , 90-107.

González Núñez, S. E. (2022). Eficacia del abordaje psicodinámico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

González Núñez, S. E. (2022). Eficacia del abordaje psicodinámico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill, Interamericana.

Insúa, P, Grijalvo y Huici, P. (2001). Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia: síntomas clínicos y medidas psicolingüísticas. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, (78), 27-50.

Iruarrizaga, I., Gómez-Segura, J., Criado, T., Zuazo, M., & Sastre, E. (1999). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 2(1), 169-180.

Lemos Giráldez, S., Vallina Fernández, O., Fernández Iglesias, P., Fonseca Pedrero, E., & Paino, M. (2010). Bases clínicas para un nuevo modelo de atención a las psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 299-318.

Libro de Comunicaciones Premiadas (2021) Facultad de Medicina Universidad Complutense de Madrid (UCM)

Lira, N. A. H. (2009) Entrenamiento en Habilidades Sociales para pacientes con Esquizofrenia

Lira, N. A. H. Influencia de la propuesta de Aarón Beck en el tratamiento de la Esquizofrenia. *INDICE*, 16.

López Laredo, B. S., & Ibarra Tancara, M. U. (2013). Esquizofrenia. *Revista de Actualizacion Clinica Investiga*, 35, 1804. Recuperado de

López, J. A. (2016). *Elaboración de un plan de intervención para habilidades sociales en personas con esquizofrenia: estudio piloto del programa CONECTA* (Doctoral dissertation, Universitat de València).

Manrique, V. E. C. (1982). Los componentes conductuales de la conducta asertiva. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 37(3), 473-486.

Martínez Toapanta, D. E. (2018). *Efectividad de un programa con técnicas creativas para mejorar las habilidades sociales en pacientes esquizofrénicos residuales del Hospital Especializado Julio Endara durante el período Octubre 2017-Abril 2018* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Molina Gutierrez, C. (1998). *Orientación como práctica pedagógica*. Colombia: Barinas Unellez

M.P. Jiménez, F. Ramos, M.C. Sanchís, *Manual de Psicopatología*, Madrid 2009, vol. II, 425-426. 5 M.P.

Moriana¹, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque¹, B., Cangas, A. J., & Alós¹, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia.

Mullor, D., Gallego, J., Cangas, A. J., Aguilar-Parra, J., Trigueros, R., & López-Pardo, A. (2020). Impacto psicológico y social de un programa de deporte inclusivo entre estudiantes y personas con trastorno mental grave. *Revista de Psicología del Deporte*, 29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7871876>

Obiols, Ll. J. y Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *Revista International journal of psychology and psychological therapy*, 3(2), 235-250.

Ojeda Del Pozo, N. P. (2009). La predicción del diagnóstico de esquizofrenia : el rol de la neurocognición en el primer episodio de psicosis. *Publicaciones De La Unive.* (p17)

Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 151-172.

Petkari, E. (2007) La relación entre habilidades sociales y el apoyo social percibido en la esquizofrenia.

Puig, M. B. (2020). Estudio de investigación: contribución a la comunidad y calidad de vida en personas con trastorno mental grave. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 17(1), 35-45.

DOI: S1885-527X2020000100006

Riso, W. (2002). *Cuestión de dignidad: aprende a decir no y gana autoestima siendo asertivo* . Editoria Norma.

Rabadán, A. Z., & Castillo, I. I. (2000). Entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la esquizofrenia: Una revisión. *Norte de Salud Mental*, 3(8), 29-44

Rodríguez, Mercedes (2011) *Manual de habilidades sociales Habilidades de comunicación* p. 1a ed. -- Managua, Artes Gráficas, 2011 73 p.

Saiz, J., de la Vega, D. C., & Sánchez, P. (2010). Bases neurológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 235-254.

Santolaya Ochando, F. (2016). Aportaciones del entrenamiento en habilidades sociales al tratamiento de la Esquizofrenia. *INFORMACIÓ PSICOLÓGICA*, (79), 14–21.

Salavera, C. (1999). Análisis de patologías del lenguaje en la esquizofrenia: aspectos psicológicos, *Cuadernos de ICIJA*, 6, 185-192.

Sierra, L. A., & López, E. H. V. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*, 23(01), 131-145.

Silvestre, M.; Ingelmo, J. y García-Ordás, A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118),289-300.

Vásquez, L. V. (2016). Factores asociados al diagnóstico de esquizofrenia en el Valle de Aburrá. (Trabajo de grado). Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia.

Valencia Ticona, I. I. (2019). Programa de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia de un hospital de ESSALUD 2018.

Verdugo, K. A. G., Flores, P. L., & Millanes, B. C. V. (2020). Evaluación de hábitos de estudio en Universitarios de Ciencias de la Salud. *Memoria Universitaria*, 1(1).

Vidal Gutiérrez, Daisy Angélica, Saldivia, Sandra, Grandón Fernández, Pamela, & Inostroza Rovegno, Carolina. (2019). Efectividad de la terapia familiar conductual en personas con esquizofrenia: un ensayo clínico controlado y aleatorizado. *Salud mental* , 42 (2), 65-74.

Vicente E. Caballo (2007)Manual y Entrenamiento de Habilidades Sociales Editores XXI España S.A.

12. ANEXOS

11.1 Anexo A: Entrevista semiestructurada de evaluación de HHSS y técnicas de intervenciones

Edad:	
Sexo:	
Fecha:	Lugar:
Duración:	
Elementos molares	
¿Qué HHSS se buscó desarrollar en el taller?	

1	Iniciar y mantener conversaciones	
2	Hablar en público	
3	Expresión de amor, agrado y afecto	
4	Defensa de los propios derechos	
5	Pedir favores	

6	Rechazar peticiones poder decir “no “	
7	Hacer cumplidos/ Aceptar cumplidos	
8	Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo	
9	Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado	
10	Disculparse o admitir ignorancia	
11	Petición de cambios en la conducta del otro	
12	Afrontamiento de críticas	

1. Iniciar y mantener conversaciones
¿Qué intervenciones y técnicas se llevaron a cabo?
¿Se utilizaron otras técnicas?

2. Hablar en público
¿Qué intervenciones se llevaron a cabo y con qué técnicas?
¿Se utilizaron otras técnicas?

3. Expresión de amor, agrado o afecto

¿Qué intervenciones se llevaron a cabo y con qué técnicas?

¿Se utilizaron otras técnicas?

4. Defensa de los propios derechos

¿Qué intervenciones y técnicas se llevaron a cabo?

¿Se utilizaron otras técnicas?

5. Pedir favores

¿Qué intervenciones se llevaron a cabo y qué técnicas?

¿Se utilizaron otras técnicas?

6. Rechazar peticiones

¿Qué intervenciones y técnicas se llevaron a cabo?

¿Se utilizaron otras técnicas?

7.Hacer cumplidos/Aceptar cumplidos

¿Qué intervenciones y técnicas se llevaron a cabo?

¿Se utilizaron otras técnicas?

8.Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo

¿Qué intervenciones y técnicas se llevaron a cabo?

¿Se utilizaron otras técnicas?

9.Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado

¿Qué intervenciones y técnicas se llevaron a cabo?

¿Se utilizaron otras técnicas?

10. Disculpase

¿Qué intervenciones y técnicas se llevaron a cabo?

¿Se utilizaron otras técnicas?

11. Petición de cambios en la conducta del otro

¿Qué intervenciones y técnicas se llevaron a cabo?

¿Se utilizaron otras técnicas?

12. Afrontamiento de críticas

¿Qué intervenciones y técnicas se llevaron a cabo?

¿Se utilizaron otras técnicas?

¿Se trabajaron elementos moleculares como los descritos en el cuadro siguiente?

¿Cómo se trabajaron?

Observación Conductual

Elementos moleculares	
Mirada	
Expresión facial	
Sonrisas	
Postura corporal	

Tono	
Gestos	
Volumen de la voz	
Fluidez	
Tiempo de habla	
Claridad	
Contenido verbal	
Sentido del humor	

11.2 Anexo B Consentimiento informado

Consentimiento informado

Nro. de Protocolo:

Formulario de consentimiento informado

Me ha sido explicado que la estudiante Verónica Alejandra Martínez, está realizando una investigación para su Trabajo Final Integrador para obtener el grado de Lic. en Psicología en la Universidad de Flores. Es por esta razón que yo,, acepto voluntariamente participar del trabajo final integrador que tiene como objetivo describir las intervenciones para el entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia.. Se me ha informado que el uso de los resultados será exclusivamente académico y utilizado de forma anónima y confidencial.

He recibido una explicación clara y completa sobre el carácter general de la administración y de que no le será posible a la examinadora aclararme sobre los resultados de la misma.

Firma:

Firma estudiante informante:

Aclaración:

Aclaración: Veronica Alejandra martinez

DNI:

DNI: 27965808

Lic. en Psicología

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales – Universidad de Flores

Cipoletti, Río Negro

2023

