

Trabajo de Final de Máster

TÍTULO

Estudio de la efectividad del uso de juegos como estrategia para la adquisición de habilidades sociales en pacientes diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide en situación de institucionalización.

Autor: Juan Carlos Romero Cruz

Director: Dr. Alfonso Barrós

Fecha de lectura: Noviembre de 2015



Resumen

El presente proyecto tiene como objetivo el desarrollar habilidades sociales en pacientes con trastorno mental grave institucionalizados. Para entender cómo se va a configurar la dinámica de acción se tiene previsto el poder manejar categorías conceptuales que posibiliten acercarse a la realidad de los pacientes institucionalizados. El capítulo I se desarrolla el concepto de institución a partir de los preceptos de Michel Foucault y Erving Goffman, los mismos que buscan describir los procesos que se realizan al interior de las instituciones, así como la construcción de la subjetividad de las personas que se encuentran internadas, cuestionando en muchos de los casos las prácticas de control ejecutadas.

En el capítulo II se empezara a trabajar la temática de rehabilitación, entiendo a esta como el conjunto de estrategias que permiten mejorar el nivel y calidad de vida de las personas diagnosticadas con trastorno mental grave, buscando en cada una de sus prácticas el permitir el retorno del “paciente” a la comunidad, trabajando en puntos nodales como actividades de la vida cotidiana, automedicación, adherencia al tratamiento y habilidades sociales, según se marca en la Guía de Práctica Clínica para TMG del sistema Nacional de Salud de España.

A su vez en este capítulo se busca desarrollar el concepto de comunidad como aquel lugar ideal en el cual se permite el desarrollo de interrelación y generación de redes entre pares, rompiendo con la visión normalista de comunidad como aquel espacio en el cual habitan un grupo de personas. La posibilidad de entender a la comunidad en esta investigación parte de la propuesta metodológica Investigación Acción Participación, en la cual se busca permitir al miembro de la comunidad una participación activa en la toma de decisiones y la ejecución de actividades.

En el capítulo III se desarrolla el concepto de juego. El entender que el juego permite el aprendizaje, la distensión, la generación de redes desde su función social, posibilita el ir trabajando en el desarrollo de habilidades sociales en pacientes con trastorno mental grave institucionalizados. El juego permite que las personas puedan presentarse de manera espontánea, dejando de lado las resistencias que romper con su posibilidad de participación activa.

La presente investigación fue desarrollada en base a un modelo cualitativo, que permite la flexibilidad y modificación de las actividades en terreno. La Investigación Acción Participación, tomado como base metodológica permite el entender al sujeto en su contexto, posibilitándole la participación en la toma de decisiones que permitan mejorar la calidad de vida de los miembros de la comunidad. La metodología IAP, busca el promover el empoderamiento de los miembros de la comunidad, y en el presente proyecto la posibilidad de construir una comunidad ideal a través del desarrollo de habilidades sociales, las mismas que permitirán la generación de redes de apoyo y contención entre pares, rompiendo con la visión individualista y estigmatizante que se construye sobre la enfermedad mental.

Palabras clave: Juego. Habilidades Sociales, Institución, Rehabilitación, IAP, Comunidad

Contenido

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	10
INSTITUCIÓN	11
REHABILITACIÓN	17
COMUNIDAD	19
HABILIDADES SOCIALES	22
Clasificación de las HHSS según Goldstein (Plan de acción tutorial: Gades 2010)	25
Importancia de las habilidades sociales.....	26
JUEGO	28
Huizinga	28
Sigmund Freud	29
Karl Groos.....	31
Piaget.....	32
Vigotsky	34
FUNCIONES DEL JUEGO	35
Función social	35
Función reguladora:.....	36
Función educativa del juego.....	37
Función afectiva:.....	37
Función psicodinámica y psicoterapéutica:.....	38
Juegos e instituciones	38
OBJETIVO.....	41
GENERAL	41
ESPECÍFICOS	41
HIPÓTESIS.....	41
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	41
Variable independiente.....	41
Variable dependiente.....	41
Variable interviniente.....	41
PARTICIPANTES	42
DISEÑO/PROCEDIMIENTO	43
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	43
REGISTROS CONDUCTUALES, VARIABLES DEPENDIENTES	46

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL (PERSONAL AND SOCIAL PERFORMANCE SCALE, PSP).....	49
MÉTODO.....	52
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	53
La investigación acción participativa	53
TÉCNICAS	56
El juego:	56
MODELO DE INTERVENCIÓN.....	59
CRONOGRAMA	62
Resultados	63
CONCLUSIONES	68
ANEXOS.....	68
ANEXO I	68
ANEXO II	72
ANEXO III.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	78

INTRODUCCIÓN

Cuando se hace referencia a la enfermedad mental se puede empezar a entender como desde la historia se hace presente la creación de espacios físicos en las ciudades, los que tenían como objetivo convertirse en el depositario de todo aquello que generaba malestar a la sociedad, todo aquello que rompe con la condición de ornamentación de la ciudad, el niño huérfano, al leproso, la trabajadora sexual, los ladrones, asesinos y el mal llamado loco. Esta institución recibe el nombre de “manicomio”, un lugar situado en el plano de lo real en el que se depositan los miedos de las personas “sanas” “normales”

El manicomio puede ser entendido desde la definición literaria como aquel lugar en el cual se internan a los enfermos mentales, o también podría ser entendido como el lugar en el cual existe confusión.

La descripción que se puede recoger de los manicomios resalta su característica particular de grandes murallas con una única puerta fortificada con grandes candados, que permiten construir en el imaginario de las personas que se encuentran en el exterior aquella idea de seguridad, en la cual nada de lo que se encuentra en el interior podrá escapar, se configura así el pasillo sin retorno, un encuentro con la nada.

Las instalaciones contaban con grandes pasillos en los cuales se hacían al despojo de la sociedad. Lo que en la vida cotidiana puede ser reconocido como parte natural del sujeto, en la institución desaparece, por ejemplo, servicios higiénicos sin puertas, duchas al aire libre, en las que el pudor y el amor propio de los “pacientes” se dejaban de lado.

Las personas que ingresaban a la Institución Total en palabras de Goffman, debían despojarse de sus enseres personales, su ropa, y su nombre, empezaban a vivir bajo el calificativo que se les imponía “enfermo, loco, psicótico, raro, anormal”. Se enajena a la persona dueña de un nombre y de una historia, el diagnóstico y la camisa de fuerza serán sus únicos compañeros. Se rompe con la posibilidad de interrelación con el exterior, los días son eternos y sin sentido, el recuerdo de los buenos momentos es arrancado de raíz y cambiados por los golpes, insultos, duchas de agua fría, electrocución, amputación de miembros, entre otro tipo de barbaries.

Este tipo de prácticas rompían con la posibilidad de generar procesos de interrelación con las personas que formaban parte de la institución, el aislamiento y el temor al contacto son los ejes fundamentales de accionar en la vida cotidiana.

La condición de la práctica médica ligada al biologisismo dejó de lado las palabras, sueños, anhelos y deseos de los pacientes, al cortar la palabra se corta el sentido. El paciente se convierte solo en un pedazo de cuerpo sin sentidos.

Con del devenir de los tiempos se empieza a cuestionar que es necesario permitir el regreso a la comunidad de aquellas personas que se encontraban encerradas en las instituciones psiquiátricas. Franko Vasaglia propone la necesidad de romper con las grandes puertas y muros que contienen el temor de muchos. Los pacientes tienen la posibilidad de regresar al contacto con el mundo externo, recobrar sus sueños e ideales.

Los resultados no fueron los esperados, pero permitieron marcar un hito en relación a la posibilidad de permitir vincular al “paciente” con la cotidianidad de su entorno. A nivel de España y gran parte de la actual unión Europea se empiezan a desarrollar disciplinas que permiten entender al sujeto en situación, como es el caso de la Psicología, la misma que busca devolver la palabra al paciente y empezar a trabajar desde ahí, desde el reconocimiento del paciente como una persona atravesada por sueños y deseos.

La posibilidad de crear una ley de salud mental, facilitó la consolidación de equipos de trabajo que buscaban hacer cumplir los derechos de los pacientes, así como crear programas y proyectos que permitan mejorar la calidad de vida de los usuarios de estos servicios.

El cierre progresivo de hospitales psiquiátricos, acompañados del cumplimiento de la política de salud mental, han favorecido en la construcción y desarrollo de espacios en la comunidad que faciliten el proceso de reinserción a la cotidianidad a los usuarios de los servicios de salud mental. Las USM, las UCR, los SARC, los Pisos Supervisados, Las asociaciones y fundaciones en pos del cumplimiento de los derechos de los usuarios, mantienen como bandera de lucha la posibilidad de generar un camino en busca de la recuperación, dejando de lado la idea utópica de la “Cura”.

El trabajo que se empieza a desarrollar en pos de promover un proceso de normalización en personas que poseen una enfermedad mental se encuentra ligada a la posibilidad de fortalecer y recuperar muchos de los recursos que el sujeto posee en su vida cotidiana. La construcción de camino a la normalización se empezara a embanderar en la línea de la cotidianidad.

Los usuarios de los hospitales psiquiátricos aun presentan ciertas características muy propias de la persona que se encontraban al interior de las instituciones totales, el

aislamiento, la violencia, la falta de relación con sus pares, poca tolerancia a la frustración. Marcan la mayor parte de su vida cotidiana.

La visión del estar en un lugar no es directamente proporcional a relacionarse con las personas que ocupan ese espacio. La falta de un encuentro cálido, un saludo, un abrazo o un que vaya bien el día, desaparece.

Las habilidades sociales se encuentran enmarcados en esa posibilidad de afrontar de manera eficaz una situación que se presente con otro u otros, en este caso particular la posibilidad de desarrollar redes de socialización entre los miembros de una comunidad, entendiendo al concepto de comunidad como:

“La comunidad es fundamentalmente un modo de relación social, es un modelo de acción intersubjetivo construido sobre el afecto, la comunidad de fines y de valores y la incontestable esperanza de la lealtad, de la reciprocidad; la comunidad es un acabado ejemplo de tipo ideal de la acción social, una construcción teórica de alguna manera extraña de la propia realidad que acostumbra ser algo más sentido que sabido, más emocional que racional” (González, 1988. Pág. 13.)

Murray define la comunidad como: ‘.....un grupo de personas ocupando una determinada área de sociedad, la cual participa de un sistema de intereses y actividades bastante amplio como para poder incluir casi todas sus relaciones sociales.’ (Introducción a la Sociología. Citado por C. Gómez Gavazzo, 1959, pág. 12).

Para poder realizar la construcción de un modelo comunitario se hará uso de la Metodología Acción Participación.

Ortiz y Borja (2008) citan a Orlando Fals Borda cuando prefiere la sigla IAP, en lugar de IP (Investigación participativa), porque es “preferible... especificar el componente de la acción, puesto que deseamos hacer comprender que se trata de una investigación-acción que es participativa y una investigación que se funde con la acción (para transformar la realidad)” (Rahman y Fals Borda, 1989: 207). “Fundirse” con la acción supone un compromiso para aquellos que se embarcan en esta aventura en la que se va moldeando una “filosofía de la vida” desde un conocimiento vivencial. “Recordemos que la IAP, a la vez que hace hincapié en una rigurosa búsqueda de conocimientos, es un proceso abierto de vida y de trabajo, una vivencia, una progresiva evolución hacia

una transformación total y estructural de la sociedad y de la cultura con objetivos sucesivos y parcialmente coincidentes (Rahman y Fals Borda, 1989: 213).

El recorrido por las ciencias sociales ha permitido identificar que es necesario el uso de métodos que permitan flexibilizar los procesos investigativos, permitiendo que la recolección de información se pueda dar en contextos que no sean modificados por el responsable de la investigación.

Desde la investigación acción participativa se puede identificar como el investigador y la población, comunidad o grupo de personas con las que se encuentra trabajando, participan de manera activa en el proceso de construcción de conocimientos. La investigación acción participativa invita a romper con la condición vertical del manejo de conocimiento y promueve un encuentro en condición de igualdad, promoviendo una horizontalidad en el trabajo de campo en el cual se involucre la comunidad.

La investigación acción participativa permite una condición dialéctica entre el investigador y la comunidad, favoreciendo la práctica del investigador como un miembro más de la comunidad.

Desde el punto de vista ideológico, la IAP representa creencias sobre el papel del científico social en disminuir la injusticia en la sociedad, promover la participación de los miembros de comunidades en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas y ayudar a los miembros de las comunidades a incrementar el grado de control que ellos tienen sobre aspectos relevantes en sus vidas (incremento de poder o empoderamiento). La IAP genera conciencia socio – política en los participantes en el proceso, incluyendo tanto a los investigadores como a los miembros del grupo o comunidad. Finalmente, la IAP provee un contexto concreto para involucrar a los miembros de una comunidad o grupo en el proceso de investigación en una forma no tradicional, como agentes de cambio y no como objetos de estudio. (Balcázar, 2003, 61)

La investigación acción participativa permite la construcción de saberes, así como el empoderamiento de los actores, en este proceso de investigación se busca que los pacientes psiquiátricos institucionalizados puedan trabajar de manera activa con los equipos multidisciplinarios de atención, pero de manera más cercana con las personas que se encuentran construyendo una realidad en conjunto, los compañeros de unidad o pabellón al interior de los hospitales psiquiátricos. El empoderamiento favorecerá la

implicación del paciente en su tratamiento, así como el reconocimiento de un otro que le permita construir redes de contención.

A partir de entender la dinámica de la propuesta de Investigación Acción Participación se puede empezar a desarrollar la línea base para el desarrollo de la investigación. Se propone en primer lugar el acercamiento de manera paulatina a la institución y a cada uno de los usuarios de la Unidad Galatzó, la búsqueda de evitar irrumpir en un espacio de desarrollo permite que los miembros de la comunidad “institución” puedan presentarse de manera natural y aceptar la participación del observador en las actividades de la vida cotidiana.

Al entender que la consolidación de un grupo de personas permite conformar una comunidad desde el plano de lo geográfico o físico, el presente proyecto busca que la idea de comunidad se consolide a parte del desarrollo de habilidades sociales, en este apartado se podría realizar la siguiente pregunta ¿es el juego una estrategia para el desarrollo de habilidades sociales en pacientes institucionalizados?

JUSTIFICACIÓN

El estudio de la eficacia del juego como estrategia para el desarrollo de habilidades sociales, parte posterior al proceso de observación participativa con los usuarios de la Unidad de Media Estancia Galatzó, del hospital Psiquiátrico de Mallorca perteneciente al Hospital Universitario Son Espases.

Se evaluó el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana, en la cual se ponía en evidencia los recursos que posee cada uno de los usuarios para manejarse en su entorno. Se logra identificar que el aislamiento, falta de socialización entre pares, poco contacto con otro, son las prácticas en el cotidiano de esta unidad.

El proceso de institucionalización ha marcado en los usuarios de los servicios de salud mental la pérdida de habilidades sociales que les permita desarrollar jornadas diarias que impliquen el reconocimiento de las personas que forman parte de una unidad como seres activos que necesitan construir redes socialización y apoyo. La posibilidad de encuentro con uno otro carece de sentido al interior de la institución, se marcan como pautas diarias la satisfacción de las necesidades individuales en aislamiento.

Para poder trabajar en esta carencia de socialización recursos en pacientes institucionalizados se propuso el desarrollo del proyecto intitulado “Estudio de la efectividad del uso de juegos cooperativos como estrategia para la adquisición de habilidades sociales en pacientes con trastorno mental grave institucionalizados”, el equipo de la unidad de media estancia del psiquiátrico acepto la propuesta y la ejecución del mismo. Con este programa se busca dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

¿Las personas en condición de institucionalización tienden a perder sus capacidades de interrelación con sus pares?

¿Es el juego una estrategia para el desarrollo de habilidades sociales en pacientes institucionalizados?

INSTITUCIÓN

Michel Foucault

La institución puede ser entendida como aquella estructura física que se encuentra al interior de las grandes de ciudades, y que tiene como objetivo el controlar cada uno de los accionares de las personas que se encuentran en su interior. Las instituciones han marcado la vida de las personas, la escuela, la iglesia, la universidad, los hospitales, entre otros, forman parte de la cotidianidad de las personas y en mucho de los casos se han generado procesos de mimetización con la misma.

Desde la propuesta conceptual de Michel Foucault se puede entender a la institución cómo aquel lugar de control que busca someter, y sostener a todo aquello que es depositado en su interior. La institución se empezara a concebir como aquel espacio que se encuentra al interior de las sociedades para “normalizar” a todo aquello que es extraño para el común de los mortales.

El manicomio que es aquel lugar en el cual se ingresan a las personas que padecen algún trastorno en su salud mental, en su recorrido histórico se encuentra cargado de situaciones de dolor y sin sentidos. La posibilidad de controlar a las personas que se encuentran en un espacio común, marco muchas de las líneas de gestión de los prestadores de “seguridad”. El “cuidador” médico o enfermero marcaba la condición de punitiva a cada falta que se cometiese al interior de la institución, el castigo verbal y físico se convirtieron en la manera de solventar las conductas desadaptadas de los pacientes.

La institución empieza a generar un proceso de absorción de cada una de las “personas” que se encuentran en su interior. La persona que era ingresada era despojada de sus vestidos y obligado a utilizar un uniforme, se perdía la posibilidad de poseer algún objeto que le permita mantener un proceso de contacto con el exterior, se rompen los vínculos con todo aquello que se encuentra por fuera de este espacio. La institución presenta una construcción física muy particular, se posiciona como una muralla infranqueable, en la cual no se permite saber al que se encuentra fueras las cosas que pasan en su interior, y los pacientes que son internados romper cualquier posibilidad de

visualización de aquel mundo exterior que marco su vida, marco una historia que lo fue construyendo de manera cotidiana en ese contacto con un otro.

La institución marca la condición de pérdida de una historia a partir del uso de un uniforme y el reconocimiento de la persona por un diagnóstico o sus características físicas. Se quita el nombre y se coloca un rótulo que será la condición fundamental de reconocimiento “el loco”. Este tipo de prácticas rompe con la condición psíquica de la persona y empieza a resquebrajar su yo, al perder la identidad la persona pierde su razón de ser, en una analogía marcada con la premisa de René Descarte “pienso luego existo”, en la condición de la psique del sujeto podría ser entendida como “soy y luego existo” está perdida del significante unario en palabras de Lacan se convierte en la muerte del sujeto, se lo forcluye en su condición de humanidad, y se lo cosifica, se rompe la historia y se convierte sólo en un cuerpo, un objetivo que puede ser usado a conveniencia del sujeto supuesto saber “se asistiría a un brusco aumento de los castigos corporales” (Foucault, 2002, 32), por ser el cuerpo en la mayoría de los casos el único bien accesible, y el correccional, el profesional que empezara a experimentar todas las nuevas propuestas teóricas para el abordaje de la “locura”. La institución lo ve y lo controla todo:

“Es preciso que el preso pueda ser mantenido bajo una mirada permanente; es preciso que se registren y contabilicen todas las notas que se puedan tomar sobre él. El tema del Panóptico —a la vez vigilancia y observación, seguridad y saber, individualización y totalización, aislamiento y transparencia— ha encontrado en la prisión su lugar privilegiado de realización. Si bien es cierto que los procedimientos panópticos, como formas concretas de ejercicio del poder, han tenido, al menos en el estado disperso, una difusión muy amplia” (Foucault, 2002, 253)

La camisa de fuerzas y el castigo se convierten en esa forma de búsqueda de la normalización del “anormal” del enfermo, de lo extraño. Las prácticas de servicio se dirigen a un cuerpo, no a un sujeto. La posibilidad de interacción con un otro era imposible. La condición natural de la institución a nivel subjetivo es la paranoia, se castiga la posibilidad de diálogo entre los pacientes, ya que se consideraba que se encontraban confabulando, buscando el punto débil de la institución para hacerse sobre ella y romper con su condición de opresión.

El cuerpo se encuentra aquí en situación de instrumento o de intermediario; si se interviene sobre él encerrándolo o haciéndolo trabajar, es para privar al individuo de una libertad considerada a la vez como un derecho y un bien. El cuerpo, según esta penalidad, queda prendido en un sistema de coacción y de privación, de obligaciones y de prohibiciones. El sufrimiento físico, el dolor del cuerpo mismo, no son ya los elementos constitutivos de la pena. El castigo ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos. Y si le es preciso todavía a la justicia manipular y llegar al cuerpo de los justiciables, será de lejos, limpiamente, según unas reglas austeras, (Foucault, 2002, 19)

La institución rompe con la posibilidad de contacto entre pares y una remota condición de consolidación de redes de apoyo entre los pacientes. No hay contacto, no hay historia, no hay un otro, sólo existen un conjunto de cuerpos que pueden ser controlados de manera física haciendo uso de la camisa de fuerza, o de los fármacos que se convirtieron en esa nueva técnica de control.

Las conductas que empezaron a marcar la condición natural del paciente son el aislamiento e introversión, pasar recostado todo el día con la cara al sol se convirtió en esa única posibilidad de voluntad que podían desarrollar.

Desde la condición manicomial se consolida la necesidad de control a cada momento, se presentaban baterías sanitarias sin puertas, duchas comunes, habitaciones con 25 personas, la pérdida de la intimidad condiciona las conductas de los pacientes.

Tienen que fabricar unos cuerpos dóciles y capaces a la vez: controlan las nueve o diez horas de trabajo cotidiano (artesanal o agrícola); dirigen los desfiles, los ejercicios físicos, la escuela de pelotón, el acto de levantarse, el de acostarse, las marchas ritmadas por el clarín o el silbato; organizan la gimnasia, inspeccionan la limpieza, asisten a los baños. (Foucault, 2002, 274)

Erving Goffman

Institución total

Creía entonces y sigo creyendo que cualquier grupo de personas sean presos, integrantes de un núcleo primitivo, miembros de una tripulación o enfermos hospitalizados forma una vida propia que, mirada de cerca, se hace significativa, razonable y normal, y que

un buen modo de aprender algo sobre cualquiera de esos mundos consiste en someterse personalmente en compañía de sus miembros a la rutina diaria de las menudas contingencias a la que ellos mismos están sujetos (Goffman, 1972, Pág. 19).

La institución marcará la vida de las personas, es muy común encontrar instituciones que se encuentran a nuestro alrededor, como por ejemplo la guardia civil, los bomberos, los hospitales, la escuela, el instituto, la universidad entre otros, cada una de estas instituciones generará un modelo de control para las personas que se encuentran en su interior o forman parte de ella.

...en las casas de comercio y en las oficinas de correos, hay un número reducido de miembros fijos que prestan un servicio, y una afluencia continua de miembros que lo reciben. Otros, como los hogares y fábricas, comprenden un conjunto de participantes más estable. Ciertas instituciones proveen el lugar para actividades que presuntamente confieren al individuo su status social, por fáciles y agradables que tales actividades puedan ser; otras, por el contrario, brindan la oportunidad de contraer relaciones que se consideran electivas e informales. Reclamando parte del tiempo que dejan libre otras exigencias más serias... (Goffman, sf, 17)

En el proceso de reconocimiento de la institución y las prácticas que se generan en estas, aparece como referente para entender este concepto el sociólogo Erving Goffman, desde la propuesta de Goffman se puede entender a la institución como aquella estructura de control que se encuentra al interior de la sociedad, marca sus estudios en dos instituciones de control, la cárcel y el hospital psiquiátrico.

Goffman plantea como institución, al lugar en el cual residen y trabajan un gran número de individuos, las que comparten una cotidianidad de encierro, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo apreciable

En la propuesta de trabajo de Goffman se pueden identificar cinco tipos de instituciones que son reconocidas como totales, las mismas que se detallan a continuación:

Primera: son instituciones que se construyen con el afán de brindar cuidados a grupos de personas vulnerables, reconociendo su condición de indefensión con características inofensivas, estas son, hospicios para ciegos, orfanato, entre otros.

Segunda: son aquellas instituciones en las cuales se confina a aquellas personas que se convierten en amenazantes para la sociedad, por ejemplo los enfermos contagiosos, los hospitales psiquiátricos y los hospitales de leproso.

Tercera: es aquella institución total en la cual se confinan a aquellas personas que son realmente peligrosas para la comunidad, en esta categoría se encuentran las cárceles, los campos de trabajo y concentración.

Cuarta: son lugares de normalización, en las cuales se orientan a una condición laboral, como por ejemplo las escuelas de internos, los cuarteles, los campos de trabajo.

Todas las instituciones van a absorber el tiempo de las personas que se encuentran en su interior, el desarrollo de las actividades se van a encontrar enmarcadas en un plano ya asignado por la institución, la espontaneidad no se permite en estos espacios.

En los años 60, 70 y 80 aún se mantiene la condición de institución como elemento de control, en la cual la camisa de fuerzas y el aislamiento marcaban la condición común de la vida cotidiana de los internados.

La gestión de la institución tenía como objetivo el aislar a todo aquello que resultaba extraño a la sociedad, y que tenía que ser confinado en aquel depósito de angustias. Cuando un individuo era ingresado era despojado de sus prendas personales, su propiedad privada desaparecía y con ellos su historia, sueños y deseos. El uniforme y el diagnóstico se convertirían en sus características de reconocimiento, se cambia el nombre por un rótulo.

La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púas, acantilados, ríos, bosques o pantanos.

El enfermo presentaba temor a lo extraño, a eso no conocido, la práctica de control que se mantenía al interior la institución colocaba en condición de vulnerabilidad e indefensión al paciente.

La construcción de sentidos al interior de la institución desaparece, la falta de encuentro con un otro en condición de igualdad motivaba la presencia de ciertas conductas en los

pacientes, como por ejemplo el aislamiento, temor al contacto y en algunos casos escenas de violencia.

Es muy evidente ver las posturas que algunos mantienen, el “paciente” que pasa tumbado en una esquina del pabellón, el “paciente” que busca encontrar el punto más frágil a la norma, el paciente que siempre sonríe y se presenta amable con el personal de servicios. Las conductas que adoptan los pacientes tienen como objetivo el ir evitando en la medida de lo posible los castigos.

La interrelación entre pares al interior de un mismo espacio es nula, la práctica común es el rechazo hacia el otro, todo esto como su mecanismo para manejar sus temores, identificando y depositando en el otro su condición de enfermo.

REHABILITACIÓN

“Discusiones sobre el significado concreto del término rehabilitación y sus diversos componentes, sobre si todos los profesionales de salud mental "hacen", deben o pueden "hacer" rehabilitación o ésta es una tarea reservada a personal más especializado, sobre la relación entre rehabilitación y apoyo social, sobre la necesidad o no de dispositivos específicos o sobre el carácter sanitario o no sanitario de distintas actividades, servicios y profesionales de la rehabilitación, son, entre otros muchos, algunos de los debates que de manera directa o indirecta se mantienen periódicamente entre nosotros. El debate no sólo no es malo sino que, además de inevitable, puede resultar útil, ayudándonos al menos a definir mejor nuestro trabajo. Pero para ello es importante delimitar con precisión los términos del mismo y ahí nos encontramos muy a menudo con otro problema, el de que muchas de nuestras discrepancias se deben no sólo a diferencias conceptuales o de enfoque teórico, o a distintas consideraciones estratégicas o tácticas, sino también a distorsiones derivadas de confusiones e imprecisiones terminológicas” (López, M. 2007, pág. 1)

El concepto de rehabilitación tiene un alto bagaje de aproximaciones desde las cuales se puede entender esta práctica, en el área de la salud mental los enfoques teóricos se encuentran en dirección a la posibilidad de mejorar el nivel de vida de las personas que presentan afecciones a nivel psíquico, aun cuando las líneas teóricas no lleguen a consolidar un consenso.

La "rehabilitación" en salud mental sigue siendo un tema controvertido, tanto en su vertiente teórica como en la práctica. En la teórica porque, aunque probablemente ningún profesional del campo de la salud mental se negaría hoy a reconocer que la atención a personas con enfermedades mentales graves incluye componentes de rehabilitación, ese aparente acuerdo encubre, a menudo, discrepancias importantes cuyo significado real no siempre está bien precisado. Pero, además, ese reconocimiento teórico, cuando se da, no suele tener una repercusión práctica directa en relación con la estructura y funcionamiento de nuestros servicios de salud mental. (López, M. 2007, pág. 1)

La construcción de un camino en búsqueda del proceso de mejoría de las personas que padecen de enfermedades mentales, ha marcado el hito en relación a la necesidad de

optar por un proceso de rehabilitación, que permita potenciar los recursos que los “pacientes” de las instituciones de salud mental van a ir adquiriendo en su vida cotidiana.

Desde la construcción del concepto de rehabilitación se va a poder entender que es necesario que las personas con trastorno mental grave puedan desarrollar un proyecto de vida que les permita consolidar una visión de futuro en la cual se van a empezar a responder a sus deseos y motivaciones personales.

La posibilidad de generar estructuras de atención y contención permite que la persona con TMG, pueda llevar un proceso de atención integral en la que se busque mejorar el nivel de vida de cada una de las personas que acuden a los servicios de atención especializados en salud mental.

La búsqueda de consolidar una visión de rehabilitación se encuentra ligada a la práctica cotidiana que mantienen los equipos multidisciplinares de atención en salud mental. En el Gobierno Español se ha procurado optimizar los recursos necesarios para plantear una visión de rehabilitación con una visión psicosocial, respondiendo a la visión de la persona como ser holístico, atravesado por una historia.

Desde la guía de Práctica Clínica para TMG se va a entender que la Rehabilitación como:

“...El funcionamiento de la persona en su entorno habitual, la mejora de sus capacidades personales y sociales, el apoyo al desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria, y, en definitiva, la mejora de la calidad de vida de la persona afectada y de su familia, y el apoyo a su participación social en la comunidad del modo más activo, normalizado e independiente posible en cada caso. En otros términos, la rehabilitación psicosocial tiene como objetivo ayudar a personas con enfermedades mentales graves y persistentes a desarrollar las habilidades intelectuales sociales y emocionales que precisen para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con el menor apoyo profesional posible., la importancia del concepto de rehabilitación psicosocial parte de la delimitación de su ámbito como un conjunto de intervenciones psicosociales comprometidas con la mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su integración y participación social normalizada, y su papel en el marco de un sistema de servicios comunitarios para la atención a esta población. Así, el

término hace referencia a un espectro de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren de trastorno mental grave de manera continuada. La rehabilitación psicosocial por tanto, es un instrumento puesto al servicio de la recuperación de la persona, y es necesaria su integración en todo el Sistema de Servicios Comunitarios de Salud Mental” (GPC, 32)

La posibilidad de generar un conjunto de acciones en pos de buscar el nivel de satisfacción de las necesidades de los usuarios de los servicios de atención en salud mental, tiene como objetivo primordial el poder vincular al usuario a la comunidad.

COMUNIDAD

Desde la construcción de los sentidos o posiciones que se mantienen a nivel social, se genera sobre el concepto de comunidad un sinfín de apreciaciones que buscan desarrollarlo y a su vez permitir entenderlo.

Los conceptos que se generan sobre la palabra comunidad son varios, la Real Academia de la Lengua Española define a la Comunidad como “Cualidad de común (l que, no siendo privativamente de ninguno, pertenece o se extiende a varios), Conjunto de las personas de un pueblo, región o nación. Conjunto de naciones unidas por acuerdos políticos y económicos. Comunidad Europea. Conjunto de personas vinculadas por características o intereses comunes. Comunidad católica, lingüística. Junta o congregación de personas que viven unidas bajo ciertas constituciones y reglas, como los conventos, colegios (Diccionario de la real academia de la lengua española)

La construcción del concepto de comunidad desde la propuesta teórica de la psicología social comunitaria busca entender a esta premisa como el conjunto de personas que se encuentran en interrelación, atravesadas por un conjunto de motivaciones que les permite consolidar a la personas como un grupo.

La posibilidad de participar de manera conjunta permitirá que los miembros de la comunidad puedan posicionarse como actores activos en la búsqueda de sentidos. Es muy común la comunidad se empiece a consolidar como ese lugar de referencia en el cual el sujeto puede anclar sus sueños y emociones.

La comunidad va a permitir la participación de los miembros en una dimensión horizontal, la misma que busca fomentar la construcción de conocimientos a partir de una condición dialéctica. La posibilidad de la suma de sinergias permite que la comunidad se desarrolle y potencie sus recursos.

La comunidad supone relaciones, interacciones tanto de hacer y conocer como de sentir, por el hecho de compartir esos aspectos comunes. Y esas relaciones no son a distancia, se dan en un ámbito social en el cual se han desarrollado histórica y culturalmente determinados intereses o ciertas necesidades; un ámbito determinado por circunstancias específicas que, para bien o para mal, afectan en mayor o menor grado a un conjunto de personas que se reconocen como partícipes, que desarrollan una forma de identidad social debido a esa historia compartida y que construyen un sentido (Montero, 2004, pág. 94)

En el proceso de construcción de comunidad es necesario que se rompa con la condición de Comunidad como un lugar o una ubicación geográfica, sino más bien entenderlo desde el ámbito del encuentro con un otro en una condición de igualdad, atravesado por la motivación y el sentimiento.

La posibilidad de generar acciones en común permitirá que las condiciones al interior de la comunidad no sean estáticas, sino más bien se puede producir un proceso dinámico que se va a ir construyendo y modificando en el cotidiano.

Desde la práctica de la institución psiquiátrica se puede entender que la rehabilitación busca devolver y permitir que el sujeto se ligue con la comunidad, en esta búsqueda del cumplimiento de objetivos, se deja de lado en muchas ocasiones que para muchos de los usuarios de los servicios de salud mental la institución se convierte en su comunidad, ya que la mayor parte de líneas de acción o contacto con otros se da en este espacio.

Es necesario que se pueda plantear una nueva visión de comunidad, y romper con la visión geográfica de la misma, posibilitando entender a la comunidad como aquel lugar de seguridad en el cual los sujetos pueden desarrollarse de manera activa en la vida cotidiana, ocupando un lugar activo en este proceso de interrelación con los miembros de esta comunidad, Heller en 1988: hace referencia a la necesidad de enfocar la comunidad como "sentimiento" y no la comunidad como "escena o lugar" (Montero, 2004, pág. 95)

Igualmente es necesario destacar el aspecto dinámico, en constante transformación, de las comunidades. Una comunidad, como todo fenómeno social, no es un ente fijo y estático, dado bajo una forma y una estructura. Una comunidad es un ente en movimiento, que es porque está siempre en el proceso de ser, así como ocurre con las personas que la integran. Lo que permite definirla es la identidad social y el sentido de comunidad que construyen sus miembros y la historia social que igualmente se va construyendo en ese proceso, que trasciende las fronteras interactivas de la comunidad y le otorga a veces un nombre y un lugar en los sistemas de nomenclatura oficial e informales de la sociedad. Ese aspecto identificador ha sido ligado al de sentido de común y se ha llegado a hablar de una identidad de sentido de comunidad (Montero, 2004, pág. 96)

HABILIDADES SOCIALES

Existen varias definiciones relacionadas a las habilidades sociales, entre ellas se puede mencionar:

La posibilidad de entender el concepto de habilidades sociales empieza a construir su base a partir de la determinación de todas aquellas conductas en las cuales las personas se permiten generar contactos o encuentros con otros, los mismos que se verán atravesados por la igualdad, la disminución de tensión, el respeto, el carisma.

La habilidad social es la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que aumentan la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia interpersonal no deseada (eficacia en los objetivos); aumentan las ganancias y disminuyen las pérdidas en la relación con la otra persona (eficacia en la relación); y mantienen la integridad y sensación de dominio (eficacia en el respeto a uno mismo). O de forma más sencilla: son el conjunto de transacciones interpersonales cuyo resultado son logros materiales, sociales y emocionales. (Gisbert, 2003, pág.165)

Las habilidades sociales pueden ser consideradas como aquellos recursos que poseen las personas para realizar actividades que le brinden un nivel de satisfacción, los mismos que tienen un contenido cognitivo, afectivos y conductuales. Para que la categoría de social o sociales se haga presente se vuelve necesario que se las desarrolle en un contexto en el cual se puedan vincular más de dos personas.

Desde la visión de los autores Corrigan 1994; Liberman 1993; Bellack 1997; Caballo 1993, las habilidades sociales se van consolidando a partir de:

Percepción social adecuada: Inteligencia social para comprender situaciones concretas. Debemos ser conscientes de los sentimientos y propósitos de los demás y a la vez de los derechos y las responsabilidades en cada situación social.

· Procesamiento cognitivo de la percepción social, estimación de las alternativas y elección de la más adecuada.

- Capacidad de llevar a cabo la respuesta elegida poniendo en marcha conductas verbales (contenido del discurso), paralingüísticas (entonación, volumen, fluidez) y no verbales (mirada, postura, gestos).
- Evaluación de la respuesta obtenida y de la conducta realizada, que condicionará transacciones futuras.

En el Manual de Trabajo de Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla de León se busca entender a las habilidades sociales como:

- Se trata de conductas, esto quiere decir que son aspectos observables, medibles y modificables; no es un rasgo innato de un sujeto, determinado por su código genético o por su condición de discapacidad.
- Entra en juego el otro. No se refieren a habilidades de autonomía personal como lavarse los dientes o manejar el cajero automático, sino a aquellas situaciones en las que participan por lo menos dos personas.
- Esta relación con el otro es efectiva y mutuamente satisfactoria. La persona con habilidades sociales defiende lo que quiere y expresa su acuerdo o desacuerdo sin generar malestar en la otra persona. (Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León)

Pero es necesario mencionar que las personas no solo deben poseer habilidades sociales, sino ponerlas en marcha y en práctica en los momentos que esta sea imprescindible, el poder hacer uso de las habilidades sociales va a permitir que el desarrollo de la persona sea optimo, que pueda crear un contexto de seguridad, en el cual las diferencias que se puedan presentar puedan ser solventadas de manera satisfactoria. En el desarrollo de habilidades sociales se puede identificar que las personas que no ponen en práctica las conductas de un comportamiento y encuentro con otro van a presentar las siguientes características:

- La persona no posee un conjunto de conductas que debieron ser aprendidas en el desarrollo de su vida, o las que fueron aprendidas no fueron muy acertadas.

- La persona no puede llevar un encuentro con otro sin presentar ansiedad y nerviosismo.
- Falta de motivación.
- Hay una mala percepción de la actuación de la persona en el contexto que lo rodea.
- Dificultad en la capacidad de expresión y comunicación.
- Estar o haber estado institucionalizados.

En la construcción del sentido de las habilidades sociales se puede mencionar que las personas que no poseen habilidades sociales actúan de la siguiente manera:

1. Evitando las situaciones o accediendo a las demandas de los demás con la finalidad de no exponerse a enfrentamientos conducta pasiva.
2. Eligiendo por otros e infringiendo los derechos de los demás para obtener sus metas –conducta agresiva. (Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León)

Al interior de las instituciones psiquiátricas se puede observar como los usuarios de los servicios presentan un gran falta de habilidades sociales, las relaciones al interior de las unidades se encuentra motivada por una condición mercantil, prestamos de dinero y cigarros, más no por la posibilidad de generar situaciones de encuentro.

Los usuarios de los servicios de salud mental en condición de institucionalización van perdiendo de a poco su condición de empatía con los compañeros de las unidades y empiezan a generar conductas poco asertivas o en muchos de los casos un poco violentas, la imposibilidad de permitirse brindar un saludo a su compañero de mesa o habitación se convierte en un cotidiano. Se empiezan a desarrollar conductas de rechazo al otro y sobre todo la falta de reconocimiento de las personas de las unidades como compañeros.

Las habilidades sociales se adquieren normalmente como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje. Entre ellos se incluyen: reforzamiento positivo directo de las habilidades, el modelado o aprendizaje observacional, el feedback y

desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales (Ortego, sf, 6)

Clasificación de las HHSS según Goldstein (Plan de acción tutorial: Gades 2010)

Habilidades sociales primarias

1. Escuchar
2. Iniciar una conversación
3. Mantener una conversación
4. Formular una pregunta
5. Dar las gracias
6. Presentarse
7. Presentar a otras personas
8. Hacer un cumplido

Habilidades sociales avanzadas

9. Pedir ayuda
10. Participar
11. Dar instrucciones
12. Seguir instrucciones
13. Disculparse
14. Convencer a los demás

Habilidades relacionadas con los sentimientos

15. Conocer los propios sentimientos
16. Expresar sentimientos
17. Comprender los sentimientos de los demás
18. Enfrentarse con el enfado del otro
19. Expresar afecto
20. Resolver el miedo
21. Autorrecompensarse

Habilidades alternativas a la agresión

22. Pedir permiso
23. Compartir algo
24. Ayudar a los demás
25. Negociar

26. Emplear el auto control
27. Defender los propios derechos
28. Responder a las bromas
29. Evitar los problemas con los demás
30. No entrar en peleas

Habilidades para hacer frente al estrés

31. Formular una queja
32. Responder a una queja
33. Demostrar deportividad tras un juego
34. Resolver la vergüenza
35. Arreglárselas cuando le dejan de lado
36. Defender a un/a amigo/a
37. Responder a la persuasión
38. Responder al fracaso
39. Enfrentarse a los mensajes contradictorios
40. Responder a la acusación
41. Prepararse para una acusación difícil
42. Hacer frente a las presiones del grupo

Habilidades de planificación

43. Tomar iniciativas
44. Discernir sobre la causa de un problema
45. Establecer un objetivo
46. Determinar las propias habilidades
47. Recoger información
48. Resolver los problemas según importancia
49. Tomar una decisión
50. Concentrarse en una tarea

Importancia de las habilidades sociales

Las personas con esquizofrenia suelen padecer un importante aislamiento social así como una escasa asertividad, situación en la que pueden intervenir múltiples factores (sintomatología positiva y negativa, dificultades cognitivas, respuesta protectora del

individuo ante situaciones ansiógenas, falta de uso de habilidades conservadas). (Gisbert, 2003, pág.164)

La posibilidad de adquirir y poner en práctica las habilidades sociales permitirá que las situaciones de encuentro en lugares comunes puedan generar conocimiento, aceptación al otro y sobre todo la evitación de conductas de rechazo a sus pares, rompiendo con la condición de un discurso estigmatizante entre miembros de una misma comunidad.

El poder poner en evidencia el uso de habilidades sociales permite construir procesos de interrelación entre miembros de una comunidad, permitiendo que los participantes de un grupo se conviertan en actores activos de las dinámicas o procesos que se dan en espacios de orden comunitario.

Para poder consolidar la propuesta de entrenamiento en habilidades sociales en pacientes institucionalizados se tomara como referencia los aportes de Caballo, Liverman y otros, los que mencionan lo siguiente:

...el entrenamiento en habilidades sociales es una terapia dirigida a incrementar la capacidad de afrontamiento y la competencia de individuos psicobiológicamente vulnerables. Estos individuos serán entrenados en función de sus capacidades y déficits para que puedan adquirir habilidades instrumentales (alojamiento, autocuidado, ocio, economía, consumo, utilización de recursos públicos) y habilidades de relación. Además de adquirir capacidades necesarias para desenvolverse en la vida de una forma más gratificante, es una máxima de las ciencias del comportamiento humano y se comprueba en la práctica clínica que el desarrollo de actividades sociales adaptativas desplaza o reemplaza conductas sintomáticas o desadaptadas. Asimismo, es importante recordar que las habilidades trabajadas se adquirirán mejor y serán más duraderas si el adiestramiento forma parte de un programa integrado de rehabilitación. (Corrigan 1994; Liberman 1993; Bellack 1997; Caballo 1993) citado en el “Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral en Trastorno Mental Severo Pág. 166

JUEGO

“la necesidad de jugar en los seres humanos es permanente a través de toda la vida... la base de la vida del hombre es la habilidad para amar, para trabajar, para jugar y para pensar y la relación que se forme entre estos cuatro aspectos primordiales de su vida...entre más cercana sea esta relación, podremos disfrutar nuestras actividades aunque en algunos momentos impliquen un grado de presión, errores y frustraciones según la etapa de vida en la que estemos” (Blatner, 1988, pág. 7)

El concepto de juego viene arraigado a la condición natural del ser humano, en muchas condiciones se reconoce al juego como aquel primer elemento que permite el aprendizaje del niño y su proceso de socialización con el entorno, pero es necesario entender que “el jugar no es exclusivo del niño, sino también del adulto capaz de ser creativo y de utilizar toda su personalidad. El juego podría definirse aquí como una actividad ejercitada de acuerdo a reglas libremente consentidas y desligadas de toda noción de necesidad o de utilidad material. Es también, experimentar las propias facultades en las que opera la imaginación y en donde la fantasía se sobrepone a la realidad, conciliando la libertad y la obligación” (Blatner, sf, 10)

Para poder comprender de mejor manera al concepto de juego se presentan a continuación las apreciaciones que han realizado varios pensadores.

Huizinga

Hace referencia a que el juego es aquella actividad que permite la manifestación de la cultura, a través de las normas, las tradiciones, sus saberes, en este sentido se enmarca al juego como aquella condición fundadora de la condición social, ya que en el juego se evidencia el contacto y participación de un grupo de personas.

“Ha habido un factor de competición lúdica más antigua que la propia cultura que impregna toda la vida a la manera de un fermento cultural, por lo que podemos decir que el juego fue parte integrante de la civilización en sus primeras fases. La civilización surge con el juego y como juego para no volver a separarse nunca más de él” citado por

Manuel Hernández Vásquez en su tesis Doctoral “Estudio antropológico del juego deportivo en España.

La condición natural del juego en el recorrido de la historia marcara sus bases en identificar al juego como un ritual que venía ligado a lo religioso y mágico, en esta posibilidad se marcaba la condición de identificar al juego como aquella forma de expresión, una manera de comunicar un compartir un saber o conocimiento.

El juego, por tanto, lo podemos considerar como una fuerza instintiva, anterior a la aparición de la cultura y que es, después de la alimentación, la forma más antigua de la actividad de los hombres. Es natural que el hombre por instinto de conservación se complaciente en ejercitar su fuerza física; esto le permitirá con más eficacia, conseguir alimentación y vencer sobre sus enemigos y animales (Hernández, 2004, Pág. 28)

Sigmund Freud

Hernández en su tesis doctoral “Estudio antropológico del juego deportivo en España” hace referencia que las teorías psicoanalíticas se fundamentan en Freud (1921) y también en Claparéde (1909) que había visto en el juego una catarsis liberadora de emociones reprimidas que deja al sujeto en libertad para poder desarrollarse, la escuela psicoanalítica defiende la idea de que el juego es como una proyección de impulsos sociales no aceptados. Todo el simbolismo del juego opera de catarsis de los impulsos y deseos censurados moral y socialmente.

El juego infantil es una importante forma de aprendizaje y en el de adultos un medio de compensar el reposo y la monotonía con nuevas experiencias y estimulantes. Las actividades lúdicas más características son: las necesidades de movimiento y cambio, el instinto sexual, el deseo de la muerte, los móviles sádicos, la agresividad y la regresión (Slavson, 1948)

Basado en el psicoanálisis infantil y la antropología cultural interpreta el juego de los niños como una forma de tratar cada aventura, creando situaciones modelo, y de dominar la realidad con la experiencia y la organización. El juego del adulto, en cambio es una evasión de las formas limitadoras que constituyen la realidad (Erikson, 1950) citado por Manuel Hernández en su tesis doctoral “Estudio antropológico del juego deportivo en España”.

Desde la visión psicoanalítica se presentara al juego como aquel recurso por medio del cual el sujeto puede satisfacer una necesidad y disminuir los montos de angustia. Freud en su texto “Más allá del principio del placer” hará referencia al “fort-da” el mismo que tiene como origen la actividad que era realizada por un infante al interior de su cuna, el niño lanzaba un carrete de hilo y profería la palabra “fort” que en la interpretación de Freud se convirtió en se va, y cuando traía nuevamente el carrete a la cuna el niño expresaba la palabra “da” que es considerada como regreso.

“Según Freud, y abundando en ello Lacan, este juego simbolizaría para el niño la ausencia y posterior retorno de la madre, con lo que al “jugar” un control simbólico sobre ésta, quedaría mitigada la ansiedad que la realidad de la desaparición de la madre implica para el niño. Es como si éste pudiera garantizar de esta manera el retorno real de la madre a su lado, aceptando así la frustración de su partida, algo intolerable para él en un primer momento. (Salud, poder y locura 106)

Esta actividad llamo el interés del Freud, y logro identificar que el niño realizaba esta actividad cuando su madre abandonaba la habitación, desde la construcción de la fantasía del niño este buscaba controlar el regreso de su madre, esta actividad permitía al infante el disminuir el nivel de angustia que se generaba posterior a la partida de la madre.

Cuando el niño juega logra crear un mundo grato, la fantasía es una de las características principales que se logra evidenciar. El niño invierte grandes cantidades de afecto al momento de ir creando, siendo este el motivo por el cual el niño toma muy en serio cada una de las actividades que va realizando al momento de ir jugando. La capacidad que el niño tiene de ir discriminando su mundo interno de los elementos exteriores le permita generar un principio de realidad el mismo que se hará presente a cada instante en su vida cotidiana. (Almache, Del Hierro y Otros, 2013, pág. 116)

El juego en el niño se convertirá en una repetición que le permitirá satisfacer sus necesidades y disminuir sus niveles de tensión.

A través del juego, el niño manifiesta sus deseos frustrados, reviviendo incluso experiencias traumáticas. “El niño se convierte en actor y representa esos aspectos negativos de la realidad, canalizando la angustia y reconstruyendo lo que le ha sucedido en el pasado. Los acontecimientos traumáticos son dominados y se solucionan los

conflictos personales” (Delgado 2011, 19). Citado por Almache, Del Hierro y Otros, 2013, pág. 117)

La condición natural de la persona se podrá expresar a través del juego, no existe edad para jugar, la forma de hacerlo permitirá que sus participantes puedan satisfacer sus necesidades y generar el encuentro con un otro.

Karl Groos

“El juego es objeto de una investigación psicológica especial, siendo el primero en constatar el papel del juego como un fenómeno de desarrollo del pensamiento y de la actividad. Está basada en los estudios de Darwin que indica que sobreviven las especies mejor adaptadas a las condiciones cambiantes de medio. Por ello el juego es una preparación para la vida adulta y la supervivencia” (Martínez, 2008, 8)

El juego se convertirá en el medio por el cual se desarrollaran y ejercitaran las funciones que las personas necesitan para desarrollarse en la vida, el juego empieza a desarrollarse en el niño como aquel agente que promueve la maduración y la adquisición de recursos para la vida adulta.

Los niños, como los animales jóvenes, realizan movimientos coordinados. Tienen juegos como la caza y la lucha, que son las formas más importantes, típicas y fundamentales. Estos juegos no son pos ejercicios sino pre ejercicios. Son ensayos, determinados tanteos, experimentaciones en cierto grado de actividades serias que deberán llenar más tarde en la vida. Su objeto es prepararlos para la existencia y estar listos para la terrible lucha. Los animales superiores y el niño, dice Groos en su libro *La Vida Psíquica del niño*, no entran en la vida completamente listos. Tiene una época juvenil, es decir un período de desarrollo y de crecimiento. Este periodo es un tiempo de aprendizaje, es un período de formación y adquisición de aptitudes y conocimientos” (Martínez, 2008, pág. 10)

En el proceso de comprensión del juego en la obra de Gross, es necesario hacer énfasis en la posibilidad que tiene el ser humano para adquirir recursos que le permitan adaptarse al entorno, esta propuesta permitirá realizar su aplicación no solo en niños,

sino también en adultos, fomentando la adquisición de recursos y la puesta en práctica de estos.

El ser humano necesita aprehender ciertas conductas que favorezcan su desarrollo y potenciar el nivel de participación del mismo con su entorno. “allí donde el individuo se adapta, se desarrolla, se consolida y despliega necesidades impulsivas de actividades, por propio instinto y sin ningún fin exterior, nos vemos ante manifestaciones, de lo más primario, el juego” (Martínez, 2008, pág. 10)

Piaget

Para Jean Piaget el juego es parte fundamental en el desarrollo cognitivo del niño, a través del juego el niño genera asimilación de la realidad que se presenta en cada etapa evolutiva del individuo.

El egocentrismo sensorio – motor es reducido progresivamente por la organización de los esquemas de acción, y del mismo modo que el egocentrismo del pensamiento característico de la primera infancia finaliza con el equilibrio de las operaciones concretas, de idéntica forma de egocentrismo metafísico de la adolescencia encuentra paulatinamente su corrección en una reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad: el equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que su función característica no es contradecir, sino preceder e interpretar a la experiencia. Y entonces este equilibrio es ampliamente superior al del pensamiento concreto puesto que, además del mundo real, engloba las construcciones indefinidas de la deducción racional y de la vida interior” (Piaget, 1991, 87)

Las capacidades sensorio - motrices, simbólicas o de razonamiento, forman parte fundamental en el desarrollo del niño, en el desarrollo se van adquiriendo varios recursos que serán practicados en la vida cotidiana.

El juego se convertirá en aquella estrategia por medio de la cual el sujeto va adquiriendo información que se presenta en el mismo exterior, la evalúa y la hace para sí mismo, aprehendiéndolas y marcándolas como parte de su formación.

En la propuesta de Piaget se puede identificar tres principios en el juego, el primero se encuentra relacionado a ver al juego como un ejercicio, el segundo es el poder reconocer en el juego una condición simbólica que permite realizar un proceso de abstracción y el tercero es el juego que permite introducir un grupo de reglas, esta tercera condición se hará presente en el momento en el cual se empiece a desarrollar un juego colectivo o grupal.

Los juegos de ejercicios, se hacen presentes en el estadio sensorio – motriz, se encuentran ligados al gatear, arrastrarse, correr, el juego va empezar con el movimiento del cuerpo, se domina el espacio a través de estos ejercicios.

Los juegos de ejercicios también permitirán que el niño se vincule con otros, aparece la sonrisa como aquel primer elemento de socialización con las personas que se encuentran a su alrededor.

El juego simbólico, va a permitir en el niño el reproducir situaciones o características de las personas u objetos que no se encuentran en ese momento.

El juego simbólico va a favorecer el reconocimiento y asimilación del mundo que rodea al niño, se aprenden roles y conductas que son practicados por los adultos. El lenguaje va y el desarrollo de la imaginación y creatividad.

“La evolución de la relación con los otros en el juego simbólico tiene otras particularidades, en el juego simbólico individual el niño tiene la libertad de establecer cualquier clase de ficción, para definir en qué se puede convertir cada objeto, para desarrollar cualquier clase de acción o para introducir cualquier personaje que se le ocurra.

El juego con los adultos exige una mejor coordinación que el juego con niños de la misma edad. El adulto suele permitir que sea él quien establezca el contexto de juego y las regulaciones pertinentes.

Negociar el juego entre compañeros de la misma edad es más difícil. Incluso cuando se trata de niños – compañeros habituales del juego y en la toma de decisiones sobre el reparto de los papeles, la situación fingida, las acciones a representar y la utilización de objetos.

Esa coordinación de acciones y papeles fingidos por los jugadores solo se logra por una continua referencia a lo que sucede en verdad en el mundo real. Esta referencia se convierte en una regla asumida por los jugadores.”

(<http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448171519.pdf>)

El juego reglado, en el proceso de desarrollo del niño se va atravesando por ciertas características al momento de jugar, desde jugar sólo hasta llegar a la posibilidad de jugar con un grupo de personas y ser partícipe de unas reglas, el juego reglado va a permitir que se genere un orden en el desarrollo de la actividad, empezando por el respeto a cada uno de los participantes, el potenciamiento del trabajo en grupo y la toma de decisiones en conjunto.

El juego de reglas permitirá la participación de la persone en un espacio determinado.

Vigotsky

El ser humano tiene como característica primordial una condición de socialización innata, la misma que aparece ligada a una condición biológicamente establecida. La socialización desde la postura de Vigotsky se podría decir que se empezara a desarrollar a partir de las conductas que puedan ser aprendidas.

Almache, Del Hierro y Otros (2013, Pág. 18-19) hacen referencia a que las bases del proceso constructivista del aprendizaje en la propuesta de Vigotsky son:

- El entorno, es decir, la relación con las personas fortalece los lazos intelectuales, sociales y morales del niño, estos componentes están mediatizados por la cultura y no descuidan los múltiples aspectos que conforman la personalidad: edad, motivaciones, necesidades, intereses, expectativas y los valores sumidos en ella. Para Vigotsky, precisamente es la vinculación con los “otros”, la que permitirá el desarrollo de las funciones superiores como son: pensamiento, memoria, lenguaje, anticipación del futuro, entre otros.

- El sujeto está comprendido dentro de los aspectos, sociales, culturales y afectivos, de este modo se buscan y se comprenden estrategias para hacer el aprendizaje más significativo y duradero.

El juego empezara a convertirse en una actividad social, en la que se hará presente la cooperación entre varias personas.

FUNCIONES DEL JUEGO

“El ocio es un conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse con pleno consentimiento, ya sea para descansar o divertirse, o para desarrollar su formación o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora, cuando se ha liberado de todas sus obligaciones profesionales, familiares y sociales”(Hernández, 2004, 39)

Manuel Hernández en su tesis doctoral hace referencia a que el ocio es un acto que permite el descanso, la diversión y el desarrollo de la personalidad. Sobre estas propuestas se puede mencionar que:

- El descanso: disminuye la tensión de las personas, permite recobrar la fuerza posterior al cumplimiento de las actividades de la vida cotidiana, además sirve para proteger al trabajador de la fatiga.
- La diversión: permite que las personas puedan romper con la monotonía del trabajo y el aburrimiento de la cotidianidad.
- El desarrollo de la personalidad: libera al sujeto del automatismo, le permite poner en práctica todos aquellos aprendizajes adquiridos, el sujeto puede presentarse como es.

Función social

“Las funciones...del juego infantil han sido tema de especulación de psicólogos y filósofos. Diversos autores han comentado cómo el juego permite a los niños la práctica de roles adultos, el alivio de tensiones y el enfrentarse a cuestiones emocionalmente conflictivas, en un entorno agradable y exento de amenazas. También se cree que el juego ayuda a la socialización de los niños iniciándoles en la cultura adulta, y la posibilidad de que el juego sea la primera manifestación de la creatividad adulta

también ha sido objeto de mención. Este interés por la naturaleza y las funciones del juego infantil continúa en la actualidad, y el tema atrae la atención de los profesionales de diversas disciplinas” (Hodapp, 1987)

El juego marcara una condición de socialización, ya que permite que las personas puedan desarrollar actividades de encuentro entre pares, promoviendo la empatía, la confianza y el trabajo en equipo.

El juego posibilita la generación de redes o grupos. En el juego las personas pueden ponerse en contacto con otros, el dialogo forma parte del juego. Como parte del proceso de socialización se buscara que las personas puedan expresar sus demandas de manera óptima y evitando situaciones de conflicto. La posibilidad de resolver de manera conjunta problemas que se hacen presentes en el juego marca la condición de socialización.

El juego es una actividad que tiene como objetivo el brindar un alto nivel de satisfacción a la persona que se encuentra realizándolo. En los juegos en equipo los participantes buscaran la motivación de sus compañeros a través de frases de apoyo, esto permite que el juego genere un alto nivel de cercanía entre las personas que se encuentran realizándolo.

Función reguladora:

A partir de entender al juego como un elemento formativo se puede mencionar que la práctica del mismo permitirá la instauración de reglas y normas en las personas que se encuentran realizándolo. El respetar consignas, turnos y a los compañeros de juego es uno de los elementos fundamentales del juego.

La posibilidad de adquirir aprendizajes a partir del desarrollo del juego fomentara en la persona la adquisición de recursos que le permitan el eficaz desarrollo al interior de un espacio.

El reconocimiento de los derechos y deberes de las personas que se encuentran jugando permitirá la promoción del respeto al otro.

Función educativa del juego

No hay que extrañarse de que el juego, espacio acotado por la sociedad para que puedan desahogarse libremente las fuerzas reprimidas por ella, constituya a la vez una válvula de seguridad vital y una verdadera institución educativa espontánea. (Unesco, 16)

El juego se convertirá en aquella vía por la cual se pueden instaurar valores, saberes y principios a las personas que lo realizan. A partir del desarrollo del juego se permite el aprehender conductas que posibiliten el mejor desarrollo al interior de los espacios de socialización.

Mediante el juego se transmiten tecnologías o conocimientos prácticos, y aun conocimientos en general. Sin los primeros conocimientos debidos al juego, el niño no podría aprender nada en la escuela; se encontraría irremediabilmente separado del entorno natural y del entorno social. Jugando, el niño se inicia en los comportamientos del adulto, en el papel que tendrá que desempeñar más tarde; desarrolla sus aptitudes físicas, verbales, intelectuales y su capacidad para la comunicación. (Unesco 16)

El desarrollo del juego se dará de manera espontánea en el niño, en el infante el movimiento de una de las extremidades le permite reconocer su cuerpo, esta interacción tan cercana con su cuerpo le permite empezar a construir una imagen mental de sí mismo. Hay juego que salen de la espontaneidad y son reproducidos por un conjunto de personas, estos juegos se encuentra enmarcados en reglas de los participantes deben seguir, desde la visión de Bandura se puede mencionar que mucho del aprendizaje se da por la imitación de conductas, en la consolidación de la función educativa del juego se busca brindar a las personas un grupo de saberes que les permitan vincularse de manera asertiva con los compañeros de juego o miembros de una comunidad.

Función afectiva:

A través de los juegos las personas podrán poner en evidencia las emociones que en una condición natural no podría ser realizado. El juego permite la generación de un escenario en el cual la seguridad que el grupo construye permite la libre expresión de sentimientos.

A partir de juego se va a fomentar la creación de redes de apoyo entre los miembros de un grupo, la posibilidad de encontrar un lugar seguro permitirá la contención de la persona que forma parte del mismo. El juego promueve la cercanía y permite mantener una relación empática.

El encuentro en condición de igualdad permite a la persona dejar de lado sus máscaras y participar de manera activa al interior del grupo, sintiéndose aceptado y acompañado.

En el desarrollo del niño el encuentro con la madre a través del juego permitirá que los vínculos se afiancen, los vínculos seguros permitirán el buen desenvolvimiento en la juventud y adultez.

Citado por Almache, Del Hierro y Otros “El niño a través del juego proyecta su vida interior. Encuentra en el juego el desahogo de su frustración en su relación con lo real, creando situaciones imaginarias que le ayuden a superar el ansiedad de las situaciones vitales concretas” (Ribes 2011, 20), es decir, los niños a través del juego imitan y recrean con sus gestos la realidad de su mundo afectivo.

Función psicodinámica y psicoterapéutica:

“el juego es un área de actuación privilegiada, pues expresa el mundo más real y autentico del niño” (Ribes 2011, 20), una de las funciones terapéuticas del juego está relacionada con la simbolización y personificaciones que el niño puede realizar a través de la actividad lúdica,

El juego como medio de expresión está constituido por un sistema de significantes y deseos propios del niño, dicho sistema constituido permite la representación de situaciones internas hacia el mundo externo. Por tanto, es una actividad llena de sentido, cuyo objetivo es la elaboración de sentimientos de pérdida y recuperación; cumpliendo una función catártica y de asimilación a través de la repetición de hechos. (Almache, 2013,120)

Juegos e instituciones

El juego se empezara a desarrollar al interior de ciertos grupos que permitirán que el desarrollo de los mismos sea satisfactorio. La primera institución o sistema en brindar estabilidad al niño y satisfacer sus necesidad es la familia, este grupo de personas responderán a ciertas normas que tienen como objetivo el desarrollo de habilidades de

socialización, respeto y encuentro entre cada una de las personas que forman parte de la institución o sistema.

Por su aspecto institucional, por el carácter arbitrario de sus reglas y su forma de transmisión casi obligatoria, por la estructura jerarquizada del grupo de jugadores, el juego constituye una micro sociedad a través de la cual el niño realiza su primer aprendizaje de la vida social. Jean Piaget, observando los juegos de canicas de los niños de la región de Ginebra, constataba la manera inmutable como se transmitían unas “leyes” cuyo carácter obligatorio aceptaba espontáneamente cada niño sin tener la menor idea de las maneras y de las personas que habían intervenido en la transmisión de esas “leyes”. Así ocurre con los diversos modelos culturales. (Unesco 16)

Los juegos permiten que se desarrollen reglas, se instauren valores y se generen lazos, desde la posibilidad del desarrollo del juego se podría mencionar que este se hace presente en cada uno de los espacios en los que las personas se desarrollan.

“Los juegos y las sociedades están tan estrechamente vinculados que algunos teóricos han podido apuntar la hipótesis de una estrecha dependencia entre los principios y las reglas de los juegos de estrategia practicados y los modelos socioeconómicos: así el ajedrez, el bridge, el “monopoly” son característicos de las sociedades basadas en el comercio, mientras que los juegos de tipo “awelé” - “mancala” corresponden a intercambios por trueque” (Unesco 15)

En el desarrollo de la vida de las personas se puede observar como el juego se hace presente en los rituales de iniciación del niño y lo va introduciendo en la sociedad, la posibilidad de generar redes entre va a posibilitar que la persona mantenga cercanía con el contexto que lo rodea, “el momento de pasar de una edad a la edad superior, en forma de pruebas o ritos de iniciación, con frecuencia dolorosos o peligrosos, pero con un elemento lúdico, y que dan lugar a fiestas y regocijos colectivos. Preparado durante años para el desarrollo de las pruebas mediante simulacros, “juegos sobre el juego”, el niño crece entonces en simbiosis con su medio. (Unesco. 15)

Con el nacimiento, el animal humano se encuentra en una situación de fusión – confusión respecto al mundo que lo rodea y más en concreto en relación con la “madre” de la que recibirá la respuesta inicial ante sus necesidades de mera supervivencia biológica. La superación paulatina de esta extrema situación de dependencia, hasta

llegar a una autonomía que le conferirá un estatuto de sujeto, constituye un proceso que denominaremos “socialización”, y su desarrollo es inherente a la constitución de la persona humana como animal creador y transmisor de valores culturales y sociales (Salud, poder y locura, 104)

Al interior de las instituciones psiquiátricas es necesario que el grupo se empiece a consolidar como aquel lugar de referencia y contención, en el cual se puedan depositar las angustias y generar líneas de sostén, la posibilidad de la creación de grupos de usuarios y la promoción del reconocimiento de la institución como la comunidad en la cual muchos de los pacientes se desarrollan, no tiene como objetivo fomentar la institucionalización, sino más bien el permitirle al usuario de los hospitales psiquiátricos el desarrollar conductas que les permitan vincularse de manera segura con un otro, sea este en un centro comercial, en el autobús o al interior de la institución.

El juego va a configurarse para el sujeto como un puente que aunando lo imaginario con lo simbólico le hará más fácil el advenimiento de la realidad, o casi mejor diríamos, el enfrentamiento y posterior aceptación crítica de dicha realidad. Para “conocer” lo real, el sujeto va a precisar poder mantener una distancia respecto a la propia experiencia, lo que permite significarla y situarla, sin quedar adherida a ella. Podemos decir que una vez que se parte de lo imaginario y lo simbólico (al que se accede fundamentalmente con la introducción del lenguaje) el sujeto aprenderá a poseer un cierto dominio sobre lo real, por lo que dan asimismo razón de realidad. (Salud, poder y locura 105)

OBJETIVO

GENERAL

Analizar la efectividad del uso del juego para la adquisición de habilidades sociales en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide.

ESPECÍFICOS

- Estudiar la efectividad del juego para la adquisición de habilidades sociales en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide.
- Identificar si a partir del juego los usuarios de la unidad de media estancia pueden generar conductas asertivas.
- Conocer si a partir del juego se logra conformar redes de apoyo entre pares.

HIPÓTESIS

- Es el juego mejorará el aprendizaje de habilidades sociales.
- Es el juego una estrategia para mejorar el nivel de comunicación.
- Es el juego una estrategia para la consolidación de lazos de amistad entre personas que se encuentran ingresadas en una unidad de atención psiquiátrica

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable independiente

- Juego como estrategia para el desarrollo de habilidades sociales.

Variable dependiente

- Desarrollo de conductas asertivas a partir del uso del juego.

Variable interviniente

- Condiciones ambientales en la que se realiza la investigación (institución)

La medida que se marca para el desarrollo de habilidades sociales es el juego, se busca realizar la verificación a partir de la recolección de datos en la observación de conductas de los participantes del grupo. A su vez se hará uso de la prueba T de student, ya que la muestra con la cual se va a trabajar es mejor a 30 participantes.

El método estadístico permitirá marcar los puntos de referencia relacionados al proceso de aprendizaje de habilidades sociales de los usuarios de la Unidad de Media Estancia Galatzó a

partir del desarrollo de conductas asertivas, esta información será reflejada en la Matriz de Habilidades Sociales, tomando como referencia la clasificación que realiza Goldstein.

PARTICIPANTES

En la presente investigación participaron 24 usuarios ingresados en la Unidad de Media estancia Galatzó del Hospital Psiquiátrico De Mallorca, su rango de edad está entre los 35 y 55 años. Todos los usuarios que se encuentran ingresados fueron diagnosticados de esquizofrenia paranoide. Para la implementación del programa se formaron dos grupos de 12 personas. El grupo control asistirá a las 11 sesiones de juego que se tiene previsto realizar al interior de la institución..

Criterios de selección

- Hombres y mujeres diagnosticados de esquizofrenia paranoide.
- Hombres y mujeres ingresados en la Unidad De Media Estancia Galatzó
- Hombres y mujeres que presenten puntuaciones bajas en la escala de habilidades sociales de Goldstein.

Los usuarios de la Unidad de Media Estancia Galatzó presentan un historial psiquiátrico familiar, en la construcción de su historia de vida se logra identificar que existen más de dos casos de trastorno mental grave diagnosticados al interior de su grupo familiar.

La mayoría de los usuarios no concluyeron el instituto y provienen de los pueblos aledaños a Palma, el primer brote psicótico se presente entre los 18 y 20 años de edad.

Los 24 usuarios de la Unidad dependiendo de la evolución y estabilidad de los síntomas positivos y negativos de la psicosis, tienen la posibilidad de salir entre dos y tres horas al día, para realizar camitas o tomar un café en los alrededores del hospital. Son pocos los usuarios de los servicios que pueden ir a casa a pasar el fin de semana o los días festivos.

Cuando los usuarios se encuentran por fuera de la institución manifiestan que no mantienen contacto con las personas que se encuentran en el exterior, toman su café en solitario, mantienen conductas de aislamiento y poca interrelación.

DISEÑO/PROCEDIMIENTO

Los participantes fueron asignados de manera aleatoria a dos grupos, los que se encontraban conformados por 12 participantes cada uno. Se hizo uso de la observación y el registro conductual para identificar si los usuarios del servicio carecen de habilidades sociales, además se hace uso de la Escala de Funcionamiento Personal y Social (Personal and Social Performance Scale, PSP) Comunicación y Ediciones Sanitarias, S.L. Plaza Cristóbal Colón 3, 1º 2 · 28220 Majadahonda, www.cyesan.es

La observación fue realizada por el investigador, se tomó en consideración a los 24 usuarios de la Unidad de Media Estancia Galatzó, para poder realizar la construcción de una línea base de trabajo se procede a realizar la observación de las jornadas diarias de los pacientes, empezando a las 08:00 de la mañana con el primer encuentro en espacios comunales posterior a la ducha, se continua durante el desayuno, la hora del cigarro, la salida a los talleres de terapia ocupacional, la hora de la merienda, la comida, la hora de ver televisión y la merienda de la tarde.

Se toman en consideración todas las conductas no adecuadas presentadas por los usuarios del servicio al dirigirse hacia un par, o solicitar algo.

La Escala de Funcionamiento Personal y Social (Personal and Social Performance Scale, PSP) Comunicación y Ediciones Sanitarias, S.L. Plaza Cristóbal Colón 3, 1º 2 · 28220 Majadahonda, www.cyesan.es, acompañó el proceso de observación, la posibilidad de haber tenido un acercamiento previo posibilitó identificar a cada uno de los usuarios y poder recabar información de manera individual. La condición natural de observación en el contexto habitual de los usuarios posibilitó recabar información de primera mano.

Para el desarrollo de la investigación se realizara una evaluación ex ante y ex post del grupo que participara del programa de desarrollo de habilidades sociales a partir del uso del juego. Al segundo grupo sólo se le realizara las evaluaciones. La información recabada será analizada al finalizar el estudio.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El juego como estrategia para la adquisición de habilidades sociales en pacientes con trastorno mental grave institucionalizados.

El programa de habilidades sociales fue diseñado posterior a recabar la información necesaria para identificar los recursos que poseen los usuarios de la Unidad de Media Estancia Galatzó para socializar con sus pares.

El objetivo del programa es el desarrollar habilidades sociales a partir del uso del juego como elemento que permite generar aprendizajes en los usuarios del servicio de salud mental, es necesario reconocer que el juego permite educar a las personas que participan, y esto se logra a través del modelado.

Se busca que los usuarios del servicio puedan adquirir algunas de las habilidades sociales que se presentan en la clasificación que realiza Goldstein.

El programa se realizara con la siguiente estructura.

Fase 1. Conversatorio con los usuarios del servicio, tomando en cuenta que se hace uso de la metodología Investigación Acción Participativa, se busca construir en conjunto el concepto de habilidades sociales. La posibilidad de permitir a los usuarios del servicio el participar de manera activa en el programa facilitara el proceso de empoderamiento y aprendizaje de las habilidades sociales.

Fase 2. Desarrollo de sesiones de juegos en las cuales los objetivos sean el presentar ciertas conductas asertivas, a partir del modelado de buenas conductas de contacto con los compañeros de la unidad, el reconocimiento de los derechos de los miembros de la unidad, fomentando en el proceso la relación con los miembros del grupo, tomando en cuenta que los juegos van a permitir que los usuarios pongan en evidencia su capacidad de interrelación a través del uso de habilidades sociales.

Fase 3. Tomando en cuenta que el juego permite generar aprendizajes se empezara a realizar procesos de modelado para el desarrollo de habilidades sociales. Para el desarrollo de las sesiones de juego se invita a participar al personal de enfermería de la unidad, esto permite que se puedan poder en prácticas habilidades sociales aprendidas tales como:

- El saludar y despedirse de manera natural de un espacio comunitario.
- Solicitar las cosas de manera adecuada.

- Pedir ayuda cuando la consigna no ha sido entendida.
- Hablar de experiencias de la vida cotidiana respetando los pensamientos, decisiones, emociones.
- Acercarse de manera adecuada a una persona.
- Llamar a todos por su nombre.

Gracias a la participación del personal de enfermería se pueden presentar de manera óptima recursos que son necesarios para el desarrollo de actividades de la vida cotidiana en las cuales los participantes se encuentren satisfechos del momento y espacio compartido. La posibilidad de poner en escena conductas permite que los miembros del grupo control puedan modelarlas y aprehenderlas.

Los juegos que permiten poner en práctica habilidades sociales básicas son:

- Juego de los saludos: todos los participantes inventarán formas nuevas de saludarse que no se la habitual dando la mano.

Se pide que todos formen parejas, se pide el nombre de la persona que forma parte de la pareja y se empieza con el ritual del saludo, por ejemplo en lugar de darse la mano se pueden tocar la punta de la nariz, pueden cruzar pulgares, silbando una canción. Se les recuerda a todos los compañeros que es necesario llamar por el nombre a su pareja. Cuando se terminen de saludar se cambian de pareja, la actividad concluye cuando los participantes han tenido contacto con todos los miembros del grupo.

Fase 4. Puesta en escena de los aprendizajes, en esta etapa se buscara poner en práctica las habilidades sociales en espacios naturales, se tiene previsto salidas recreativas a espacios comunitarios, siendo estos restaurantes, cafeterías, supermercados.

Fase 5. Se realizara la evaluación de las personas que forman parte del grupo. Para poder medir el nivel de impacto del programa de juegos se realizara como primer paso la realización de una evaluación previa, la misma que partirá de un proceso de observación. Los resultados de la evaluación ex ante se la realizó previa la diseño del programa.

Fase 6. Refuerzo y retroalimentación.

REGISTROS CONDUCTUALES, VARIABLES DEPENDIENTES

Para recabar información en relación a la reducción de habilidades sociales en pacientes institucionalizados se procederá a realizar un registro conductual tomando en cuenta la clasificación de HH.SS de Goldstein, permitiendo construir la línea base para el desarrollo del programa.

EVALUACIÓN EX ANTE

MATRIZ PARA EVALUAR LA PUESTA EN PRÁCTICA DE HABILIDADES SOCIALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE GOLDSTEIN			
CLASIFICACIÓN	TIPO DE RESPUESTA		
Habilidades sociales primarias	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA
1. Escuchar	3	2	19
2. Iniciar una conversación	5	4	15
3. Mantener una conversación	10	5	9
4. Formular una pregunta		15	9
5. Dar las gracias		2	22
6. Presentarse		5	19
7. Presentar a otras personas		5	19
8. Hacer un cumplido		2	22
HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA
1. Pedir ayuda		5	19
2. Participar		4	20
3. Dar instrucciones		2	22
4. Seguir instrucciones		2	22
5. Disculparse		8	16
6. Convencer a los demás		2	22

HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA
1. Conocer los propios sentimientos		2	22
2. Expresar sentimientos		2	22
3. Comprender los sentimientos de los demás		2	22
4. Enfrentarse con el enfado del otro			24
5. Expresar afecto		2	22
6. Resolver el miedo		2	22
7. Autorrecompensarse		8	16
HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA
1. Pedir permiso		2	22
2. Compartir algo		2	22
3. Ayudar a los demás		2	22
4. Negociar		6	18
5. Emplear el auto control			24
6. Defender los propios derechos			24
7. Responder a las bromas		6	18
8. Evitar los problemas con los demás		2	22
9. No entrar en peleas		2	22
HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA
1. Formular una queja	4		20
2. Responder a una queja	8		16
3. Demostrar deportividad tras un	8		16

juego			
4. Resolver la vergüenza			24
5. Arreglárselas cuando le dejan de lado	24		
6. Defender a un/a amigo/a		8	16
7. Responder a la persuasión	2	4	18
8. Responder al fracaso	2	3	19
9. Enfrentarse a los mensajes contradictorios		2	22
10. Responder a la acusación		2	22
11. Prepararse para una acusación difícil		2	22
12. Hacer frente a las presiones del grupo	2		22
HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA
1. Tomar iniciativas	20		4
2. Discernir sobre la causa de un problema	4	2	18
3. Establecer un objetivo	20		4
4. Determinar las propias habilidades	20		4
5. Recoger información	20		4
6. Resolver los problemas según importancia	20		4
7. Tomar una decisión	20		
8. Concentrarse en una tarea	20		4

(Elaborado por Ps. Juan Carlos Romero)

Se puede identificar en el Anexo 1 los resultados obtenidos del proceso de observación, los problemas relacionados a las habilidades sociales se marcan en puntos de referencia

básicos para el desarrollo de la vida cotidiana de manera normalizada, la falta de capacidad de comunicación, trasmisión de la información, falta de cuidado en el trato con los pares o personas que forman parte de una comunidad.

El desarrollo del cotidiana de los pacientes al interior de la institución se encuentra marcado por conductas de aislamiento, evitación, falta de contacto con los compañeros de unidad, en las datos estadísticos del Anexo 1 se pueden identificar cada una de las puntuaciones obtenidas en la clasificación de Habilidades Sociales de Goldstein, esta información permitirá construir la línea base de la propuesta del programa de desarrollo de habilidades sociales en pacientes institucionalizados.

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL (PERSONAL AND SOCIAL PERFORMANCE SCALE, PSP)

Se hace uso de la escala de Funcionamiento Personal y Social que se encuentra en el Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 6ª Edición. La escala fue aplicada a los 24 usuarios de la unidad, los resultados obtenidos permiten identificar que los usuarios de la Unidad de Media estancia Galatzó presentan una puntuación media de 55, los autores proponen la siguiente grilla de interpretación:

Seleccione un intervalo de 10 puntos. La selección del intervalo de 10 puntos se basa en los grados de disfunción que ha determinado para las 4 áreas principales: *a*) actividades sociales habituales, incluyendo trabajo y estudio; *b*) relaciones personales y sociales; *c*) autocuidado; y *d*) comportamientos perturbadores y agresivos.

100-91 Funcionamiento excelente en las 4 áreas principales. Se le tiene en elevada consideración por sus buenas cualidades, afronta adecuadamente los problemas de la vida, está involucrado/a en un amplio rango de intereses y actividades.

90-81 Funcionamiento bueno en las 4 áreas, presencia tan sólo de problemas o dificultades comunes.
--

80-71 Dificultades leves en una o más áreas de la a) a la c).
70-61 Dificultades manifiestas, pero no marcadas, en una o más áreas de la a) a la c), o dificultades leves en d). En el área b) incluya aquí el empleo protegido si el rendimiento es bueno.
60-51 Dificultades marcadas en sólo una área de la a) a la c) o dificultades manifiestas en d).
50-41 Dificultades marcadas en dos o tres áreas de la a) a la c), o dificultades graves en sólo una área de la a) a la c) sin dificultades marcadas en las otras 2 áreas; no dificultades marcadas en d).
40-31 Dificultades graves en sólo una área de la a) a la c) y dificultades marcadas en al menos una de las otras dos; o dificultades marcadas en d).
30-21 Dificultades graves en dos áreas de la a) a la c); o dificultades graves en d), incluso si no hay dificultades graves o marcadas en las áreas de la a) a la c).
20-11 Dificultades graves en todas las áreas de la a) a la c); o muy graves en d), incluso si no hay dificultades graves en las áreas de la a) a la c). Si la persona reacciona a provocaciones externas, se sugiere puntuaciones entre 20 y 16; si no, las puntuaciones sugeridas son entre 15 y 11.
10-1 Falta de autonomía en el funcionamiento básico con comportamientos extremos, pero sin riesgo de supervivencia (puntuaciones 6-10) o con riesgo de supervivencia, por ejemplo riesgo de muerte por malnutrición, deshidratación, infecciones, incapacidad para reconocer situaciones de peligro manifiesto (puntuaciones 1-5).

En el análisis de los resultados se puede determinar que al ser la puntuación media de 55 de un total de 24 usuarios, se puede identificar que los participantes presente dificultades marcadas en el área de RELACIONES PERSONALES Y SOCIALES, las personas presentan niveles inadecuados de interacción, no hay presencia de un buen nivel de escucha entre los usuarios, el lenguaje que se usa no es adecuado y la forma de demandar algo rompe con una condición de igualdad, los usuarios presentan conductas violentas, poco control de impulsos, no se hace uso de conductas básicas de convivencia, no hay saludos ni despedidas amables, no se evidencia interacción entre los miembros motivados de manera voluntaria. Se marcan ciertos rasgos del literal d, que hace referencia a la presencia de conductas tales como grosería, insociabilidad, quejas, los pacientes hablan de manera fuerte e invasiva.

Esta información permite construir la línea base de trabajo, con la cual se busca implementar el programa de desarrollo de habilidades sociales en pacientes con trastorno mental grave en condición de institucionalización.

La metodología cuasi experimental aplicado a la Psicología, estima un modelo de investigación en el que se pretende generar el desarrollo de modelos de intervención psicoterapéuticos sistematizados y aplicados a poblaciones en distintos niveles, basados en la evidencia científica para el tratamiento de los problemas y trastornos psicológicos; esto se realiza a través de programas de intervención psicológica, los mismos deben ser eficaces y efectivos en la población, contextualizado a nuestra realidad y que además aporte con información de la aplicabilidad de la psicología con sus implicaciones éticas a la hora de abordar la investigación. Además de que ésta sirva para el desarrollo de las Ciencias Psicológicas, la cual al momento es escasa y limitada...La investigación constituye en la actualidad una necesidad imperante en el desarrollo del conocimiento y en el fortalecimiento del quehacer.... (Moreta, pág. 3, 2012)

El tipo de estudio que se realizara en la presente investigación es observacional, ya que busca identificar las características que presentan las personas con trastorno mental grave que se encuentran institucionalizadas, y participativo porque busca desarrollar estrategias en conjunto con la población para fomentar el desarrollo de habilidades sociales.

El estudio a su vez presenta una condición descriptiva ya que busca especificar las conductas que presentan las personas frente al contacto con un otro al interior de espacios tan reducidos como lo es el pabellón de un hospital psiquiátrico.

MÉTODO

El presente proyecto se ejecutó a través de la utilización del método cualitativo de investigación, permitiendo así la transformación de las conductas que presentan los pacientes con trastorno mental que se encuentran institucionalizados.

La posibilidad de entender cómo se construye la realidad del paciente institucionalizado a partir de la observación e interrelación con ellos permite entender cómo el proceso de institucionalización rompe modifica sus posibilidades de interrelación y encuentro con otros en condición de igualdad.

La propuesta de investigación se va a enmarcar en la línea de trabajo de la investigación, acción participativa de la psicología social comunitaria en la que se busca que los miembros de una comunidad “institución” puedan participar de manera activa en el proceso de construcción de saberes que les permita responder a sus necesidad, promoviendo la participación de cada uno de sus miembros para convertirlos en actores activos de su comunidad “institución”.

Irene Vasilachis citando a , Creswell (1998: 15, 255) considera que la investigación cualitativa es un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas –la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos, la etnografía y el estudio de casos– que examina un problema humano o social. Quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una situación natural (Vasilachis, 2006, 25)

La posibilidad de utilizar un método cualitativo de investigación favorece la interpretación de la información en contextos naturales, permitiendo la veracidad de los datos recogidos. El grupo objetivo de investigación podrá participar de manera activa, permitiéndose un trabajo dialéctico.

Para al diseño de la presente investigación se plantea un modelo flexible que permita la modificación de ciertas técnicas, instrumentos y actividades en el trabajo en campo, posibilitando de esta manera un cumplir con los objetivos planteados.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación acción participativa

La observación se realizará durante tres semanas, en las cuales se busca identificar cada uno de los roles que cumplen los usuarios de la institución, así como las conductas que se hacen presentes en el desarrollo de la vida cotidiana.

Como parte del proceso de observación se puede recabar la siguiente información:

- Los usuarios de la unidad de media estancia Galatzó mantienen un itinerario diario de actividades que empiezan con la ducha en la mañana y terminan con la cena y el cigarro de la noche.
- Los usuarios de la unidad Galatzó no presentan interés por las cosas que le puedan pasar a sus compañeros de habitación o mesa de alimentación.
- Los usuarios de la Unidad Galatzó poseen lugares comunales, los mismos que carecen de sentidos, porque no se generan procesos de interrelación.
- Las conductas que se presentan al mantener contacto con un par son atravesadas por violencia, rechazo.
- Las actividades comunales como son el comer, son desarrolladas de manera automática, los usuarios no se permiten hablar entre ellos de acontecimientos de la vida cotidiana.
- No existe compañerismo y solidaridad entre los usuarios de la unidad de Media Estancia Galatzó.
- Los usuarios del servicio mantiene conductas de aislamiento y evitación a sus pares.

Posterior al proceso de observación y la aceptación de los miembros de la institución se empieza a recabar información de las fuentes primarias, se mantiene conversatorios con los usuarios en relación a la dinámica cotidiana, los que hace referencia a lo siguiente:

- “aquí no hay compañerismo, cada uno vive su vida, a mí me fastidia que alguien me pregunte como estoy, yo sé que estoy loco, y que pasa, los demás están más locos, yo no puedo estar con ellos, me dan asco”
- “aquí no se comparten espacios, todos están en sus mundos, en ocasiones me gustaría poder hablar con alguien acerca de cómo estoy, pero aquí parece que todos están enojados”
- “casi nunca hablamos, cuando salimos a las actividades del taller ocupacional cada uno va por su lado, no somos amigos, creo que aquí estoy sola”
- “cuando la gente se me acerca es solo para pedirme cigarrillos, y si no se los doy gritan, eso me asusta”
- “cuando estaba en cada recuerdo que todo era distinto, tenías personas con las cuales conversar, aún la hora de la comida era divertida, mi familia me preguntaba cómo me fue en el curso, eso me hacía sentir bien, aquí no puedo hablar con nadie, me gustaría que se puedan implementar tertulias con los compañeros, eso sería bueno”
- “aquí la mayoría pasa durmiendo o fumando, esto debería ser distinto, creo que deberíamos hablar entre todos, este es mi pensamiento, yo no estoy loca, pero aquí adentro sola es como si lo estuviera, no tienes con quien reírte, no salir a tomar un café, lastimosamente no tenemos con quien hablar, ni las enfermeras nos escuchan”
- “a mí me gustaría que todos nos lleváramos como amigos, total estamos compartiendo un mismo espacio, que nos cuesta”

Los conversatorios mantenidos con los usuarios de la unidad permiten identificar las siguientes necesidades: falta de compañerismo, conductas violentas (gritar cuando piden las cosas, golpes, uso de palabras despectivas), poca tolerancia al contacto con otros, aislamiento, falta de oportunidades para hablar. Para poder trabajar con la problemática de falta de interrelación se buscan estrategias con los usuarios.

Se plantea como actividad la posibilidad de desarrollar talleres de juegos por las tardes, en los cuales cada uno de los usuarios puede participar de manera voluntaria, para el desarrollo de las actividades se tiene previsto el trabajar de manera latente la posibilidad de mejorar los niveles de interrelación entre los miembros de la unidad y a su vez

potenciar el aprendizaje de habilidades sociales para promover un mejor nivel de convivencia al interior de la comunidad “institución”

El proyecto fue ejecutado los días lunes y viernes de 15:30 a 16:30, la técnica utilizada fue el juego. Se realizaron 11 sesiones en las cuales se buscaba que los usuarios del servicio de salud puedan relacionarse con las personas que se encuentran en la Unidad Galatzó.

Los usuarios del servicio irán evaluando cada una de las actividades. La evaluación será realizada al finalizar cada sesión de juegos, se generaba un espacio de socialización en la cual se puedan expresar las experiencias, emociones, aprendizajes. Esto permite el cierre de la actividad y manejar los montos de ansiedad que se puedan presentar en las sesiones.

Con los aprendizajes del día los usuarios sugieren actividades para que los compañeros de las sesiones de juego se sientan a gusto, entre las que se proponen:

- Clases de baile de ritmo latino (salsa y bachata)
- Juegos de fútbol
- Juegos de mesa, entre ellos: Cuatro en raya, Domino, Hundir la Flota, ¿Quién es Quién?, Monopolio, La Brisca, el Tute.
- Salidas a espacios comunitarios, tomar un café o un helado en las cafeterías cercanas al hospital

La posibilidad de permitirle al usuario de la unidad participar de manera activa en los talleres de juego le posibilita el irse empoderando de la dinámica y aprehender estrategias para mejorar la relación con sus pares. Desde los participantes se empiezan a marcar reglas que permiten mejorar los niveles de comunicación y respeto.

Reglas propuestas por los usuarios

1. “A la hora de jugar todos somos iguales”
2. “A la hora de jugar nadie se grita ni se pelea”.
3. “Hay que respetar los turnos”
4. “Hay que llamar a los miembros del grupo por su nombre, no por su mote (seudónimo u apodo)”

5. “Tenemos que empezar todas las actividades con un saludo, un abrazo fuerte y desearnos un feliz día. Al final de la reunión despedirnos con un abrazo”
6. “Comprometernos a saludarnos cuando nos veamos en los pasillos de la unidad, respetarnos y hablar un poco”.
7. “Participar de cada uno de los talleres”

TÉCNICAS

El juego: para el desarrollo de la presente investigación se optó por tomar como técnica al juego, ya que este permite que las personas que se encuentran en un espacio común puedan mantener contacto y promover del desarrollo de la socialización a través de la promoción de habilidades sociales.

El juego es una técnica que permite colocar a los jugadores en condición de igualdad, aceptando las diferencias y promoviendo la participación. Es en el juego cuando el adulto rompe con una condición de aislamiento y busca el encuentro con uno de sus pares. La posibilidad de participar de manera activa permite al jugador sentirse parte de un grupo o una comunidad, favoreciendo el contacto el diálogo.

El juego como técnica también permite educar a los participantes, en el caso de la presente investigación se lo utilizo para desarrollar habilidades sociales en pacientes institucionalizados, marcando el uso del modelado como recurso para la enseñanza y aprendizaje de habilidades sociales.

Se busca que los juegos posibiliten el encuentro de las personas en condición de igualdad, promoviendo la participación activa. Para el desarrollo de las sesiones se puede hacer uso de juegos tradicionales, a continuación se detalla una sesión de juegos.

Actividad 1: Saludos

El monitor saluda de manera amable a cada uno de los participantes, los llama por su nombre y les da un abrazo, les recuerda a los miembros del grupo que es necesario dar la bienvenida a sus compañeros y agradecerles por participar de la sesión. Todos los miembros del grupo se saludan con un fuerte abrazo y se dan la bienvenida.

Actividad 2: dinámica para romper el hielo

Nombre de la dinámica: Baile de la Bala

En esta dinámica se enseña a los participantes el estribillo de la canción de bala “Vamos a bailar la bala, la tienes que bailar porque si tu no la bailas se te puede disparar”, posterior a esto se pide a todos que formen una ronda y sujeten el hombro de su compañero, mientras se va cantando todos los participantes se caminan hacia su derecha. Cuando se termina el estribillo el monitor pregunta:

Chicos ¿Han bailado la bala?

Participantes: Si

Monitor: pero no la han bailado sujetando la oreja de su compañero, todos se mantienen en la ronda y empiezan a cantar la canción y dar la vuelta en la ronda sujetando la oreja de compañero. Se van sumando partes del cuerpo al finalizar de cada vuelta.

Objetivo: Esta dinámica tiene como objetivo el disminuir el nivel de ansiedad que presentan los participantes, así como permitir la cercanía de los compañeros de unidad.

Actividad 3: Dinámica ha llegado una carta

El monitor menciona que ha llegado una carta, todos los usuarios sentados en su lugar preguntan ¿PARA QUIÉN? El monitor responde que para todas las personas que tiene el cabello negro. Cuando uno o varios de los participantes cumplen con el requisito que plantea el monitor, se tienen que cambiar de lugar.

Después de cinco minutos de la actividad el monitor dice “HA LLEGADO UNA CARTA”

Participantes: ¿PARA QUIÉN?

Monitor: para todas las personas que formen parejas.

Objetivo: permitir la descarga motriz y la conformación de grupos de trabajo

Actividad 4: Juego del Lazarillo

El monitor pide a los participantes que venden los ojos de uno de los miembros de la pareja, cuando se cumple con la consigna el monitor menciona: “NECESITAMOS AYUDAR A NUESTRO COMPAÑERO QUE NO PUEDE VER A LLEGAR AL

COMEDOR DE LA UNIDAD, PARA ESTO LAS PERSONAS QUE NO LLEVAMOS LOS OJOS VENDADOS VAMOS A GUIARLOS CON NUESTRA VOZ, PIDIÉNDOLES DE FAVOR QUE SIGAN NUESTRAS INSTRUCCIONES Y DÁNDOLES SEGURIDAD, CUANDO LA PAREJA LLEGUE A LA META, SE CAMBIARAN LOS PAPELES, POR FAVOR CUIDEN A SUS COMPAÑEROS, LLAMENLOS POR SUS NOMBRES PARA QUE PUEDAN RECONOCER LAS INSTRUCCIONES, TENGA PACIENCIA SI DEMORA EN REALIZAR LA ACTIVIDAD, RECUERDE QUE NO ES UNA COMPETENCIA”

Al finalizar la actividad se realiza una evaluación de lo sentido por los participantes.

¿Cómo se sintieron?

- “Al inicio inseguro, mi compañero no me llamaba por el nombre, pero después entendió que necesitaba su ayuda y lo hizo bien, al final me sentí segura”
- “tenía nervios, creí que iba a tropezar con mis compañeros y caer, pero me di cuenta que todos se ayudaban y buscaban que nadie se lastime”
- “al inicio raro, no es común que me llamen por el nombre”
- “me sentí bien, pude confiar en mi compañero, sabía que cuando llegara mi turno, Yo también debía ser cuidadoso y ayudar a mi compañero”
- “creo que todos podemos trabajar bien cuando confiamos en las personas”
- “hubo mucho respeto, todos se decían por favor y gracias, esto no es muy común”

La propuesta del uso del juego como estrategia para el desarrollo de habilidades sociales parte desde el reconocimiento del juego como un elemento de educación en el cual se busca compartir experiencias, normas y saberes entre los participantes.

Para el desarrollo de los juegos se marca como precepto un conjunto de normas desarrollado por los usuarios del servicio, con las se busca mantener un espacio de interrelación cómodo para cada uno de los participantes:

Reglas antes de jugar (Autores usuarios de la unidad de media estancia Galatzó)

1. A la hora de jugar todos somos iguales”
2. “A la hora de jugar nadie se grita ni se pelea”.
3. “Hay que respetar los turnos”

4. “Hay que llamar a los miembros del grupo por su nombre, no por su mote (seudónimo u apodo)”
5. “Tenemos que empezar todas las actividades con un saludo, un abrazo fuerte y desearnos un feliz día. Al final de la reunión despedirnos con un abrazo”
6. “Comprometernos a saludarnos cuando nos veamos en los pasillos de la unidad, respetarnos y hablar un poco”.
7. “Participar de cada uno de los talleres”

Los juegos a desarrollar tendrán como base el mejorar los niveles de interrelación, fomentando el compañerismo, el respeto, la libre expresión, mejorar la comunicación.

Para cumplir con esta actividad se puede hacer uso de cualquier juego tradicional, de manera previa se deben construir los objetivos del juego, y al final de cada sesión socializarlo con los participantes.

La posibilidad de trabajar en un espacio común, en situación de igualdad permitirá que los participantes disminuyan sus niveles de resistencia frente a sus compañeros, promoviendo la aceptación de las diferencias y el reconocimiento del otro como un sujeto de derechos.

MODELO DE INTERVENCIÓN

Fase de observación

Para el desarrollo de la investigación se planteó en fase inicial el diagnóstico de las necesidades de los pacientes de la unidad de media estancia, se desarrollaron conversatorios con el equipo de trabajo y los usuarios del servicio.

Se plantean como problemáticas:

- Falta de buen trato entre los paciente de la institución.
- Falta de respeto entre los compañeros
- Falta de interrelación
- Falta de comunicación
- Falta de compañerismo

- Falta de solidaridad.

Estas problemáticas se presentan en la fase de observación, los resultados se reflejan posteriores al vaciado de la información en la matriz de Habilidades Sociales (Anexo 1).

Con la información recabada a partir de la observación participante y conversatorios se logra delimitar como categoría de trabajo la falta de habilidades sociales en pacientes institucionalizados.

Para poder dar respuesta a las necesidades de los miembros de la comunidad “institución” se planteó el proyecto de desarrollo de habilidades sociales a partir de uso del juego.

Se marca como condición general a través del dialogo entre compañeros que es necesario respetar a cada una de las personas que se encuentran compartiendo un espacio común, respetar los turno, fomentar el compañerismo, sonreír y saludar, terminar cada uno de los encuentros con un abrazo, charlar en los pasillos y a la hora de la comida, formar un grupo de amigos.

Cada sesión consto de:

- Caldeamiento: fue la primera actividad que se realizó en cada sesión, esta tiene como objetivo el disminuir los niveles de tensión de los participantes, fomentar la relajación y la distención, promover la participación. Las actividades desarrolladas fueron juegos y dinámicas:
 - Los juegos y dinámicas se pueden hacer uso tanto en la fase de caldeamiento como el desarrollo de la actividad.
 1. El gato y el ratón
 2. El baile de la bala
 3. El baile de la silla
 4. El baile de la serpiente
 5. La pelota en la cuchara
 6. La canción de la mar
 7. Ha llegado una carta
 8. Las estatuas
 9. La canción de los saludos

10. El abrazo de bienvenida
11. Futbol de escobas
12. La fila de futbol
13. El lazarillo
14. Simón dice
15. La canción de tallarín
16. Reventar globos
17. Los ensacados
18. Las escondidas.
19. Los congelados.
20. Las estatuas.
21. Los constructores.
22. La barca.
23. Casa e inquilinos.
24. Un puente se ha caído.
25. San Benito.
26. El Tren.

- Desarrollo: parte central de la sesión, los juegos y dinámicas (se enlistan en la parte superior) que se proponían en este espacio tenían como objetivo el mejorar el nivel de trabajo grupal.
- Cierre: es el espacio en el cual los usuarios hacen referencia a los aprendizajes y reflexiones de las actividades realizadas, así como la posibilidad de promover una despedida llena de afecto.

CRONOGRAMA

Actividades	Agosto	Septiembre
Ingreso a la institución	03	
Evaluación de los usuarios del servicio	03 al 14	
Presentación de proyecto al equipo de trabajo de la unidad	17	
Sesión 1	21	
Sesión 2	24	
Sesión 3	28	
Sesión 4	31	
Sesión 5		4
Sesión 6		7
Sesión 7		11
Sesión 8		14
Sesión 9		18
Sesión 10		21
Sesión 11		25

Resultados

Al finalizar la aplicación del programa de desarrollo de habilidades sociales se busca evaluar los aprendizajes de los usuarios, se hace uso de la matriz de la clasificación de habilidades sociales de Goldstein, la que arroja los siguientes resultados.

- En los resultados obtenidos se puede identificar que existen cambios en las conductas en los participantes de los talleres de juegos, se visualiza que la conducta Violenta disminuye y aumenta la conducta, gracias al entrenamiento en habilidades sociales desarrolla a partir del uso del juego. En las habilidades sociales avanzadas se puede evidenciar un aumento de conductas asertivas, pasando de una media de 6 a 12 usuarios que presentan cambios. Se dan cambios significativos en relación a la disminución de la violencia en el indicador actividades alternativas a la agresión, y la presencia de mayor cantidad de conductas asertivas.

MATRIZ PARA EVALUAR LA PUESTA EN PRÁCTICA DE HABILIDADES SOCIALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE GOLDSTEIN			
CLASIFICACIÓN	TIPO DE RESPUESTA		
Habilidades sociales primarias	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA
1. Escuchar	2	10	12
2. Iniciar una conversación	2	10	12
3. Mantener una conversación	2	10	12
4. Formular una pregunta	2	10	12
5. Dar las gracias	2	10	12
6. Presentarse	2	10	12
7. Presentar a otras personas	2	10	12
8. Hacer un cumplido		12	12
HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA

1. Pedir ayuda		12	12
2. Participar		12	12
3. Dar instrucciones		12	12
4. Seguir instrucciones		12	12
5. Disculparse		12	12
6. Convencer a los demás		12	12
HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA
1. Conocer los propios sentimientos		12	12
2. Expresar sentimientos		12	12
3. Comprender los sentimientos de los demás		12	12
4. Enfrentarse con el enfado del otro		12	12
5. Expresar afecto		12	12
6. Resolver el miedo		12	12
7. Autorrecompensarse		12	12
HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA
1. Pedir permiso		12	12
2. Compartir algo		12	12
3. Ayudar a los demás		12	12
4. Negociar		12	12
5. Emplear el auto control		12	12
6. Defender los propios derechos		12	12
7. Responder a las bromas		12	12

8. Evitar los problemas con los demás		12	12
9. No entrar en peleas		12	12
HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA
1. Formular una queja		12	12
2. Responder a una queja		12	12
3. Demostrar deportividad tras un juego		12	12
4. Resolver la vergüenza		12	12
5. Arreglárselas cuando le dejan de lado		12	12
6. Defender a un/a amigo/a		12	12
7. Responder a la persuasión		12	12
8. Responder al fracaso		12	12
9. Enfrentarse a los mensajes contradictorios		12	12
10. Responder a la acusación		12	12
11. Prepararse para una acusación difícil		12	12
12. Hacer frente a las presiones del grupo		12	12
HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA
1. Tomar iniciativas	12	12	
2. Discernir sobre la causa de un problema	12	12	
3. Establecer un objetivo	8	12	4
4. Determinar las propias habilidades	8	12	4

5. Recoger información	8	12	4
6. Resolver los problemas según importancia	8	12	4
7. Tomar una decisión	8	12	4
8. Concentrarse en una tarea	8	12	4

Resultados ANEXO 2 (Elaborado por Ps. Juan Carlos Romero)

Para poder medir el nivel de satisfacción de las personas que participaron en cada una de las sesiones de juego se desarrolló un taller de cierre a manera de conversatorio, en el cual se pudo obtener la siguiente información.

Nota: se cita de manera textual la información recabada

- “los juegos nos permitieron tener mayor cercanía con nuestros compañeros de la unidad, ahora podemos estar juntos y hablar”
- “después de los juegos vemos que tenemos mayor confianza y podemos hablar con todos los compañeros”
- “ahora puedo tener un grupo de amigos con los cuales compartir tiempo, también puedo salir con ellos a tomar un café y caminar por la ciudad”
- “antes del taller de juego nosotros no nos hablábamos, solo nos sentábamos en las sillas y no interactuábamos, ahora es distinto, puedo confiar en ellos y hablar de las cosas que me pasan, puedo decirles como me siento, mis amigos ahora me escuchan y esto me hace sentir bien”
- “antes me sentía sola, no hablaba con nadie, ahora tengo un grupo de amigos, las cosas son distintas, ahora todos nos tratamos con respeto, ahora nos saludamos a la hora de la comida, hablamos con confianza de cómo nos sentimos, antes no era así, sólo nos sentábamos a comer y no hablábamos ni nos mirábamos, ahora estoy muy contenta”
- “con los juegos pude hacer amigos, y también disminuir las voces que escucho, con los juegos me tranquilizo y puedo estar bien”
- “gracias a las sesiones de la tarde veo que todos estamos contentos, nos sonreímos entre todos y podemos trabajar en grupo”

- “aprendí que las personas somos distintas y es necesario aceptar cada una de las diferencias que tenemos, ahora creo que todos somos especiales y debemos acertarnos y aceptar a los demás”
- “el poder compartir las sesiones de juego con los profesionales de la unidad me hace sentir bien, puedo confiar más en ellos porque somos iguales”
- “cuando jugamos estamos felices y alegres”
- “todos somos iguales cuando jugamos, es bueno que hagan estas cosas, así ya no estamos sentados sólo viendo la televisión, podemos hablar de cómo nos sentimos”
- “ahora todos somos amigos, ya no digo que todos están locos, ahora son mis amigos”

CONCLUSIONES

- La falta de redes sociales en pacientes institucionalizados rompe con sus capacidades de interrelación en la comunidad “institución” y se empieza a generar conductas de aislamiento y evitación producto de la inseguridad.
- Los planes de rehabilitación se encuentran dirigidos a promover el retorno del “paciente” a la comunidad, pero es necesario entender que existen varios “pacientes” para los cuales la institución se convierte en su comunidad, y para la cual es necesario fomentar la adquisición de recursos que le permitan desarrollar actividades en el cotidiano que favorezcan la participación y relación activa entre pares.
- El juego es una técnica que permite mejorar el nivel de interrelación entre los miembros de una comunidad “institución” a través de la aceptación y respeto de las diferencias que presentan los miembros de una unidad de atención psiquiátrica.
- El juego favorece el desarrollo de habilidades sociales en “pacientes” institucionalizados, y permite la promoción de derechos de los compañeros de unidad.
- El juego permite el tejido de redes de contención entre miembros de una comunidad “institución”.
- El juego favorece la comunicación entre los miembros de las unidades de atención psiquiátrica.

ANEXOS

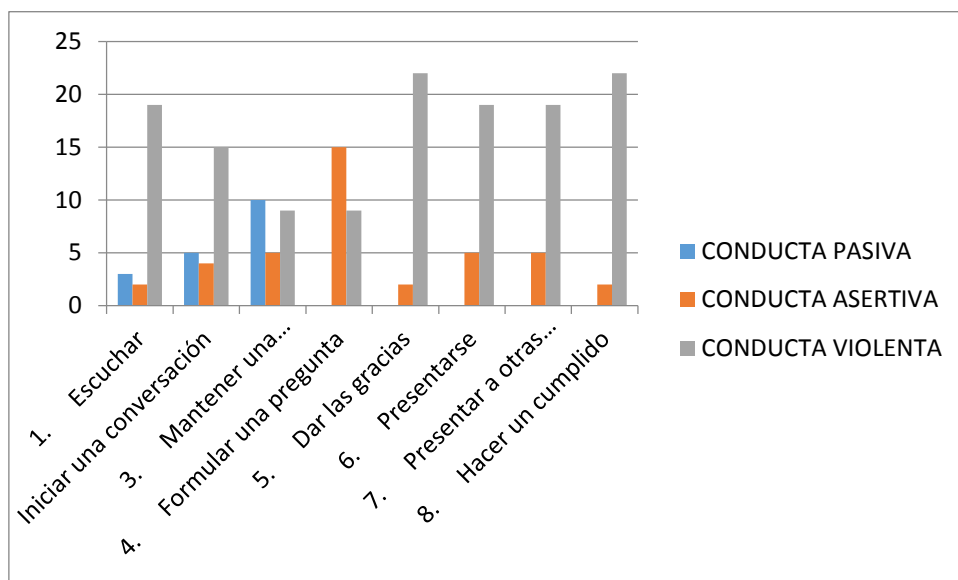
ANEXO I

En este apartado se presenta la tabulación de los datos obtenidos posterior a la observación de las conductas presentadas por los usuarios de la Unidad De Media

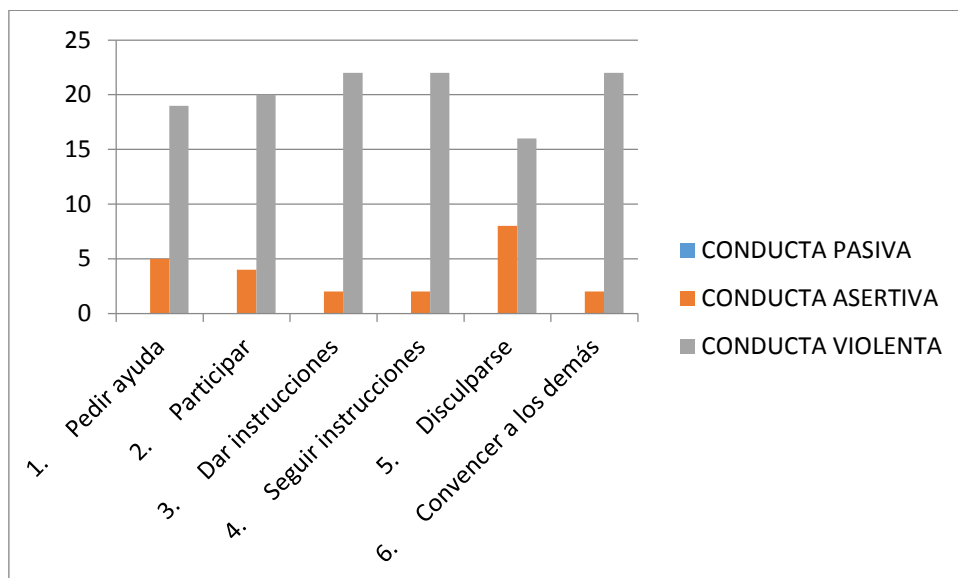
Estancia Galatzó, se utilizó la clasificación de habilidades sociales propuesta por Goldstein.

En el anexo 1 se puede observar la información relacionada a la evaluación previa a la aplicación del programa de habilidades sociales. Dando como resultado un nivel bajo en la capacidad de interrelación y participación asertiva de los usuarios de la unidad en las actividades de la vida cotidiana.

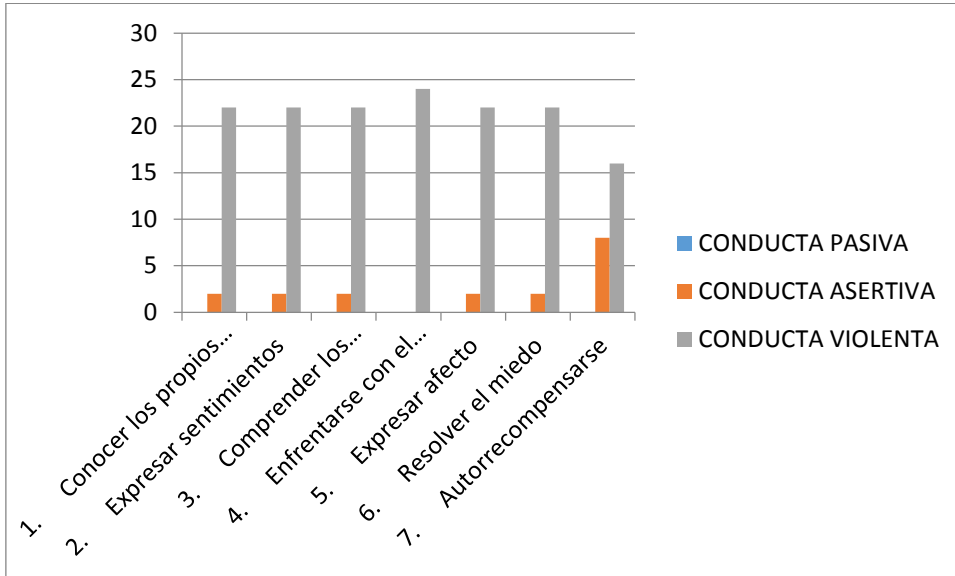
HABILIDADES SOCIALES PRIMARIAS



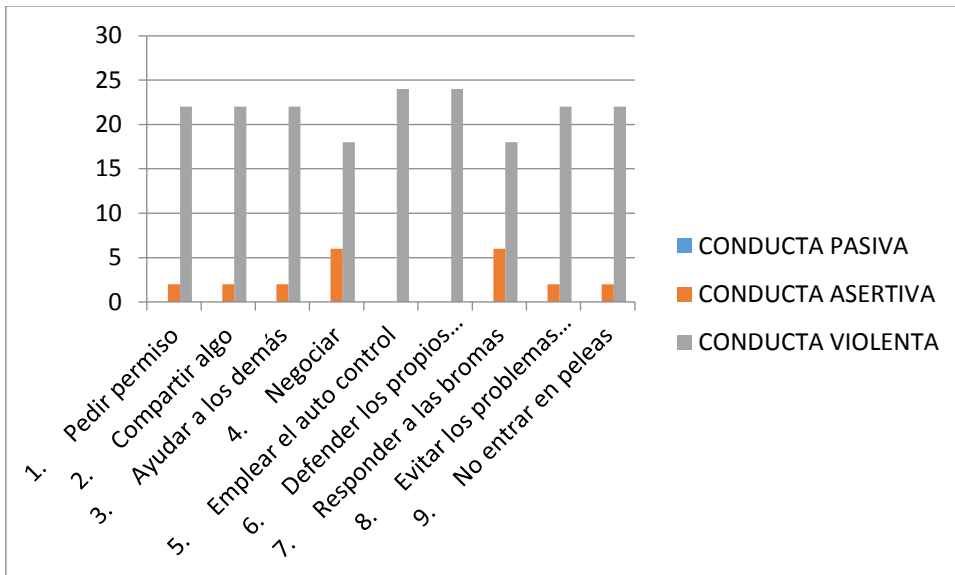
HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS



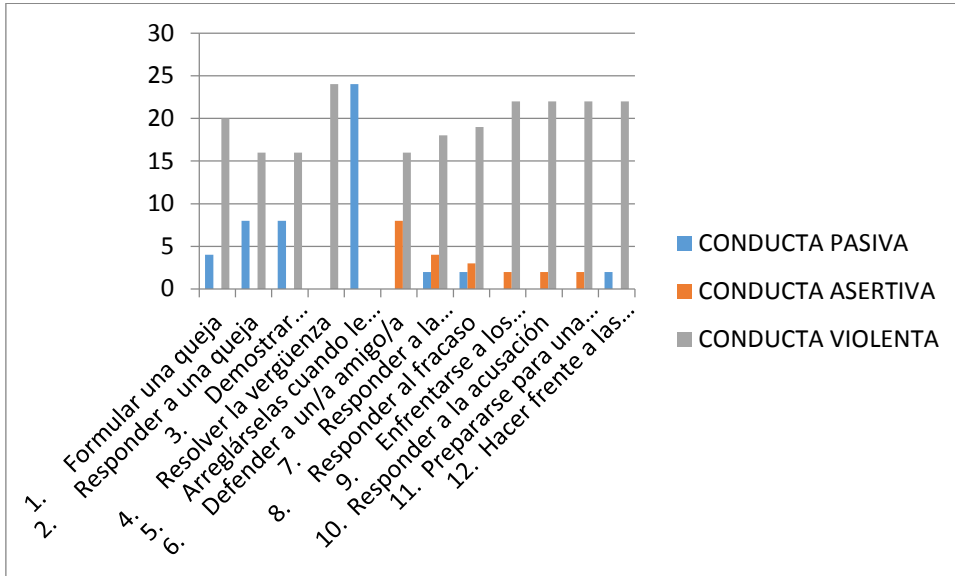
HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS



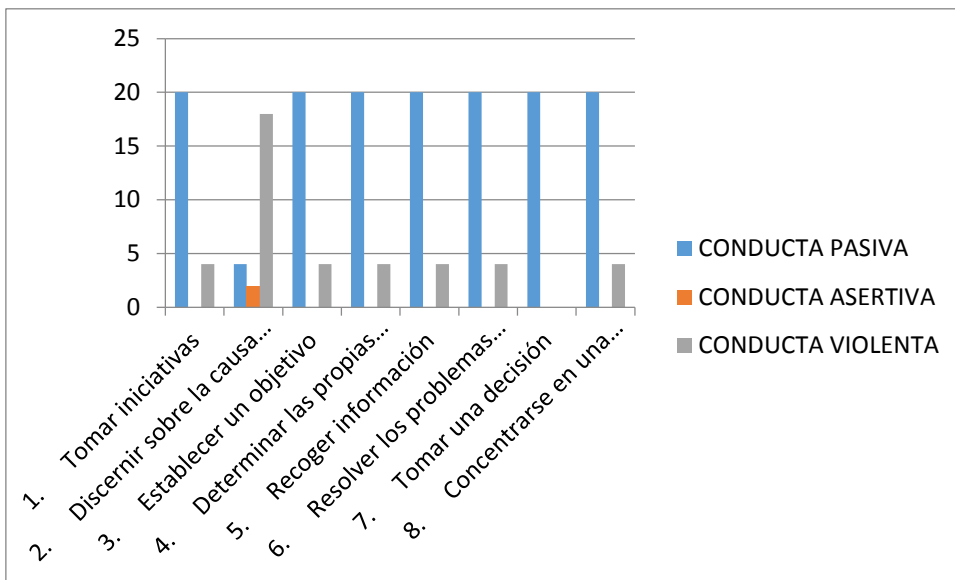
HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN



HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS



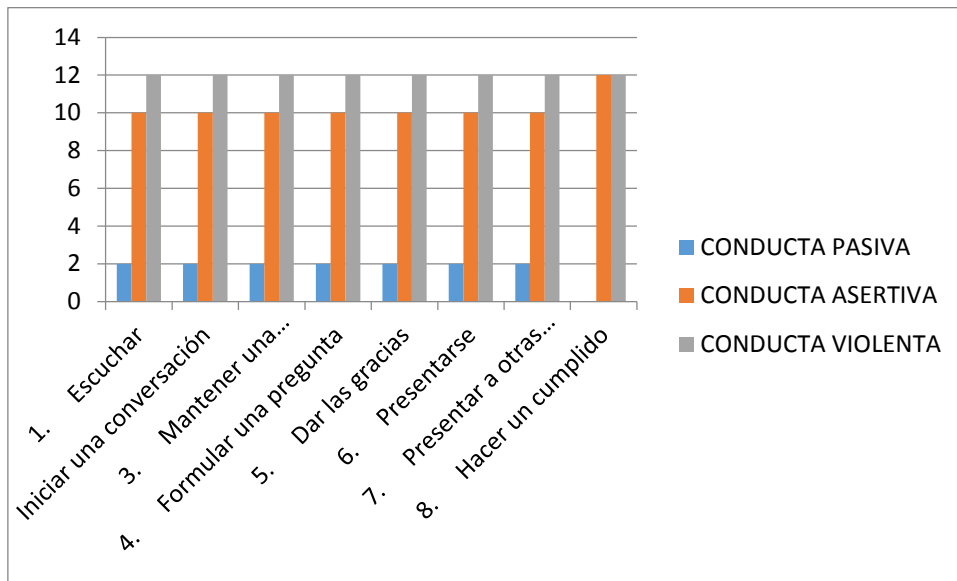
HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN



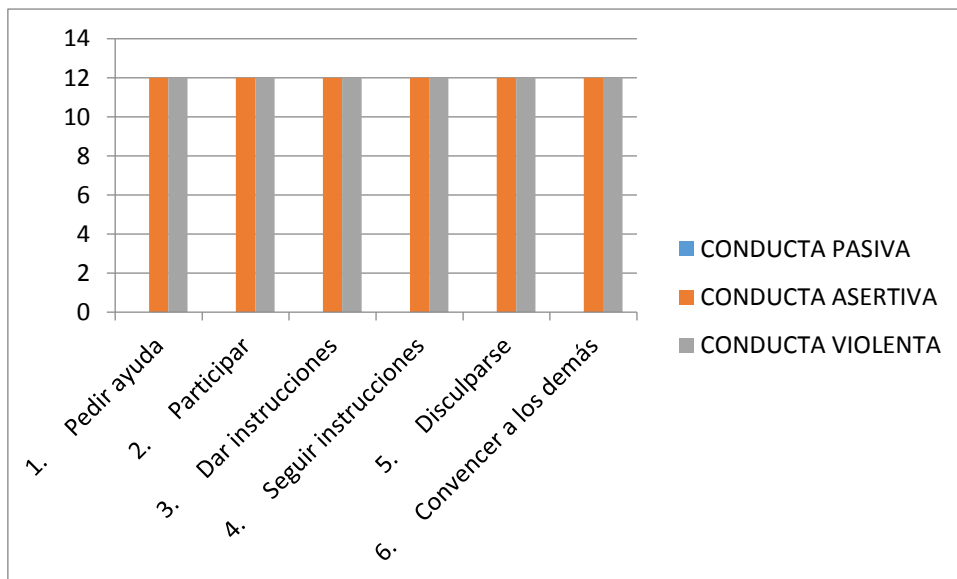
ANEXO II

En el anexo 2 se presentan los datos que se recabaron en la evaluación posterior a la aplicación del programa de desarrollo de habilidades sociales, se puede observar que el grupo de personas que participaron de los talleres de juego presentan un mejor nivel de socialización, interrelación y aceptación de los miembros de la unidad.

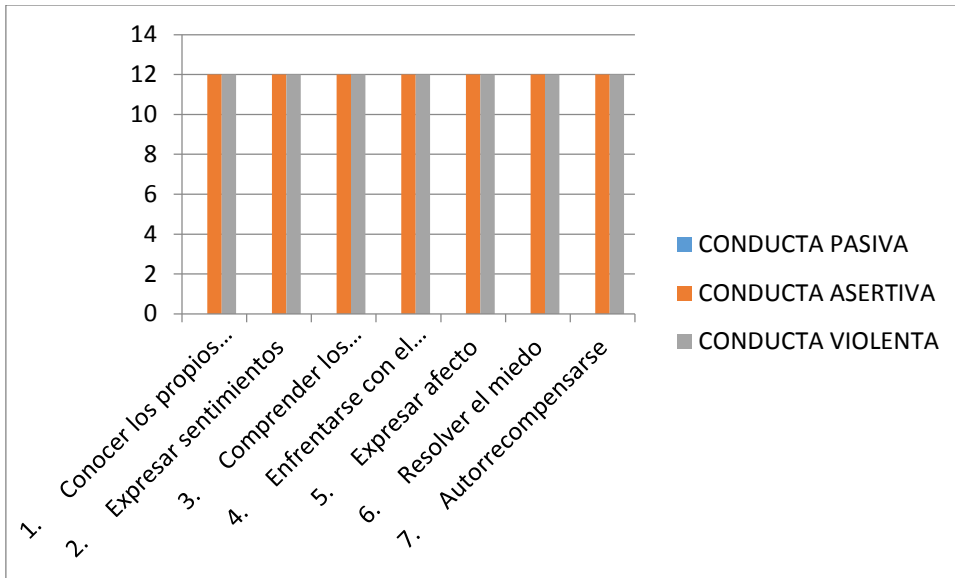
HABILIDADES SOCIALES PRIMARIAS



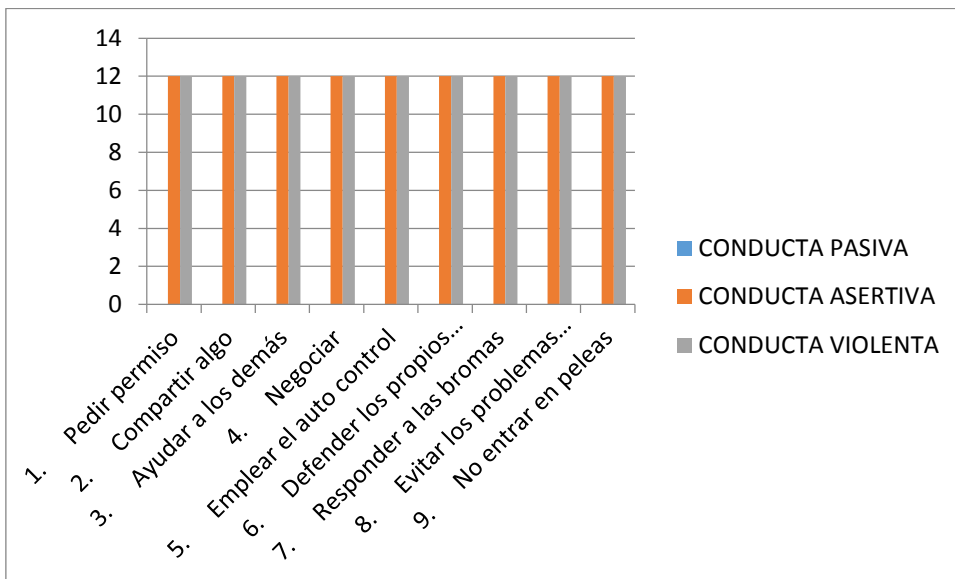
HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS



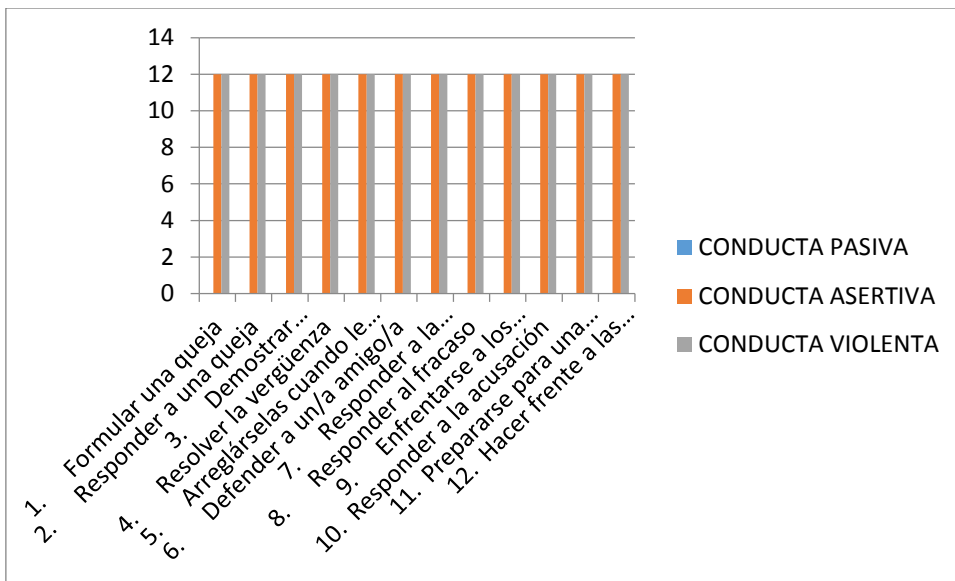
HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS



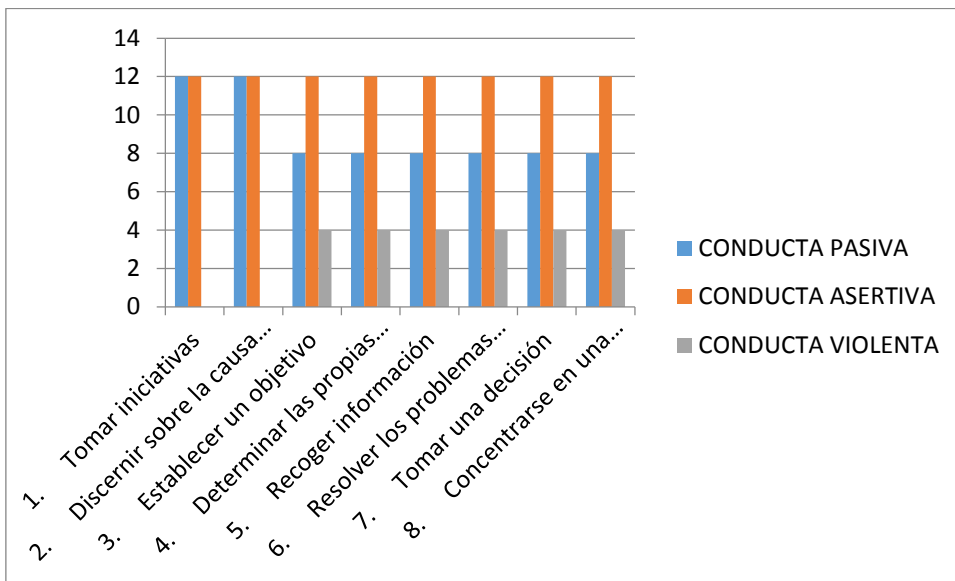
HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN



HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS



HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN



ANEXO III

Resultados de la aplicación del método estadístico T Student

CLASIFICACIÓN	EVALUACIÓN EX ANTE			EVALUACIÓN EX POST					
	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA			
Habilidades sociales primarias									
1. Escuchar	3	2	19	2	10	12	Comparación C.Asertiva pre y post (nivel de significación)	0,00674679	NO SIGNIFICATIVA
2. Iniciar una conversación	5	4	15	2	10	12	Comparación C.Violenta pre y post (nivel de significación)	0,01890415	NO SIGNIFICATIVA
3. Mantener una conversación	10	5	9	2	10	12	No comparamos C. Pasiva porque el número de observaciones pre y post no son equiparables.		
4. Formular una pregunta		15	9	2	10	12			
5. Dar las gracias		2	22	2	10	12			
6. Presentarse		5	19	2	10	12			
7. Presentar a otras personas		5	19	2	10	12			
8. Hacer un cumplido		2	22		12	12			
Habilidades sociales avanzadas									
1. Pedir ayuda		5	19		12	12	Comparación C.Asertiva pre y post (nivel de significación)	0,00020378	
2. Participar		4	20		12	12	Comparación C.Violenta pre y post (nivel de significación)	0,00020378	
3. Dar instrucciones		2	22		12	12			
4. Seguir instrucciones		2	22		12	12			
5. Disculparse		8	16		12	12			
6. Convencer a los demás		2	22		12	12			

Habilidades relacionadas con los sentimientos	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA				
1. Conocer los propios sentimientos		2	22		12	12	Comparación C.Asertiva pre y post (nivel de significación)	0,00014134		
2. Expresar sentimientos		2	22		12	12	Comparación C.Violenta pre y post (nivel de significación)	2,9802E-05		
3. Comprender los sentimientos de los demás		2	22		12	12				
4. Enfrentarse con el enfado del otro			24		12	12				
5. Expresar afecto		2	22		12	12				
5. Resolver el miedo		2	22		12	12				
7. Autorrecompensarse		8	16		12	12				
Habilidades alternativas a la agresión	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA	CONDUCTA PASIVA	CONDUCTA ASERTIVA	CONDUCTA VIOLENTA				
1. Pedir permiso		2	22		12	12	No hacemos comparación C.Asertiva pre y post por diferencias en el número de observaciones entre el pre y el p			
2. Compartir algo		2	22		12	12	Comparación C.Violenta pre y post (nivel de significación)	5,4321E-07		
3. Ayudar a los demás		2	22		12	12				
4. Negociar		6	18		12	12				
5. Emplear el auto control			24		12	12				
5. Defender los propios derechos			24		12	12				
7. Responder a las bromas		6	18		12	12				
8. Evitar los problemas con los demás		2	22		12	12				
9. No entrar en peleas		2	22		12	12				

Habilidades para hacer frente al estrés	CONDUCT A PASIVA	CONDUCT A ASERTIVA	CONDUCT A VIOLENTA	CONDUCT A PASIVA	CONDUCT A ASERTIVA	CONDUCT A VIOLENTA			
1. Formular una queja	4		20		12	12	NO LO ACEMOS.Comparación C.Asertiva pre y post (nivel de significación)		
2. Responder a una queja	8		16		12	12	Comparación C.Violenta pre y post (nivel de significación)	2,4475E-06	
3. Demostrar deportividad tras un juego	8		16		12	12			
4. Resolver la vergüenza			24		12	12			
5. Arreglárselas cuando le dejan de lado	24				12	12			
6. Defender a un/a amigo/a		8	16		12	12			
7. Responder a la persuasión	2	4	18		12	12			
8. Responder al fracaso	2	3	19		12	12			
9. Enfrentarse a los mensajes contradictorios		2	22		12	12			
10. Responder a la acusación		2	22		12	12			
11. Prepararse para una acusación difícil		2	22		12	12			
12. Hacer frente a las presiones del grupo	2		22		12	12			
Habilidades de planificación	CONDUCT A PASIVA	CONDUCT A ASERTIVA	CONDUCT A VIOLENTA	CONDUCT A PASIVA	CONDUCT A ASERTIVA	CONDUCT A VIOLENTA			
1. Tomar iniciativas	20		4	12	12		Comparación C.Pasiva pre y post (nivel de significación)	0,0041919	
2. Discernir sobre la causa de un problema	4	2	18	12	12		NO SE PUEDE.Comparación C.Violenta pre y post (nivel de significación)		
3. Establecer un objetivo	20		4	8	12	4			
4. Determinar las propias habilidades	20		4	8	12	4			
5. Recoger información	20		4	8	12	4			
6. Resolver los problemas según importancia	20		4	8	12	4			
7. Tomar una decisión	20			8	12	4			
8. Concentrarse en una tarea	20		4	8	12	4			

BIBLIOGRAFÍA

- Dieguez, A. (1998). “Reflexiones sobre el concepto de Comunidad. De lo comunitario a lo local. Argentina
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000215.pdf>
- Foucault, Michel, (2002) “Vigilar y castigar”, Editorial Siglo XXI, Buenos Aires Argentina.
- González, Fuertes. Psicología Comunitaria. Editorial Visor. España, 1988.
- Erving Goffman, (1972) Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Buenos Aires: Amorrortu Editores,
- López, M. (2007) Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352007000100016&script=sci_arttext
- Diccionario de la real academia de la lengua
- Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós, Buenos Aires. Argentina.
- Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León
- Ortega, M. (sf) “Creencias Psicosociales I” Las habilidades sociales
- Gisbert, C. “Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo”
- Freud, S. (1920). “Más allá del principio del placer”, Amorrortu editores.
- Hernández, M. (2003) tesis Doctoral “Estudio antropológico del juego deportivo en España
- Almache, Del Hierro & Otros (2013) tesis de grado “proyecto de inclusión social para promover una cultura sensible a la diversidad a partir de procesos lúdicos con niños y niñas que transitan en la calle la ronda durante los meses de junio a agosto del 2012”
- Martínez, E. “El juego como escuela de vida: Karl Gross”
[file:///C:/Users/HerbaLifo/Downloads/Dialnet-ElJuegoComoEscuelaDeVida-2774872%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HerbaLifo/Downloads/Dialnet-ElJuegoComoEscuelaDeVida-2774872%20(1).pdf)

- Piaget, J. (1991) “Seis estudios de psicología”, Editorial Labor S.A. Barcelona, España.
- El juego en el desarrollo infantil

<http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448171519.pdf>
- Mora, E. (1982), “Salud, Poder y Locura”, Editorial Fundamentos, Madrid, España.
- Marielsa, O. (2008) “La investigación acción participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular”

www.redalyc.org/pdf/122/12217404.pdf
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y política Social, Aragonés de Ciencias de la Salud – I + CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I + CS N° 2007/05
- Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 6ª Edición
- Plan de acción tutorial Gades

<https://orientacionandujar.files.wordpress.com/2010/09/habilidades-sociales.pdf>