

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESCUELA DE LITERATURA Y CIENCIAS DEL LENGUAJE
MAESTRÍA PROFESIONAL EN TRADUCCIÓN (INGLÉS- ESPAÑOL)

La duplicidad de interlocutores y el texto híbrido en:
SOCIAL SKILLS TRAINING FOR SCHIZOPHRENIA
DE BELLACK, ALLAN, KIM MUESER,
SUSAN GINDERICH Y JULIE AGESTRA

Traducción e Informe de Investigación

Trabajo de graduación para aspirar al grado de
Magíster en Traducción
(Inglés-Español)

Presentado por

CINDY NAVARRO RODRÍGUEZ
Carné 240015-2

2005

La traducción que se presenta en este tomo se ha realizado para cumplir con un requisito curricular del Plan de Maestría Profesional en Traducción Inglés-Español, de la Universidad Nacional.

Ni la Escuela de Literatura y Ciencias del Lenguaje de la Universidad Nacional, ni el traductor, tendrán ninguna responsabilidad en el uso posterior que de la versión traducida se haga, incluida su publicación.

Corresponderá a quien desee publicar esa versión gestionar ante las entidades pertinentes la autorización para su uso y comercialización, sin perjuicio del derecho de propiedad intelectual del que es depositario el traductor. En cualquiera de los casos, todo uso que se haga del texto y de su traducción deberá atenerse a los alcances de la Ley de Derechos de Autor Derechos Conexos, vigente en Costa Rica.

A las cinco personas que amo,
por apoyarme con cada proyecto de mi vida.

Agradecimientos

Agradezco a:

Judit, por haber sido una excelente guía en el desarrollo de este proyecto y por haberme motivado para llegar hasta el final.

A Francisco, por haber aceptado ser mi lector y por todos sus comentarios y sugerencias.

A Sherry, por no sólo leer el proyecto sino también por enseñarme con cada comentario y recomendación hecha.

Resumen

El presente trabajo está compuesto por la traducción de *Social Skills Training for Schizophrenia*¹ y un informe de traducción que se dividió en tres capítulos de análisis, la introducción, la conclusión y los anexos.

En el capítulo I se abarcan las consideraciones teóricas; el capítulo II, presenta los aspectos léxicos en el acto comunicativo de la terapia con esquizofrénicos; y el capítulo III, expone el uso del voseo como indicador del grado de confianza en el acto comunicativo. En el análisis se plantea cómo el uso de la gramática y el léxico en la traducción provocan que el texto pertenezca a una categoría. En el texto fuente existen dos interlocutores: el directo, quien es el terapeuta y el indirecto, que es el paciente con el que trabajó el experto. La presencia de los dos se puede observar en el texto traducido mediante un uso distinto del lenguaje. A su vez, la elección del voseo y el lenguaje formal e informal son los elementos que contribuyen a que el texto sea de tipo híbrido.

Finalmente, se presentan una serie de conclusiones que no pretenden ser la única posibilidad para traductores en el campo de la psiquiatría, sino más bien una alternativa más para futuras traducciones en este campo del saber. Por último, el tomo incluye una copia de la versión original en inglés.

Descriptores:

TRADUCCIÓN-PSIQUIATRÍA- LÉXICO-FORMALIDAD-INFORMALIDAD-
GRAMÁTICA-SISTEMA PRONOMINAL-INTERLOCUTORES-TEXTOS HÍBRIDOS

¹ Bellack, Allan, Kim Mueser, Susan Ginderich y Julie Agresta. *Social Skills Training for Schizophrenia*. (Nueva York: Guilford Press, 1997, p. 3-62).

Índice

| | |
|---|------------|
| DERECHOS DE TRADUCCIÓN | II |
| DEDICATORIA | III |
| AGRADECIMIENTOS | IV |
| RESUMEN..... | V |
| TRADUCCIÓN..... | 1 |
| 1 LA ESQUIZOFRENIA Y LAS HABILIDADES SOCIALES..... | 2 |
| 2 CÓMO VALORAR LAS HABILIDADES SOCIALES | 29 |
| 3 TÉCNICAS PARA ADQUIRIR LAS HABILIDADES SOCIALES | 63 |
| INFORME DE INVESTIGACIÓN | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 84 |
| PRESENTACIÓN GENERAL | 84 |
| ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN | 85 |
| PROBLEMAS PRINCIPALES | 86 |
| HIPÓTESIS..... | 87 |
| OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS | 87 |
| ESTRUCTURA GENERAL | 88 |
| CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES TEÓRICAS..... | 90 |
| 1.1. LA ESQUIZOFRENIA..... | 90 |
| 1.1.1 <i>Características de los esquizofrénicos.....</i> | 92 |
| 1.2. ACTO COMUNICATIVO..... | 95 |
| 1.3. ELEMENTOS LINGÜÍSTICOS | 97 |
| CAPÍTULO II: EL ASPECTO LÉXICO EN EL ACTO COMUNICATIVO DE LA TERAPIA CON ESQUIZOFRÉNICOS | 102 |
| 2.1. CARACTERÍSTICAS DEL TEXTO ORIGINAL..... | 102 |
| 2.1.1 <i>Naturaleza del texto.....</i> | 102 |
| 2.2. RELACIÓN ENTRE EL LÉXICO FORMAL Y EL INFORMAL..... | 105 |
| 2.3. ASPECTOS LÉXICOS QUE INDICAN LA PRESENCIA DE LOS DIFERENTES INTERLOCUTORES EN EL TEXTO ORIGINAL Y LA TRADUCCIÓN | 109 |
| 2.3.1 <i>Análisis de léxico en relación con los interlocutores</i> | 109 |
| 2.4. ANÁLISIS DE LAS ESTRUCTURAS DEL TEXTO ORIGINAL Y SU TRADUCCIÓN | 113 |

| | | |
|----------------------|---|-----|
| 2.4.1 | <i>Léxico especializado</i> | 113 |
| 2.4.2 | <i>Léxico común</i> | 119 |
| 2.5 | PATRÓN EN QUE OCURRE EL CAMBIO DE REGISTRO | 122 |
| 3.1 | ANÁLISIS DEL SISTEMA PRONOMINAL DEL ESPAÑOL EN LA TRADUCCIÓN | 125 |
| | 3.1.1 <i>Diferencias entre el sistema pronominal del inglés y el sistema pronominal del español</i> | 125 |
| | 3.1.2 <i>Aplicación del sistema de la lengua meta</i> | 129 |
| 3.2 | RELACIÓN ENTRE EL USO DEL VOSEO Y LOS INTERLOCUTORES DEL TEXTO. | 131 |
| 3.3 | MARCADORES QUE CONTRIBUYEN A LA ELECCIÓN DEL VOSEO | 132 |
| | 3.3.1 <i>Léxico</i> | 132 |
| | 3.3.2 <i>Contexto o situación social</i> | 136 |
| 3.4 | PATRÓN DEL USO DE VOSEO | 138 |
| CONCLUSIONES | | 140 |
| APÉNDICE | | 2 |
| TEXTO ORIGINAL | | 3 |

Traducción

1 La esquizofrenia y las habilidades sociales

Si alguien le pide una definición o una explicación de la esquizofrenia, probablemente usted se va a referir a los síntomas característicos, las alucinaciones y los delirios. Sin embargo, deténgase un momento e imagínese al típico paciente con esquizofrenia. Al imaginarse cómo son sus clientes específicos es probable que piense en su apariencia y comportamiento. Incluso cuando la florida sintomatología es controlada con el medicamento, la mayoría de las personas con esquizofrenia parecen un poco diferentes o “desconectadas”. Resulta difícil seguir el hilo de su pensamiento en una conversación. Es más, dicen cosas que parecen un poco extrañas o que no se relacionan con el tema. Su rostro y su voz son de forma excepcional inexpresivos y evitan el contacto visual durante la conversación. De hecho, uno siente que en realidad no lo están escuchando. En fin, se está propenso a sentirse un poco incómodo.

Los factores críticos que provocan el malestar de los pacientes son subsumidos bajo el rubro del *déficit de las habilidades sociales*, las cuales son comportamientos interpersonales normativos o socialmente sancionados que incluyen actividades tales como el vestir y los códigos de comportamiento, reglas acerca de qué decir y qué no decir y directrices estilísticas sobre la expresión del afecto, refuerzo social, distancia interpersonal y así sucesivamente. La mayoría de los pacientes con esquizofrenia tienen un marcado déficit de destrezas ya que nunca las han aprendido o las han perdido. Este déficit hace que para muchos clientes sea difícil establecer y mantener relaciones sociales, desempeñar roles sociales (tales como, trabajador, cónyuge), o satisfacer sus necesidades.

En este capítulo vamos a presentar una visión general del modelo de comportamiento de las habilidades sociales y cómo ese modelo se aplica a la esquizofrenia. A continuación, describiremos las conductas específicas que constituyen las habilidades sociales y luego contemplaremos otros factores que interfieren en el comportamiento social de las personas con esquizofrenia, en especial el déficit del procesamiento de la información y describiremos algunas situaciones sociales que son de forma particular difíciles para los clientes con esquizofrenia.

El modelo conductual de las habilidades sociales

Definición de las habilidades sociales

Se han establecido muchas definiciones de las habilidades sociales pero ni las más detalladas han logrado abarcar el amplio rango de comportamientos sociales.

En lugar de dar una única definición global de las habilidades sociales, preferimos un concepto de una situación específica de habilidades sociales. El factor primordial es la eficacia del comportamiento en interacciones sociales. El resultado de la eficacia depende del contexto de la interacción (como en el caso de devolver un electrodoméstico defectuoso, presentarse a una posible pareja, expresar el afecto a un amigo) y, dado el contexto, los parámetros de la situación específica (por ejemplo al expresar enojo con el cónyuge, un empleado o un extraño) (Hersen y Bellack, 1976, p. 562).

Más específico, las habilidades sociales implican

la habilidad de expresar tanto los sentimientos positivos como los negativos en el contexto interpersonal sin sufrir una pérdida consiguiente del refuerzo social. Tal habilidad se demuestra en una gran variedad de contextos interpersonales... la cual implica una presentación coordinada de respuestas verbales y no verbales apropiadas. Más aun, el individuo socialmente hábil es sensible a la realidad de la situación y es consciente del momento en que será felicitado por su esfuerzo (Hersen y Bellack, 1976, p. 562).

Dos aspectos de esta definición merecen particular mención. En primer lugar, el

comportamiento hábil es específico de una situación. Son pocos, sí es que existen, los aspectos del comportamiento interpersonal que son apropiados (o inapropiados) de forma universal o invariable. Tanto los factores culturales como los situacionales determinan las normas sociales. Por ejemplo, en la sociedad estadounidense, el besar se limita a la familia y a los enamorados y no se extiende a conocidos ocasionales o de oficina; la expresión directa de enojo es más aceptable hacia familiares y árbitros en eventos deportivos que hacia el jefe. Las personas socialmente hábiles deben saber cuándo, dónde y de qué manera los diferentes comportamientos son aceptados. De esta forma, las habilidades sociales implican la capacidad de percibir y analizar las señales sutiles que definen la situación, así como el poseer un repertorio apropiado de respuestas.

En segundo lugar, la capacidad social implica la maximización del refuerzo. El matrimonio, la amistad, la gratificación sexual, el trabajo, la atención (en lugares como tiendas, restaurantes), y los derechos personales son todos recursos poderosos de refuerzo que dependen de las habilidades sociales. Los individuos sin destrezas son propensos a fracasar en la mayoría de estas esferas y en consecuencia experimentan ansiedad, frustración y aislamiento, lo cual es en especial problemático para los esquizofrénicos. Por lo tanto, la deficiencia en las habilidades sociales puede aumentar el riesgo a una recaída, mientras que el mejoramiento de la capacidad social puede disminuirlo.

Las habilidades sociales y el comportamiento social

A continuación se desarrollan los elementos del modelo de las habilidades sociales expuesto en el cuadro 1.1. En primer lugar, el comportamiento interpersonal se basa en una serie definida de *habilidades*. El término “habilidad” se utiliza para enfatizar que la capacidad

social se basa en un grupo de destrezas de rendimiento *aprendidas* y no en las características, ni las necesidades ni ningún otro proceso “intrafísico”. Por el contrario, el comportamiento social pobre suele producirse por una deficiencia en las habilidades sociales. Los aspectos sociales básicos se aprenden durante la niñez, mientras que los repertorios de conducta más complejos, como las destrezas para concertar citas y entrevistas de trabajo, se adquieren en la adolescencia y en la adultez joven. Pareciera como si algunos elementos de las capacidades sociales, tales como la expresión facial de afecto no fueran aprendidos, sino “instalados” de forma genética desde el nacimiento. No obstante, las investigaciones indican que casi todos los comportamientos sociales *se aprenden*, lo que significa que se pueden modificar por la experiencia o el entrenamiento.

Como se indica en el cuadro 1.1, la disfunción social se da en tres circunstancias: cuando la persona no sabe cómo desempeñarse de forma apropiada, cuando no utiliza las habilidades sociales necesarias en su repertorio, o cuando el comportamiento socialmente inapropiado socava al comportamiento apropiado. La primera de estas circunstancias es bastante común en la esquizofrenia. Las personas con esquizofrenia no aprenden los comportamientos sociales por tres razones. En primer lugar, los adultos que desarrollan la esquizofrenia y que de niños parecían normales, presentan deficiencias sutiles de atención durante la niñez. Estas deficiencias interfieren con el desarrollo de relaciones sociales apropiadas y la adquisición de habilidades sociales. En segundo lugar, la esquizofrenia se manifiesta al final de la adolescencia o al comenzar la adultez, que es un periodo crítico del manejo de los roles y las habilidades sociales en los adultos, tales como las citas, los comportamientos sexuales, las destrezas relacionadas al trabajo y la habilidad de establecer y mantener una relación adulta. Muchos individuos con esquizofrenia desarrollan una vida de

aislamiento, puntuada por períodos prolongados en los hospitales psiquiátricos o en residencias comunitarias. Tales situaciones apartan a los clientes de su grupo “normal” de amigos, proporcionan pocas posibilidades para que tomen parte en los roles sociales adecuados a su edad y limitan los contactos sociales al personal de salud y a otros clientes muy enfermos. En tales circunstancias, los clientes no tienen la posibilidad de adquirir y practicar los roles sociales de los adultos. Más aun, las destrezas adquiridas con anterioridad se pueden perder por el desuso o la falta de refuerzo del ambiente.

Cuadro 1.1. Modelos de las habilidades sociales

1. La capacidad social se basa en un grupo de habilidades de componentes de la reacción.
2. Estas habilidades han sido aprendidas o se pueden aprender.
3. La disfunción social se da cuando:
 - a. El comportamiento requerido no se encuentra dentro del repertorio conductual de la persona.
 - b. El comportamiento requerido no se utiliza en el momento apropiado.
 - c. La persona se desempeña con comportamientos socialmente inapropiados.
4. La disfunción social puede ser rectificada con entrenamientos de las habilidades.

Otros factores que afectan el funcionamiento social

¿Por qué es que los pacientes no utilizan los comportamientos que todavía están en su repertorio, como lo sugiere el ítem 3b en el cuadro 1.1? Además de las habilidades sociales en sí, un sinnúmero de factores pueden influir el comportamiento social en la esquizofrenia, como se indica en el cuadro 1.2 (Bellack y Mueser, 1993).

SÍNTOMAS SICÓTICOS

No debería sorprender el que una persona que oye voces bastante molestas o que se siente amenazado por fuerzas malévolas no sea capaz de concentrarse en las interacciones sociales.

Es de esperar que los pacientes tengan dificultad de cumplir con los roles sociales y comportarse de forma socialmente apropiada en la cumbre de las exacerbaciones agudas. Sin embargo, las investigaciones indican que los pacientes con esquizofrenia tienen marcadas deficiencias en cuanto a su capacidad social, incluso cuando los síntomas sicóticos están bajo control muchos clientes pueden aprender algunas formas más efectivas para interactuar incluso cuando tienen síntomas persistentes. Así pues, los síntomas sicóticos pueden cumplir una función limitante en el desempeño social, pero no justifican la mayoría de las discapacidades de esta población.

Cuadro 1.2. Factores que afectan el desempeño social

1. Síntomas sicóticos
2. Factores motivacionales
 - a. Metas
 - b. Expectativas de éxito y fracaso
3. Estados afectivos
 - a. Ansiedad
 - b. Depresión
4. Factores ambientales
 - a. Falta de refuerzo de los esfuerzos
 - b. Falta de recursos
 - c. Aislamiento social
5. Factores neurológicos
 - a. Deficiencias en el procesamiento de la información
 - b. Síntomas negativos
 - c. Efectos adversos de los medicamentos

FACTORES MOTIVACIONALES

Muchos esquizofrénicos evitan las interacciones sociales de forma drástica y parecen tener poca motivación a desarrollar relaciones sociales. Varios factores están involucrados en este patrón. En primer lugar, los clientes más crónicos tienen un historial de fracaso, rechazo y crítica. Como resultado, aprenden que es más seguro minimizar las interacciones sociales que arriesgarse a un futuro fracaso o a la censura. En segundo lugar, la mayoría de los clientes se

involucran en una lucha de toda una vida para encontrar un equilibrio en el que puedan controlar sus síntomas, limitar sus experiencias de afecto negativo y mantener la mejor calidad de vida posible. Mientras que en cierto punto ellos podrían desear haber mejorado las relaciones sociales y sobrellevar roles más exigentes, el arriesgarse al ambiente social representa una amenaza imposible de controlar.

ESTADOS AFECTIVOS

Según lo dicho, la interacción social por lo general provoca mucha ansiedad para las personas con esquizofrenia y los lleva a evitarla. Más aun, los clientes por lo general buscan escapar de las interacciones sociales iniciadas por otros. Las investigaciones de nuestro laboratorio indican que los clientes son muy sensibles a los conflictos y a las críticas y que se alejan de situaciones de conflicto potencial cuando, por ejemplo, alguien se aprovecha de ellos o son acusados de acciones que no han hecho (Bellack, Mueser, Wade, Sayers y Morrison, 1992).

FACTORES AMBIENTALES

Hay tres aspectos del ambiente que generan dificultades a los esquizofrénicos a la hora de utilizar sus habilidades sociales de forma efectiva. Primero, como sus destrezas tienden a ser limitadas, su desempeño es de alguna manera extraño o imperfecto. Desafortunadamente, mucha gente no es tolerante con las idiosincrasias ni con los errores sociales y tienden a ser poco comprensivos, impacientes o bastante críticos. Como consecuencia, los clientes no son reforzados por sus esfuerzos y, en algunas circunstancias, pueden recibir una respuesta hostil o crítica, por esto son cautelosos al tomar parte en las interacciones sociales. En segundo lugar, muchos clientes son desempleados y tienen una situación económica difícil; lo cual conlleva a

una carencia de recursos para participar en actividades sociales recreativas de las cuales se obtiene éxito y satisfacción. Además, muchos clientes son apartados y no tienen buenas redes sociales, ya que la enfermedad estigmatiza y lleva a que otras personas los eviten. Además, las repetidas crisis y períodos hospitalarios alteran las relaciones y alejan a los clientes de su ambiente social de forma gradual. Las amistades se desarrollan en el lugar de trabajo o de estudio, en los pasatiempos, en las actividades de voluntariado, en la crianza de los niños y otras actividades en las que los esquizofrénicos por lo general no participan. Como resultado, el contacto social de muchos clientes se limita a otros clientes, al personal de salud y a otros miembros de la familia.

FACTORES NEUROBIOLÓGICOS

Algunos factores neurobiológicos afectan el comportamiento social en la esquizofrenia. La enfermedad se caracteriza por deficiencias significativas en el procesamiento de la información: las destrezas múltiples necesarias para pensar, aprender y recordar (Seidman, Cassens, Kremen y Pepple, 1992). Los pacientes tienden a poseer una gran cantidad de problemas de atención. No pueden procesar la información tan rápido como otros. Tienen dificultad para discriminar los estímulos importantes de los no importantes, por ejemplo el distinguir lo que está diciendo la pareja interpersonal de las voces de otra conversación o de la televisión. Tienen problemas para concentrarse y mantener la atención por períodos o concentrarse en condiciones difíciles tales como el estrés o el enfrentamiento a tareas complejas. Por lo tanto, presentan gran dificultad para entender lo que alguien les está diciendo si la persona habla rápido, presenta mucha información compleja, si hay distracciones (como otras conversaciones en el ambiente), si la persona está enojada y

aumenta los niveles de ansiedad del paciente, o si la persona ofrece señales confusas (tales como, sutileza o sarcasmo).

Con frecuencia los pacientes con esquizofrenia también presentan problemas de memoria, en especial de la memoria verbal a corto plazo (lo que alguien dijo o les pidió que hicieran) (Mueser, Bellack, Douglas y Wade, 1991). El problema parece ser que se olvida más el aprendizaje inicial o el acceso a la información que lo que ya se ha aprendido (como cuando no puede recordar un nombre). Los pacientes suelen parecer olvidadizos o distraídos y son acusados de no prestar atención o de no interesarse por los aspectos esenciales. De hecho, el problema real puede ser que la información no se presente de forma que se ajuste a sus problemas de atención (despacio, claro, y con repeticiones) o que ellos no pueden recordar lo que escucharon a menos de que se les proporcionen recordatorios o señales.

La tercera deficiencia en cuanto a la información implica un procesamiento a nivel más alto o más complejo (Gray, Feldon, Rawlins, Hemsley y Smith, 1991). Los pacientes tienen dificultad para resolver conflictos, en parte porque se les dificulta trazar abstracciones o deducir las relaciones entre las situaciones. Un problema que se relaciona implica la habilidad de trazar las conexiones entre las experiencias del presente y las del pasado. Estas personas tienen problemas para aprender de las experiencias, ya sea porque no pueden recordar una experiencia del pasado, no pueden determinar cuando una experiencia del pasado es relevante o porque no pueden integrar los diversos procesos de la memoria, la atención y el análisis de diferente información. Tampoco son capaces de organizar de forma efectiva los esfuerzos mentales, tales como emprender y mantener un plan de acción. Como resultado, su actividad de razonamiento y de resolución de conflictos parece desordenada e incluso caprichosa. Estos distintos problemas no son tan extremos como lo es el deterioro de la memoria en la

enfermedad del Alzheimer, pero siempre pueden alterar el comportamiento social y la capacidad de cumplir con los roles sociales. El hecho de que estas deficiencias causen problemas significativos sin ser tan perceptibles para las otras personas algunas veces aumenta su efecto negativo, ya que los miembros de la familia y otras personas en contacto con los clientes con frecuencia se frustran y se enojan con ellos cuando fallan en responder o en hacer cosas que parecían haber entendido (como peticiones, indicaciones de medicamentos). Según lo expuesto, la discapacidad con frecuencia se confunde con pereza, irrespeto u otros atributos personales no deseados.

Los síntomas negativos son otra limitación neurológica significativa (Andreasen, 1982). Los “síntomas positivos” como las alucinaciones y los delirios, son aspectos que los clientes experimentan y las personas normales no. Los “síntomas negativos” son aspectos deficientes comparados con los niveles normales de funcionamiento. Muchos pacientes esquizofrénicos padecen de varias de esas deficiencias, incluidas la abulia y la anergia, que es una falta generalizada de motivación, energía e iniciativa; la anhedonía, que significa la discapacidad para experimentar placer y emociones positivas; y la alogia, o discapacidad para generar una conversación. Los síntomas negativos pueden ser generados por una depresión significativa, el aislamiento social o una dosis excesiva de medicamentos antimicóticos. En otros casos, estos efectos reflejan un conjunto de síntomas conocido como un “estado deficitario” que parece ser un componente biológico fundamental de la enfermedad. Por lo general, estos síntomas privan al paciente de la motivación y la energía para participar en las actividades sociales o para disfrutar de las interacciones con otros. Este cúmulo de síntomas es uno de los aspectos más perniciosos de la enfermedad y es además el menos sensible al medicamento.

Componentes de las habilidades sociales

Como se especificó antes, la capacidad social se basa en grupos específicos de componentes de las habilidades (Morrison, 1990). Estos componentes se dividen en dos grandes grupos: las facultades de expresión y las receptoras. El cuadro 1.3 provee una lista de las destrezas más importantes para la esquizofrenia incluidas algunas capacidades adicionales que reflejan la reciprocidad natural de la interacción social.

Cuadro 1.3. Componentes de las habilidades sociales

Habilidades de expresión

- Contenido del discurso

- Rasgos paralingüísticos

 - Volumen de la voz

 - Velocidad del discurso

 - Tono

 - Entonación

- Comportamiento no verbal

 - Contacto visual (mirada)

 - Postura

 - Expresión facial

 - Proximidad

 - Kinesis

- Comportamiento receptivo (percepción social)

 - Atención e interpretación de signos relevantes

 - Reconocimiento de la emoción

- Comportamiento interactivo

 - Tiempo de respuesta

 - Uso del refuerzo social

 - Turnos para hablar

- Factores situacionales

 - “Inteligencia” social (conocimiento de las normas y demandas sociales de una situación específica)

HABILIDADES DE EXPRESIÓN

Existen tres grupos o categorías en los comportamientos de la expresividad que contribuyen a la calidad del desempeño social: comportamientos verbales, comportamientos paralingüísticos y comportamientos no verbales. El “comportamiento verbal” se refiere a lo que expresamos en palabras: la forma, estructura, contenido y cantidad de palabras que emitimos. Las personas socialmente capaces son comprensibles con facilidad. Utilizan vocabulario y estructuras de oraciones lógicas para la audiencia. Por el contrario, muchos pacientes esquizofrénicos son difíciles de entender, en parte porque utilizan el lenguaje de forma extraña y confusa. Puede ser que utilicen palabras comunes para decir algo muy idiosincrásico, neologismos (palabras que no son reales), o que omitan elementos esenciales de la estructura de la oración (como conjunciones) provocando que el receptor tenga dificultad para discernir el significado de lo que está diciendo. Más aun, muchos pacientes con esquizofrenia tienen escasez de información relevante e “interesante”. Por lo general no trabajan ni estudian, no leen los periódicos, no asisten a eventos actuales y viven bastante restringidos. Por lo tanto, incluso si tienen el deseo de conversar, carecen de un repertorio para hacerlo. Sus conversaciones también son dominadas por sus preocupaciones personales tales como los extraños síntomas físicos y delirios.

La forma como se habla y se presenta es tan importante como lo que se dice. El término “paralingüística” se refiere a las características de la voz durante el discurso, incluido el volumen, el ritmo, la entonación y el tono. Un discurso muy rápido es difícil de entender; un discurso muy bajo es difícil de oír; un discurso muy lento, muy alto o monótono (monótono) es poco placentero al oído. Las voces en tonos muy altos (agudas) también perturban, en especial si el volumen aumenta. Los aspectos que impiden la fluidez (“eh” o “este”,

tartamudeos) y pausas muy largas causan dificultad o displacer al receptor. Estas características del discurso y la voz son básicas para interpretar el significado así como para mantener el interés y el placer del receptor. Por ejemplo, el ritmo, el volumen y la entonación son esenciales para comunicar afecto o emoción. Un tono plano, un ritmo lento, y un volumen bajo reflejan aburrimiento, depresión o cansancio, pero también pueden reflejar una intención romántica (tales como una voz lenta, profunda y seductora). El volumen alto (“elevar la voz”) se relaciona con enojo. Un ritmo rápido y un tono alto reflejan emoción o miedo. Los cambios en estas características también son primordiales para señalar el significado y expresar los sentimientos. Por ejemplo, el aumentar el volumen de la voz puede utilizarse para enfatizar un punto. El síndrome deficitario en la esquizofrenia es reconocido con frecuencia porque la voz es muy monótona y el ritmo del discurso no es placentero para el receptor y es además difícil de interpretar. Por el contrario, las alteraciones en los estados de emoción provocan un discurso tenso de tono alto que es muy difícil de seguir.

El lenguaje no verbal también incide en las relaciones interpersonales. La expresión facial es por lo general la primera señal del estado emocional: una sonrisa, el ceño fruncido, una mueca, y otras expresiones faciales bastante reflexivas tienen correlación con el humor y los sentimientos. Los cambios sutiles en los músculos alrededor de la boca y los ojos muestran irritación, curiosidad, sorpresa, placer, y un sinnúmero de reacciones emocionales de lo que el emisor está diciendo o haciendo. Los ojos se consideran como la principal “ventana del alma”. Un buen “contacto visual” se relaciona con fortaleza, autoridad, enojo y veracidad. Los enamorados se miran a los ojos de forma profunda. Por otro lado, una mirada “furtiva” o evitar el contacto visual refleja ansiedad, incomodidad o falta de honradez. Los ojos muy abiertos y las pupilas dilatadas señalan aumento del interés o del miedo, mientras que los ojos muy

cerrados y las pupilas contraídas indican desconfianza, irritación o enojo. Los ojos también desempeñan un papel clave en la fluidez de la conversación. Por lo general, el emisor mira directamente a los ojos del receptor, quien a la vez mantiene su mirada en el rostro de su interlocutor. El que habla interrumpe el contacto visual cuando va a hacer una pausa para ceder la palabra al que escucha. De igual manera, el escucha trata de “atrapar” la mirada del otro para indicarle que quiere hablar. Los pacientes con esquizofrenia se sienten incómodos en situaciones sociales, por lo que tienden a evitar la mirada y parecen ser muy susceptibles a mantener el contacto visual. Por supuesto, los pacientes paranoicos en ocasiones presentan una mirada fija imperturbable que hace que el escucha se sienta incómodo o incluso temeroso.

La postura refleja los sentimientos, el interés y el control. Una actitud relajada señala comodidad, mientras que los músculos tensos (el puño encogido, los labios fruncidos, el inclinarse hacia delante) indican excitación o tensión. De igual forma, el inclinarse hacia delante en una conversación está asociado al interés y a la atención, mientras que el inclinarse hacia atrás refleja miedo o distanciamiento. Esta es una característica de los clientes con esquizofrenia, quienes se sienten incómodos en las interacciones sociales. La “proximidad” es una característica del comportamiento que se refiere a la distancia entre las personas durante sus interacciones. Existen reglas culturales que aunque no están por escrito son bastante claras sobre la distancia cómoda y apropiada entre dos personas durante una conversación. La distancia aceptable varía de acuerdo a la naturaleza de la relación y al género, así como a la cultura. Por ejemplo, las relaciones familiares y las románticas permiten un contacto más cercano que el permitido entre un empleado y su jefe, en especial si son del sexo opuesto. Los extraños o conocidos casuales deben mantenerse más apartados que los amigos, aunque por ejemplo la distancia aceptable se acorta en un servicio de transporte muy atiborrado, o en los

ascensores. Un paciente que se acerca a una mujer del personal de la oficina o del hospital tanto como a alguien en un elevador se podría percibir como amenazador o mostrar comportamiento inadecuado. Sin embargo, si la misma persona se le acerca para tomarle la presión sanguínea, la interacción será completamente aceptable. Como se ha indicado, muchos pacientes esquizofrénicos se sienten incómodos en situaciones interpersonales muy cercanas, por lo tanto mantienen una distancia inapropiada. Algunos clientes paranoicos se sienten amenazados cuando se irrumpe su “espacio personal”.

Los distintos elementos del comportamiento que antes se identificaron son importantes por sí solos, pero su impacto e interpretación dependen de la relación entre ellos mismos. Cuando los diferentes componentes son consistentes entre sí, sirven para reforzar el mensaje del emisor, como cuando alguien dice “estoy enojado” con un tono de voz alto, un contacto visual directo con el receptor y postura de tensión con el puño cerrado, los dientes apretados e inclinación hacia delante. Por el contrario, cuando alguien dice, “no tengo miedo”, con voz rápida y temblorosa, evitando el contacto visual, temblando y con inclinación hacia atrás, el contenido verbal debe interpretarse a la luz de las señales de la inconsistencia paralingüística y no verbal.

HABILIDADES RECEPTIVAS

Incluso sin tener en cuenta la destreza del individuo para dar respuestas sociales hábiles, este no puede ser efectivo sin una percepción correcta de la situación social. Las personas socialmente hábiles responden a la pareja interpersonal, analizan la situación y saben cuándo, dónde y cómo estructurar su respuesta. Esta combinación de atención, análisis y conocimiento se conoce como percepción social. No es sorprendente que se considere que los

esquizofrénicos tienen una dificultad particular en esta área. Primero, como se expuso antes, ellos tienen problemas significativos de atención. Para una percepción social efectiva, la persona debe detectar con rapidez los cambios en las expresiones faciales, el contenido verbal con entonación cambiante y los cambios sutiles de los gestos y las posturas. Los pacientes con esquizofrenia en ocasiones son incapaces de interpretar todas las señales relevantes que le proporciona su pareja. Además, para interpretarlas de forma apropiada, el individuo debe unir la información, recordarla, ser capaz de integrarla a experiencias del pasado (tales como, ¿Cómo expresa Susan su enojo? ¿De forma directa o indirecta? ¿Habla más despacio, se pone más tensa, te dice “John” en vez de “Johnny”?) y abstraer lo crucial de la comunicación haciendo una diferencia entre los detalles que son importantes y los que no lo son. Todas estas capacidades son limitadas en la esquizofrenia.

Más aun, se afirma que los clientes con esquizofrenia tienen una deficiencia específica en la habilidad para percibir las emociones, en especial las negativas tales como el enojo y la tristeza (Bellack, Blanchard y Mueser, 1996). Esta dificultad se considera como el resultado de una discapacidad neurológica, parecida a la afasia receptiva del lenguaje o la agnosia que impide la interpretación de imágenes visuales. La información sobre este aspecto es de algún modo inconsistente. El médico debe recordar que el cliente que tiene dificultad para interpretar los sentimientos de otras personas puede tener una deficiencia específica hereditaria que interfiere para descifrar los códigos del afecto.

Las habilidades sociales dependen del uso efectivo de la totalidad de los elementos específicos discutidos antes, los cuales no son tan sólo la suma de esos comportamientos moleculares. La capacidad de comunicarse e interactuar de forma eficiente es el resultado de la buena integración de estos comportamientos con el tiempo, así como de las características

complementarias de acicalamiento e higiene. En esencia, el todo es más significativo que la suma de las partes. Más aun, como se explicó en la definición de habilidad social, el comportamiento es específico de cada situación, las cuales presentan demandas y restricciones especiales y muchas tienen reglas específicas de cómo se deben manejar. Por ejemplo, lidiar con un vendedor de automóviles que es insistente requiere un desplante falso y menos sinceridad de lo que se necesita en otras situaciones. De igual forma, el desempeño eficaz en una entrevista de trabajo implica un tipo de comportamiento que es muy difícil de mantener en las interacciones diarias y que no sería apropiado en las relaciones con los amigos. Nos referimos a estas áreas específicas como “repertorios de comportamiento”. Los programas de entrenamiento de las destrezas requieren el desarrollo de un plan para enseñar uno o más de estos repertorios dependiendo de las necesidades del grupo específico de clientes y la cantidad de tiempo de que se dispone. Este aspecto se desarrolla en los siguientes capítulos. La parte II provee un extenso repertorio de tales planes. En el resto de este capítulo se resaltarán, con fines ilustrativos, algunas recopilaciones que son muy trascendentales para los pacientes esquizofrénicos: 1. capacidad de conversación; 2. percepción de las destrezas sociales; y 3. situaciones de problemas especiales. Las estrategias correctivas para estos repertorios se analizan en capítulos posteriores.

HABILIDADES DE CONVERSACIÓN

La habilidad para iniciar, mantener y terminar una conversación es esencial en la mayoría de las interacciones sociales. Sin embargo, esta no es tan sólo la capacidad de involucrarse en los argumentos en un cóctel, sino que comprende interacciones básicas de comunicación tan simples como pedir una dirección, pedir en un restaurante y decir “gracias” por un simple

favor. La capacidad de conversación incluye respuestas verbales y no verbales utilizadas al 1. iniciar una conversación, 2. mantenerla y 3. terminarla. En primer lugar se describen los componentes verbales que difieren mucho entre las tres áreas.

Un repertorio de respuestas verbales específicas bastante limitado es suficiente para iniciar y terminar la mayoría de las conversaciones. Algunas expresiones para iniciar son 1. saludos sencillos, como “hola” y “buenos días”; 2. comentarios facilitadores y preguntas abiertas como “¿Cómo estás?”, “Hace tiempo no te veía, ¿Qué hay de nuevo?”, “¿No te parece que el día está muy bonito [triste]? y ¿Viste el juego de anoche?; y 3. acotaciones para entrar a una conversación ya iniciada, tales como “¿Les importa si los acompaño?”, y “¿Están hablando del juego [obra, etc.] de anoche?”. Terminar una conversación o abandonar un grupo suele ser un proceso difícil por lo que muchos pacientes crónicos se van de forma abrupta o prosiguen indefinidamente. Algunas frases conclusivas incluyen “Me tengo que ir; te veo luego.” “¿Qué hora es? Tengo que encontrarme con alguien.”y “Fue bueno hablar con vos. Te veo mañana.” Por supuesto, las habilidades de percepción social (ver más adelante) son necesarias para asegurar que tanto la entrada como la salida son llanas y medidas de forma apropiada.

Un grupo de destrezas algo más complejas son indispensables para mantener una conversación de forma efectiva y promover relaciones satisfactorias y de refuerzo. Un requerimiento básico es la capacidad de hacer las preguntas adecuadas para facilitar una respuesta de la pareja interpersonal y asegurar información significativa. El individuo socialmente hábil por lo general tiene dos tipos de estrategias a su disposición para preguntar. Las preguntas abiertas tienen como función principal facilitar una respuesta. Por ejemplo, “¿Cómo has estado?”, “¿Qué hay de nuevo?”, “¿Qué pensás del juego [obra, reunión, etc.] de

ayer?” y “¿En realidad pensás eso?”. Con frecuencia, el cuestionamiento no está enfocado hacia la respuesta a tales preguntas sino más bien se interesa en la conversación general que sigue. La información específica se obtiene con mayor efectividad de las preguntas más delimitadas tales como: “¿Cuál fue el marcador del juego de ayer?”, “¿Qué comieron anoche?” y “¿Vas a bajar a comer ya?”. Los individuos deben diferenciar estos dos tipos de preguntas cuando se dirigen de forma directa a ellos así como el dar la respuesta apropiada. Analice la siguiente réplica de saludo. “Hola, ¿cómo has estado?”: “Bueno, compré un paquete de cigarros esta mañana, luego fui a mi grupo, luego almorcé una hamburguesa y luego sólo fui al baño”. Aún cuando esta respuesta se puede asociar al pensamiento “concreto” de un paciente esquizofrénico se puede ver de forma más provechosa como una manifestación de deficiencia en las habilidades sociales.

Otro factor esencial para mantener las interacciones es el refuerzo continuo de la pareja interpersonal. Las interacciones cortas se pueden representar de forma más efectiva a través del intercambio de saludos e información. Estas respuestas mínimas no son suficientes para mantener las interacciones más largas ni para facilitar el desarrollo continuo de las relaciones. Algunos refuerzos conversacionales incluyen oraciones de acuerdo (como, “Sí, tenes razón.”, “Estoy de acuerdo.”), aprobación (“Esa idea es buena.”, “Nunca había pensado eso, tenes razón.”). Los simples facilitadores verbales “sí” y “ajá” también tienen un valor de refuerzo significativo. La calidad de las interacciones sociales también se puede mejorar con el uso apropiado de cortesías sociales tales como “por favor”, “gracias” y “disculpe”. El médico con experiencia es conciente de la poca frecuencia con que la mayoría de los clientes crónicos producen refuerzo de agrado y de la naturaleza casi estéril de su estilo de conversación.

Existen un sinnúmero de elementos de las respuestas no verbales que contribuyen de forma considerable al comportamiento social hábil:

1. El contacto visual debe ser intermitente, intercalado con miradas hacia la pareja. Tanto el contacto visual (mirada fija) como la ausencia del mismo son por lo general actitudes inapropiadas.
2. El volumen de la voz debe ser adecuado al nivel “conversacional”, ni muy alto ni muy bajo.
3. El tono de voz no debe ser monótono, aunque debe emplear inflexión para comunicar énfasis, afecto y así sucesivamente.
4. La respuesta latente aportada por la pareja interpersonal debe ser en general corta (ver también comentarios sobre el ritmo más adelante). Los mediadores tales como “Déjame pensar al respecto” y “eh” se emplean cuando la respuesta requiere análisis.
5. La velocidad del discurso debe coincidir con un estilo conversacional normativo.
6. Las trabas de fluidez en el discurso deben ser minimizadas.
7. Los gestos físicos como los movimientos de la cabeza, los movimientos de las manos (para enfatizar) y la inclinación hacia delante se suman al impacto cualitativo del individuo.
8. Las sonrisas, el ceño fruncido y otros gestos faciales se deben utilizar de acuerdo con el contenido verbal.
9. La distancia física se debe mantener según las normas sociales.
10. La postura debe ser relajada y no rígida.

Estos elementos de respuesta sin duda tienen importancia diferencial en distintas situaciones. Hasta el momento, no existe información clara sobre su contribución comparativa a la efectividad social ni sobre la importancia relativa de los componentes de las respuestas verbales y no verbales. Sin embargo, parece que estos mecanismos interactúan para crear una impresión “gestalt”, además el desempeño anómalo de alguno de los elementos no verbales (tales como, mirar fijamente, tono de voz muy bajo) conlleva efectos perjudiciales en las interacciones sociales.

HABILIDADES DE PERCEPCIÓN SOCIAL

Los comportamientos conversacionales correctos también necesitan destrezas de percepción social efectivas. De las cuales las más relevantes para los clientes crónicos se definen en cinco categorías generales: 1. el oír; 2. el recibir clarificación; 3. la relevancia; 4. el ritmo; y 5. la identificación de las emociones.

Oír o atender a la pareja interpersonal es un requisito fundamental para la percepción social correcta. Muchos clientes crónicos presentan deficiencias en su comportamiento interpersonal debido a que su foco de atención es interno y tan sólo se dirigen hacia fuera de forma intermitente y selectiva, de modo que no logran recopilar información adecuada suficiente para responder de forma correcta por no utilizar los facilitadores ni los reforzadores.

Incluso cuando la persona es un oyente hábil, en ocasiones se “desconecta” durante períodos cortos y a veces siente confusión o incertidumbre sobre el mensaje que se comunica. Una persona hábil identifica esta confusión y busca *aclaración*. La incapacidad de percibir la confusión así como de resolverla, provoca con frecuencia una ruptura en el siguiente proceso de comunicación, además de la elaboración de respuestas inapropiadas. La aclaración se

garantiza con oraciones como “Discúlpeme, no escuché”, “No entiendo” y “No estoy seguro de lo que quiere decir (lo que está preguntando, etc.)”. La percepción de la confusión de la pareja interpersonal es una habilidad algo más sutil que se relaciona. La confusión por lo general se comunica con miradas “burlonas” o “vacías” que incluyen el inclinar la cabeza hacia el lado, el fruncir el ceño, la contracción de las pupilas, y la interrupción de los refuerzos sociales (tales como, movimientos de la cabeza, y “ajás”). Al percibir la confusión de la pareja, una persona hábil evita las divagaciones no comunicativas.

Para que una respuesta sea apropiada debe ser *relevante* en la conversación como un todo y en la comunicación inmediata anterior. Los comentarios de los clientes crónicos resultan intrascendentes por su insistencia en los problemas personales y en los miembros de la familia. Definir qué es lo trascendental es una función de oír y analizar la comunicación. De esta forma, la pertinencia aumenta con la autocensura, de manera que algunas áreas de contenido o respuestas específicas no se emiten en ciertos tipos de interacciones (o a la inversa, se permiten tan sólo en determinadas ocasiones). Por ejemplo, las quejas sobre la mala salud, las referencias a experiencias idiosincrásicas (alucinaciones) y los comentarios sobre la higiene y el comportamiento sexual son por lo general inapropiados en conversaciones que no son con los miembros del personal de salud, la familia y los amigos cercanos.

El *ritmo* de la comunicación implica la utilización de respuestas en el momento y en las condiciones apropiadas. Las interacciones sociales efectivas implican flujo y reflujo, e incluyen tanto los intercambios rápidos como los silencios. Ciertas actividades y estados emocionales (como el luto) también afectan el desempeño social apropiado. El contenido de la conversación, las normas sociales y por ende su conocimiento, son los factores primordiales

para alcanzar el ritmo correcto. Cuando éste es limitado ocurren interrupciones, esperas largas que llevan a preguntas sin respuesta o al abandono de de la interacción antes de su conclusión (no tener en cuenta peticiones de espera como: “Dejame terminar esto primero.” o “Dejame pensar en eso.”)

El último de los aspectos de la percepción social involucra la *apreciación correcta de las emociones*. Las cuales se comunican por medio de una combinación sutil de señales verbales y no verbales (la mayoría de la gente no es asertiva para comunicar sus emociones con declaraciones claras y directas). El estado emocional de la pareja interpersonal es crítico para la elaboración de una respuesta apropiada. Por esto, las personas socialmente hábiles deben ser capaces de “leer” las señales emocionales. Lo cual supone como mínimo percibir los cambios en la naturaleza del comportamiento de la pareja. También es necesario discriminar los estados emocionales. Más aun, la persona hábil es capaz de identificar sus propias fases anímicas, transmitir las de forma adecuada y analizar su causa. La percepción personal y el análisis mejoran la comunicación y son necesarios para resolver los conflictos y la angustia de forma efectiva.

OTRAS SITUACIONES PROBLEMÁTICAS

Una persona con el amplio rango de aptitudes conversacionales y de percepción antes descritas será efectiva en la mayoría de las situaciones sociales. Sin embargo, algunas interacciones son en especial difíciles de concretar porque provocan ansiedad o tensión, requieren mucha sutileza y matiz o son raramente enfrentadas. Aunque no se puede proveer una lista exhaustiva de tales situaciones, existe un sinnúmero de acontecimientos problemáticos para un gran porcentaje de los clientes crónicos.

Habilidades de asertividad

La asertividad impropia es una de las deficiencias más comunes. Por lo general se considera que existen dos formas de asertividad. La hostil o negativa, que implica la expresión de los sentimientos negativos, la exigencia de los derechos y el rechazo de peticiones irrazonables. Algunos ejemplos de asertividad negativa apropiada incluyen el devolver la comida (en un restaurante) o la mercancía que no es satisfactoria o que está dañada; hacer frente a una figura de autoridad (policía, jefe, maestro) que está tratándolo de forma injusta o inapropiada; exigir a un intruso que vuelva al final de la fila o que espere su turno en la ventanilla de una tienda y expresar de forma justificada el enojo o la irritación a un reparador que ha hecho un trabajo defectuoso o ha causado una demora innecesaria. La asertividad apropiada o positiva consiste en la expresión de emociones positivas: afecto, aprobación, gratitud y consentimiento. Esto incluye, por ejemplo, agradecerle de forma calurosa a un amigo por un favor; besar al cónyuge y verbalizar los sentimientos de afecto; decirle a una amistad (jefe, niño, etc.) que ha hecho un buen trabajo y elogiar a alguien por su apariencia y mejora.

Las personas con esquizofrenia evitan o evaden las situaciones de crítica y de conflicto, lo que ocasiona con frecuencia se aprovechen de ellos. Además, con frecuencia reciben críticas mayores de los miembros de la familia o del personal de salud frustrados por su problema de lidiar de forma directa con los aspectos difíciles. La asertividad correcta es una de las habilidades más críticas que los pacientes esquizofrénicos deben aprender para evitar y reducir la angustia y el maltrato. La asertividad positiva es de igual forma básica para

desarrollar y mantener las amistades. Estas capacidades así como las conversacionales son aspectos centrales de los programas de entrenamiento.

Habilidades heterosociales

Además de las habilidades generales de conversación y de percepción descritas antes, hay variedad de exigencias especiales y normas sociales que conciernen a las interacciones románticas o sexuales. Los clientes que quieren desarrollar estas relaciones necesitan capacidades similares. La higiene, el aseo, la asertividad positiva, la comodidad y el refuerzo social son de especial importancia. También, se debe observar el protocolo de las citas (tales como, las llamadas telefónicas, el planear y el entablar actividades sociales). Por último, la persona requiere información sobre el funcionamiento sexual, las respuestas algo más complejas a las insinuaciones sexuales y el conocimiento para alcanzar en su desempeño sexual el máximo placer y reducir la incomodidad. Además, todos los clientes necesitan aprender sobre las prácticas de sexo seguro, incluso el uso de condones y cómo evitar o resistirse a actividades sexuales no deseadas o peligrosas. El desarrollar habilidades de asertividad con el objetivo de utilizar condones y decir “No” es elemental para las clientes femeninas que son muy vulnerables a la manipulación y el abuso por parte de los conocidos masculinos. Otro aspecto que debe ser parte del plan de trabajo es la educación sobre el VIH positivo y el SIDA en especial con clientes que son sexualmente activos o que están en riesgo.

Habilidades para la vida independiente

Aunque muchos pacientes son incapaces de concursar por un empleo o incluso mantener un trabajo como el de los albergues, aquellos que lo hacen deben tener *habilidades*

para las entrevistas de trabajo. Las cuales incluyen cómo presentarse de forma positiva; cómo responder a preguntas sobre las experiencias y habilidades; cómo hacer preguntas del salario, condiciones laborales, entre otras y los comportamientos pertinentes de higiene, puntualidad y otros que son esenciales. El lidiar con el historial psiquiátrico y los largos períodos de desempleo es trascendental. Los clientes necesitan aprender cuál información presentar y cuál no sobre su referencia y los síntomas, así como lo que debe ser informado y la forma para hacerlo más positivo. Muchos clientes manifiestan dificultades en la realización satisfactoria de sus *proyectos de vida*. Aquí se involucran varios factores: cómo encontrar un apartamento; cómo hablar con el arrendatario (qué preguntarle, cómo discutir la renta); cómo hacer los tratos con un compañero (tales como, compartir el pago y las tareas, visitantes) y cómo interactuar con los vecinos. Otro tema apropiado para un entrenamiento es el de las actividades diarias, que incluye: cocinar, ir de compras, administrar el dinero y utilizar el transporte público. Aunque esta preparación se lleva a cabo en la rehabilitación vocacional, la tecnología de las habilidades sociales es en particular efectiva.

Administración del medicamento

El seguimiento del régimen prescrito es esencial en el uso del medicamento, para así lograr que el restablecimiento posthospitalario no sea deficiente y evitar las recaídas. La comunicación deficiente entre el cliente y el proveedor del servicio de salud hace que el paciente no comprenda los efectos secundarios de la medicina, que la utilice de forma inconsistente o que no entienda el plan de tratamiento que define el médico ni la necesidad del seguimiento. El tratamiento adecuado se amplía si los clientes son capaces de interactuar con el personal del equipo de salud lo cual les permite expresar sus preocupaciones, reacciones,

expectativas y deseos de forma efectiva. Estos diferentes comportamientos se conocen como las habilidades de administración del medicamento, las cuales incluyen educación, importancia, efectos adversos, entre otras, que como las capacidades conversacionales y de asertividad son necesarias para discutir de forma efectiva las preguntas y las preocupaciones tanto con el médico como con el personal de salud (Eckman et al., 1992).

Resumen

En este capítulo se ha hecho una introducción, se dio la visión del modelo de las habilidades sociales, su definición y una descripción detallada de los elementos del comportamiento social. Las habilidades de expresión implican el comportamiento verbal, paralingüístico y no verbal. Las capacidades receptivas conocidas, como percepción social, se refieren a la habilidad de participar e interpretar las señales de una pareja interpersonal. Además se analizaron factores, como las deficiencias significativas en el procesamiento de la información, los síntomas negativos y positivos, la motivación, el afecto y los factores del ambiente, que intervienen en el comportamiento social y que impiden que los clientes utilicen las habilidades en su repertorio. Por último, se describieron algunos de los principales repertorios que comprende el desempeño social adecuado, incluidas las habilidades de conversación, asertividad y las necesarias en situaciones especiales, como en el caso de las relaciones sexuales y las entrevistas de trabajo. Este material fue diseñado con el propósito de brindar una orientación para el resto del libro que presentará la valoración y el tratamiento de las deficiencias en las habilidades sociales. Como el lector apreciará, tanto los cimientos como las obligaciones básicas para el desempeño efectivo presentadas en esta parte se retomarán en cada uno de los capítulos siguientes de este volumen.

2 Cómo valorar las habilidades sociales

Como se indicó en el capítulo 1, la mayoría de los clientes esquizofrénicos presentan algunas deficiencias en el funcionamiento de las habilidades y los roles sociales. Sin embargo, existe considerable variabilidad en la naturaleza y la severidad de estas carencias. Los pacientes con el síndrome deficitario o que sufren de crisis crónicas muy largas presentan una base amplia de limitaciones significativas que se perciben con facilidad luego de una conversación corta. En la mayoría de los casos, las deficiencias en las habilidades son relativas; lo que significa que los clientes conservan algunas capacidades y son capaces de desenvolverse de forma adecuada, aunque en algunas situaciones no sea en los niveles normales. También puede ocurrir que presenten un déficit más notorio en una de las áreas de respuesta (en la expresividad facial y verbal) que en las otras. Los clientes más jóvenes y aquellos que muestran formas menos severas de la enfermedad presentan capacidades bastante buenas y sólo necesitan entrenamiento en las áreas particulares de problema (como en el caso de explicar su inconstante historial en las entrevistas de trabajo). Por esto es de vital importancia el llevar a cabo una valoración sistemática de las habilidades antes de prescribir un tratamiento. También es fundamental el hecho de que algunas revaloraciones deben darse tanto durante como después del tratamiento para así determinar la efectividad de la intervención y evaluar la necesidad de continuarla o de modificar el programa de entrenamiento (¡si no funciona!). Este capítulo presenta un plan para llevar a cabo Cómo valorar las habilidades sociales. Se hace especial énfasis en la evaluación rentable de la

clínica, ya que existen al alcance muchos trabajos que analizan las técnicas más costosas y delicadas empleadas en las investigaciones protocolarias. El proceso se conceptualizó de forma deductiva así que la clínica reúne la información general (tal como, ¿Ha tenido el paciente algún problema en el desempeño de los roles sociales? ¿En qué situaciones? ¿Es consecuencia de una deficiencia en las habilidades sociales?) luego se desarrolla un historial más detallado de las habilidades y deficiencias del paciente. Las preguntas más generales se trabajan en el ambiente del paciente y de sus allegados. La evaluación más pormenorizada se logra mediante la observación. En primer lugar, analizaremos algunos aspectos generales; luego se enfatizarán las dos estrategias más útiles, los métodos para entrevistar y la observación del comportamiento en los juegos de roles.

Aspectos generales

Al valorar las habilidades sociales del cliente, el médico debe responder cuatro preguntas: (Bellack y Morrison, 1982):

1. ¿Manifiesta el cliente algún comportamiento interpersonal disfuncional?
2. ¿Cuáles son las circunstancias específicas (situaciones) en que ocurre?
3. ¿Cuál es la causa (probable) de esta disfunción (preguntarse si es el resultado de alguna deficiencia social)?
4. ¿Cuáles son las deficiencias específicas que presenta el cliente?

Estas preguntas están ordenadas de forma jerárquica, de la más general a la más específica. Las respuestas de las tres primeras definen si la siguiente pregunta se puede contestar y en caso de que se pueda, cómo analizarla (la situación específica en que la respuesta debe ser

evaluada). Es un hecho que en la práctica clínica se pueden contestar dos o más preguntas al mismo tiempo, como el caso de un cliente masculino que exprese que no sabe como acercarse a hablarle a una mujer.

Pregunta 1: ¿Manifiesta el cliente algún comportamiento interpersonal disfuncional?

La primera pregunta es la más general y no requiere ninguna evaluación específica. La valoración habitual de la clínica y la observación general que hacen la mayoría de los psiquiatras es suficiente para identificar de forma superficial algunas de las disfunciones sociales de los clientes. El médico y el personal de la clínica necesitan tener una idea del comportamiento interpersonal y cierta concepción del rango de desempeño normativo. Por supuesto que cuanto más severa y generalizada sea la deficiencia es más fácil responder a esta pregunta. Como se aclaró, algunos de los clientes que poseen mejores niveles de desempeño no tienen dificultad en las interacciones informales y menos tensas con los médicos, aunque pueden presentar deficiencias en situaciones sociales específicas e incluso sus habilidades fallan en momentos de estrés o de exigencia.

Pregunta 2: ¿Cuáles son las circunstancias específicas en que ocurre la disfunción?

Como todos los otros aspectos del comportamiento, las habilidades sociales varían en cada situación. Por ejemplo, los pacientes psiquiátricos crónicos exhiben asertividad diferencial hacia las mujeres, la gente conocida o desconocida y en situaciones en que se requiere asertividad hostil y apropiada (Hersen, Bellack y Turner, 1978). De forma natural, la situación particular en que se presentan las deficiencias varía entre personas. Lo más significativo es que las deficiencias (en los elementos de respuesta) no varían sólo entre personas, sino

también entre situaciones de la misma persona. De esta forma, una vez que se identifica que existe una disfunción interpersonal, se debe encontrar la situación en que se presenta.

Pregunta 3: ¿Cuál es la causa (probable) de la disfunción?

Como se indicó en el capítulo 1, las deficiencias en las habilidades sociales son la causa de muchas de las dificultades interpersonales de los clientes crónicos, aunque existen otras fuentes como la disfunción. De forma más particular, la ansiedad interpersonal inhibe el desempeño social incluso cuando se cuenta con las habilidades adecuadas, la depresión reduce la cantidad y la calidad del resultado del comportamiento y el historial de fracaso social provoca desmotivación para involucrarse más en las interacciones mínimas. Dado que el propósito de la valoración es planear el tratamiento, debe determinarse si existe alguna deficiencia para establecer si el entrenamiento en la adquisición de habilidades (o alguna intervención) es apropiado.

Debe hacerse hincapié en que las deficiencias en las habilidades y los factores como la ansiedad, la depresión y el interés son ortogonales por lo que no se excluyen de forma mutua. Por ejemplo, considere la relación conceptual entre la ansiedad interpersonal y las deficiencias en las habilidades sociales representada en el cuadro 2.1. Una persona que se encuentra en la Casilla A muestra ansiedad baja y habilidad alta (no presenta disfunción), por lo tanto no necesita tratamiento. La casilla C simboliza ansiedad alta y habilidad baja, en este caso es necesario un entrenamiento de las habilidades sociales para corregir el déficit. Aunque estas guías por lo general ayudan a reducir la ansiedad por medio del aumento de los sentimientos de autoeficacia en el desempeño social, si la persona está muy deseosa de poner en práctica sus habilidades sociales, también se necesita una estrategia complementaria para la

disminución de la ansiedad. La casilla D representa tanto ansiedad como habilidad altas. Una persona con estas características necesita una intervención para la reducción de la ansiedad. Tanto el entrenamiento de las habilidades sociales como el incremento de los sentimientos de autoeficacia son útiles; aunque el desarrollo de las capacidades no será el eje central del tratamiento.

| | | | |
|-----------------|------|------------------|------|
| | | Habilidad social | |
| | | Baja | Alta |
| Ansiedad social | Baja | A | B |
| | Alta | C | D |

Cuadro 2.1. Relación entre la habilidad social y la ansiedad.

Pregunta 4: ¿Cuáles son las deficiencias específicas que presenta el cliente? Si a. se observa una disfunción interpersonal, b. se identifican los factores situacionales y c. la disfunción está asociada con la deficiencia de habilidades sociales, entonces d. los parámetros específicos de la(s) deficiencia(s) deben separarse; estos incluyen las respuestas verbales y no verbales descritas en el Capítulo 1. Según se observa, este es el aspecto más difícil de Cómo valorar las habilidades sociales y exige un análisis más detallado del comportamiento. Mientras que las primeras tres preguntas se contestan en una entrevista y por medio de

técnicas de observación informales, esta pregunta casi siempre necesita observación sistemática del cliente en interacciones sociales relevantes.

Técnicas para entrevistar

Las entrevistas están entre las técnicas de valoración más útiles y eficaces al ofrecerle al médico un “retrato” rápido del cliente, proveen información que de otra forma no estaría disponible y ayudan a diferenciar las causas del mal desempeño social. De la entrevista se obtienen tres categorías generales de información: 1. el historial interpersonal, 2. la información recopilada de la observación informal y 3. la perspectiva de los allegados para el cliente (tales como, los padres o los miembros del lugar de residencia).

El historial interpersonal

El historial interpersonal es un panorama retrospectivo de los niveles del desempeño social en la actualidad y en el pasado. Es de gran importancia la información que facilite del cliente de los factores que afectan su desempeño: ¿dónde, cuándo, con quién y en qué circunstancias se presentan las dificultades? Además, la entrevista revela si el cliente en algún momento pudo hacer algo que en el presente no puede hacer. Para obtener el historial interpersonal la entrevista se basa en el conocimiento específico que tiene el médico de las dificultades de la persona y en la complejidad general de las habilidades sociales. El estilo preferido de entrevista consiste en hacer preguntas generales, seguidas de algunas más específicas para terminar con los ejemplos concretos. Los esquizofrénicos no tienen mucha disposición para admitir sus dificultades; por lo tanto, el entrevistador debe concentrarse en situaciones específicas y no en la valorización subjetiva que tiene la persona de su propio desempeño. Las

preguntas como “¿Discutes mucho en la casa?” proporcionan respuestas poco fructíferas como las siguientes:

1. “¿Podés recordar la última vez en que discutiste con alguien de la casa?”
 - a. “¿Cuándo fue eso?”
 - b. “¿Me podés describir la situación?”
 - c. “¿Qué fue lo que dijiste?”
 - d. “¿Eso es lo te pasa cuando discutís con ella?”
2. “¿Podés recordar alguna discusión reciente?”
 - a. “¿Cuándo fue eso?”
 - b. “¿Por qué estás discutiendo?”
 - c. “¿Qué le que dijiste?”

Los datos recolectados de esta forma podrían resultar eventualmente incompletos o incorrectos, como sucede con otra información que ofrecen los clientes esquizofrénicos. A pesar de factores como que la observación del acontecimiento original no es completa y que los recuerdos son distorsionados, las deficiencias en la percepción social ocultan información importante. Por ejemplo, si el cliente no puede identificar el enojo de forma adecuada, no podrá informar de forma correcta sobre el hecho ni sobre su capacidad de asertividad hostil. La persona quizá será incapaz de reconocer su comportamiento inapropiado o no querrá informarlo. De todas formas, la información recopilada de esta manera es adecuada (y vital) para generar una hipótesis inicial sobre la naturaleza de la disfunción interpersonal.

La información recopilada de la observación

El proceso de la entrevista es por sí sólo una interacción interpersonal; y como tal, un recurso valioso para obtener información por medio de la observación. A nivel general, el entrevistador evalúa su propia reacción subjetiva. ¿Cuánta facilidad hay en hablar con el cliente? ¿Cuán cómodo o incómodo se siente el entrevistador? ¿Con cuánta dificultad se puede establecer una relación? ¿Es la persona agradable? La entrevista también provee una muestra del nivel de habilidades verbales y no verbales del cliente y de su sensibilidad interpersonal (en habilidades de percepción social e inteligencia social). ¿Cómo es el contacto visual del cliente? ¿Utiliza refuerzos sociales? ¿Mantiene una distancia interpersonal adecuada? ¿Cómo es el ritmo de su conversación (pausas y turno de conversación)? Aunque el médico evalúa estas respuestas de manera no sistemática y subjetiva, en las entrevistas estandarizadas se hacen grabaciones en audio o en vídeo para luego llevar a cabo una evaluación objetiva.

Se ha destacado en repetidas ocasiones que las habilidades sociales son específicas de cada situación. No obstante, el comportamiento durante una entrevista es limitado; por lo que no se observan problemas de otros momentos específicos (heterosocial, asertividad). Del mismo modo, entre más severas sean las deficiencias, es más probable que se manifiesten en cualquier contexto. Además, el saber que el cliente es capaz de elaborar respuestas apropiadas en al menos una situación (como en la entrevista) es esencial para planear el tratamiento e indicar un pronóstico favorable (la deficiencia es restringida).

La perspectiva de los allegados

Otra fuente de información sobre el desempeño social de los clientes proviene de entrevistarse con gente significativa en el ambiente del cliente: padres, cónyuge, hijos, compañero de

habitación, personal de la residencia y otros. Los datos de estas personas también pueden llegar a estar prejuiciados o incorrectos, pero por lo general brindan una perspectiva más objetiva que la del cliente. Además, el observarlos (el entrevistador) provee un valioso aporte sobre un segmento primordial del ambiente social del cliente (tal como, ¿puede su ambiente proveerle de refuerzo social? ¿Va a tolerar el ambiente los cambios? ¿Presenta el ambiente un comportamiento inadecuado?). Las técnicas de entrevista a colaterales garantizan la comparación con la información del cliente. Las impresiones subjetivas y las declaraciones generales deben evitarse en beneficio de informes y descripciones específicas.

Observación del comportamiento en los juegos de roles

La información brindada por el cliente y las entrevistas con él o los colaterales aportan datos indirectos del comportamiento y las habilidades sociales; esta facilita un retrato general del cliente, aunque su fidelidad y fiabilidad son limitadas. Esto se debe a que la mayoría de la gente no se observa a si misma ni a las otras personas con suficiente cuidado u objetividad como para brindar informes detallados y correctos. La única forma precisa para determinar lo que el cliente hace en situaciones específicas es recolectar evidencia *directa al observarlo* en su ambiente. Desafortunadamente, la observación directa es poco práctica en el escenario clínico o de investigación, en especial cuando el comportamiento meta no es frecuente (como en el caso de defenderse cuando lo están tratando de forma injusta) o es privado (interacciones sociales). La mejor estrategia para lidiar con estas limitaciones es brindar al cliente juegos de roles en interacciones simuladas que representan un ambiente natural. Esta práctica es muy utilizada para evaluar las habilidades sociales (Bellack, Morrison, Mueser, Wade y Sayers,

1990). Se han desarrollado muchas variaciones, las cuales en su mayoría siguen el mismo plan básico:

1. Se describe una situación social hipotética al cliente.
2. Se le pide al cliente que imagine que está en esa situación y que interactúe con el médico que asume el rol de otra persona en la interacción hipotética.
3. La interacción se lleva a cabo en un lapso entre 30 segundos y 10 minutos, según lo que se esté evaluando.
4. Cuando ha pasado el tiempo designado o se han intercambiado varias respuestas, se presentan otras situaciones de la misma forma.
5. Las interacciones se graban en audio o vídeo para evaluar los comportamientos específicos en otro momento.

El cuadro 2.1 presenta ejemplos de escenas cortas para juegos de roles además de las respuestas estandarizadas. Los contenidos y las guías se pueden variar de la manera en que se desee. Existen dos directrices generales: 1. las escenas deben ser bastante relevantes para el cliente evaluado y 2. deben ser de dificultad moderada. Por lo general, no es útil convertir la valoración en una actividad angustiante en que la pareja es muy hostil o crítica. Además, es mejor comenzar con una o dos situaciones de práctica que sean fáciles, de tal modo que el cliente se adapte al formato; con las cuales también se analiza si entendió el procedimiento y puede hacer una interacción, o si necesita instrucciones adicionales.

El aspecto más difícil de estas pruebas es la evaluación objetiva del comportamiento. Es imperante definir los comportamientos meta de forma cuidadosa y desarrollar los procedimientos de evaluación que reflejen de forma correcta el desempeño y que además sean fiables. Para la mayoría de los propósitos clínicos, de cuatro a seis categorías de evaluación

son suficientes. Algunas deberían reflejar evaluaciones globales o integradas, como *Las habilidades sociales globales*, *Las capacidades conversacionales globales* o *La asertividad global*. Estas categorías se evalúan mejor con escalas de 5 puntos como la de Likert. El cuadro 2.2 proporciona algunos ejemplos de las definiciones del comportamiento y las escalas de Likert relacionadas. Se valora si se presentan o no se presentan las conductas específicas como el contacto visual, el refuerzo social y las habilidades de negación (si utilizó refuerzo social o no lo utilizó) y con las escalas de Likert. El cuadro 2.3 aporta ejemplos de estos tipos de evaluaciones. Las valoraciones basadas en si ocurrió o no son mucho más fáciles de sistematizar como fidedignas y por lo general son suficiente para la valoración.

Cuadro 2.1. Ejemplos de situaciones en una prueba de juegos de roles

1. Usted quebró el florero de tu compañero de cuarto. Fue un accidente, pero es culpado.
MIEMBRO DEL PERSONAL: ¿Quebraste mi florero?
PERSONA: ...
MIEMBRO DEL PERSONAL: ¿Cómo es que sos tan torpe?
PERSONA: ...
MIEMBRO DEL PERSONAL: No podés andar cerca de mis pertenencias.
PERSONA: ...
2. No ha lavado la ropa y ya hay una montaña de ropa sucia en su cuarto. Su mamá comenta del desorden.
MIEMBRO DEL PERSONAL: ¿No has lavado la ropa?
PERSONA: ...
MIEMBRO DEL PERSONAL: ¿Cómo podes vivir en este desorden?
PERSONA: ...
MIEMBRO DEL PERSONAL: Sos tan vagabundo [al haber dejado que se hiciera esta montaña].
PERSONA: ...

Cuadro 2.2. Ejemplos de las valoraciones en la escala de Likert

| <u>Habilidades sociales globales</u> | | | | |
|--|--------|---------------------|--------|------------|
| <p><i>Las habilidades sociales globales</i> son una medida general del desempeño social de la persona. Comprende todas las variables que se listaron, incluidos los elementos verbales, no verbales y paralingüísticos. Es fácil entender a alguien que posee habilidades sociales, que responde de forma adecuada (no hace pausas muy prolongadas o repeticiones) y que no presenta comportamientos desconcertantes. Esto porque parece seguro de la situación aún cuando es difícil, su tono afectivo es apropiado y no excesivo, el objetivo está claro, sin embargo es sensible a los signos sociales emitidos por la pareja y es capaz de modificar su comportamiento cuando es necesario.</p> <p>Estas se evalúan en una escala de 5 puntos:</p> | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muy pobres | Pobres | Ni buenas ni pobres | Buenas | Muy buenas |
| Habilidades sociales | | | | |

| <u>Ansiedad Global</u> | | | | |
|--|-------|----------|--------|------|
| <p><i>La ansiedad global</i> proyecta el nivel general de ansiedad, nerviosismo, tensión o incomodidad que representa la situación para la persona. La ansiedad se representa en el contenido verbal, los aspectos paralingüísticos de la comunicación (trabas en el discurso, tartamudeos, voz cortada) y comportamiento no verbal (tensión motora, “gestos nerviosos”, balanceo o temblor del cuerpo, taconeo). Las manifestaciones no verbales de la ansiedad son por lo general difíciles de distinguir (en especial cuando la última se refleja en taconeo, balanceo de las piernas, o movimientos de las manos). No evalué estas respuestas si no están acompañadas de señales verbales o paralingüísticas. Si existe alguna duda, consulte otros recursos (como el historial médico).</p> <p><i>La ansiedad global</i> se evalúa en una escala de 5 puntos:</p> | | | | |
| Ansiedad | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Extrema | Mucha | Moderada | Mínima | Nula |

Cuadro 2.3. Ejemplos de comportamientos evaluados si se presentaron o no se presentaron

1.1. Expresión positiva de la Valencia: (VP)

Definición: Contenido verbal que expresa los sentimientos de valencia positiva (tales como, admiración, aprobación, gratitud o apreciación por algún aspecto del comportamiento o modo de otra persona).

Ejemplo: “Es bueno tenerte en nuestra reunión familiar. Me gusta cuando te vistes elegante”.

1.2. Afecto positivo (AP)

Definición: El afecto positivo se demuestra con o sin contexto específico.

Ejemplo: Risas, gestos físicos de afecto, sonrisas.

2.1. Valencia negativa (VN)

Definición: Contenido verbal que expresa los contenidos de valencia negativa (es decir, insatisfacción, desaprobación o desagrado del comportamiento de otra persona).

Ejemplo: “Me siento mal cuando no me dedicas tiempo. No me gusta la forma en que hiciste eso”.

2.2. Afecto negativo (AN)

Definición: Afecto o tono afectivo negativo con o sin contenido verbal explícito.

Ejemplo: Llanto, señales de exageración, improperios, gruñidos.

Las escenas cortas de los juegos de roles proporcionan información sobre la capacidad básica que tiene el cliente: ¿Puede emitir una respuesta verbal adecuada a estímulos o problemas sociales simples y tiene un repertorio mínimo de habilidades no verbales y paralingüísticas?

Este tipo de evaluación no indica si el cliente puede mantener una interacción o lidiar con una pareja duradera.

Es claro que esta metodología conlleva gran cantidad de beneficios. Es fácil desarrollar nuevas escenas para situaciones de problemas específicos. Además, a los clientes se les puede ofrecer entre ocho y doce situaciones diferentes en un tiempo bastante corto. Estas interacciones son de mucha utilidad con clientes muy afectados, incapaces de llevar a cabo interacciones largas. Los juegos de roles cortos (como todas las formas de evaluación simuladas) no siempre reflejan el comportamiento, ya que en algunos casos son más fáciles que la mayoría de interacciones en conversaciones reales. Sin embargo, no dejan de ser útiles porque proveen un excelente indicativo de la capacidad del cliente, si este se desenvuelve de forma correcta en estas pruebas posee las habilidades en el repertorio del comportamiento, a pesar de que no tenga la disposición o sea incapaz de utilizarlas en un ambiente natural. Por otro lado, si no puede desempeñarse de forma adecuada en las pruebas de juego de roles es poco probable que sea capaz de hacerlo bajo la presión de las interacciones en la vida real.

Batería de resolución de problemas sociales

El formato corto de las pruebas de juego de roles por lo general brinda poca información de los clientes a los que se les ha manifestado de forma reciente la enfermedad y de los que están menos afectados. Estos deben ser evaluados mediante un procedimiento más largo y complejo que valore su habilidad para desempeñar una tarea, para modificar su comportamiento como respuesta a las variaciones que presenta su pareja y para llevar a cabo conversaciones interesantes. Hemos desarrollado *La batería de resolución de problemas sociales* (SPSB, por sus siglas en inglés) para evaluar estos comportamientos más difíciles (Sayers, Bellack, Wade,

Bennet y Fong, 1995). Esta batería está conformada por dos evaluaciones *La prueba de juego de roles* (RPT, por sus siglas en inglés) y *La prueba de generación de respuestas* (RGT, por sus siglas en inglés). La RPT es una prueba extendida de juegos de roles en la que el cliente participa en seis interacciones de tres minutos. Está diseñada para evaluar la capacidad de iniciar y mantener conversaciones, de defender los derechos, de persuadir y de involucrarse en negociaciones y compromisos eficientes. El formato de tres minutos vislumbra la capacidad del cliente de adaptarse a las exigencias cambiantes de comportamiento, de ser insistente y de generar distintas respuestas ante una pareja que no colabora. La RGT valora la habilidad del cliente para generar soluciones a los conflictos sociales. Además toma muy en cuenta la inteligencia social así como el razonamiento y no tanto la capacidad de desempeño.

A continuación se provee una descripción detallada de nuestro procedimiento de evaluación el cual fue desarrollado de forma sistemática para ofrecer fidelidad y validez a la información sobre el funcionamiento social de clientes crónicos y severamente enfermos. La RPT involucra el uso de una grabadora, tarjetas impresas y un colaborador. La RGT necesita una cámara de vídeo. Por supuesto no sería posible duplicar de forma exacta la estrategia en muchos de los ambientes clínicos. Sin embargo, los médicos son más capaces de llevar a cabo las evaluaciones cuando adecuan este proyecto a sus recursos y necesidades que cuando tratan de inventar sus propias técnicas sólo para un fin determinado. Los elementos más trascendentales en cualquier evaluación son: 1. utilizar procedimientos estandarizados para comparar el comportamiento de los clientes entre ellos y de ellos mismos luego de algún tiempo; 2. hacer que el contenido sea relevante para los clientes y para la situación que interesa.

Los procedimientos generales

La RPT se aplica de primero y es seguida por la RGT. Los clientes deben tener suficiente tiempo para adaptarse al ambiente de evaluación. Todas las instrucciones deben leerse despacio y hay que asegurarse de que la persona entiende la tarea. Se debe permitir que los clientes tengan recesos y que fumen si lo necesitan. Esta *no* es una prueba bajo presión. Todas las instrucciones deben leerse en orden para garantizar la consistencia entre los investigadores.

La prueba de juego de roles

Siempre que sea posible, la RPT debe grabarse en video para evaluaciones posteriores. Los clientes deben sentarse a una distancia cómoda para conversar con el colaborador (alrededor de 1,83 metros). Las instrucciones deben darse grabadas para asegurar la estandarización entre los clientes y repetir las evaluaciones con el tiempo. La RPT debe ser aplicada por un médico que el cliente conoce. Es preferible que el contacto previo sea mínimo para que sea más sencillo que el cliente asuma el rol asignado. El colaborador (la persona que hace el juego de roles con el cliente) debe minimizar la conversación con el cliente antes y en el momento de la RPT. Durante las interacciones, el colaborador debe mostrar afecto apropiado pero pasivo, de tal forma que en las escenas de asertividad no luzca hostil ni sumiso en exceso, pero tampoco muy cálido ni distante en las escenas para iniciar conversaciones. Los ejemplos incluidos más adelante con las descripciones de las escenas deben ser adecuados tanto como sea posible, ya que son por lo general lo que hace que sean más apropiados para el amplio rango de comentarios de los clientes, aunque se necesita algo de flexibilidad. Cada escena se subdivide en dos segmentos, durante los cuales el colaborador presenta un grupo de respuestas diferentes

y homogéneas. Esta variación sistemática ayuda a estructurar el comportamiento del colaborador así como a presentarle al cliente una serie de problemas que debe resolver. El colaborador debe tener un reloj a su alcance para calcular los cambios de turnos.

INSTRUCCIONES PARA LOS CLIENTES

COLABORADOR: “Usted y yo vamos a actuar en varias situaciones que podrían ocurrir en la vida real. Las instrucciones están en este cassette. Escuche con cuidado. Después de las instrucciones habrá tiempo para que me haga preguntas sobre lo que vamos a hacer”.

CASSETTE: “El propósito de este procedimiento es saber como reacciona usted ante problemas comunes. Vamos a hacer un juego de roles sobre estas situaciones, lo que significa que las vamos a actuar.

“_____ [colaborador] va a jugar distintos roles. En algunos casos va a actuar como los miembros de su familia. Ahora, dígame a _____ cuál miembro de su familia es más significativo en su vida [detenga el cassette mientras el cliente identifica a la persona]. En el juego de roles que involucra a un miembro de la familia, _____ tendrá el rol de esa persona que usted acaba de mencionar. En otras situaciones, será el extraño o el conocido”.

“Estas situaciones son, por supuesto, solamente imaginarias, pero usted debe imaginarse que está en esa situación y por lo tanto debe responder como si le estuviera pasando”.

“El procedimiento será así, primero usted leerá la situación escrita en la ficha. Asegúrese de leerla con cuidado y trate de imaginar que está en esa situación. En ese momento, _____ le preguntará a quién va a interpretar sólo para que quede claro.

Luego, el cassette va a narrar una descripción de la escena. Asegúrese de oír con cuidado cómo se describe la situación”.

“Una vez que haya entendido la escena luego de leer la situación en la tarjeta y de oír el cassette, usted y _____ van a actuarla. _____ dirá algo y usted tendrá que responder para continuar la conversación. Por favor siga la conversación hasta que _____ le indique que se detenga. Debe responder como si estuviera en esa situación. En los juegos de roles, usted va a ser usted, y responderá como si la situación estuviera sucediendo”.

“Explíqueme a _____ lo que usted haría”.

COLABORADOR: “Las primeras escenas son prácticas para que usted vea como se desarrolla el juego de roles. Aquí está la primera ficha. [Haga dos escenas de práctica y de la retroalimentación que sea necesaria.] Eso es lo que vamos a hacer. Luego vamos a continuar con las otras”.

ESCENAS PARA LA EVALUACIÓN DE JUEGOS DE ROLES

Escena de práctica 1: 1 ½ minutos

Situación: Usted y su amigo hicieron planes para salir el viernes en la noche y ahora los dos están decidiendo qué van a hacer.

El colaborador dice: “Ya quiero que sea mañana en la noche”.

El colaborador debe lograr que el cliente dé algunas sugerencias y luego debe rechazar la primera o las dos primeras con la excusa de que esa idea no pareciera divertida o que ya lo han hecho. El colaborador debe preguntar cuándo y dónde van a hacer esta actividad, cómo van a llegar, cuánto va a costar y así sucesivamente. Además siempre debe tratar de hacer preguntas abiertas, para motivar al cliente a contestar. El propósito general de estas escenas de

práctica consiste en animar al cliente para que se sienta cómodo hablando y pretendiendo estar en determinada situación.

Escena de práctica 2: 1 ½ minutos

Situación: Usted y un miembro de su familia van a la tienda de video para alquilar una película que van a ver juntos y están tratando de decidir cuál.

El colaborador dice: “Hoy de verdad tengo ganas de ver una película”.

El colaborador debe lograr que el cliente haga sugerencias sobre los tipos de películas (comedia, drama, etc.) y de nombres específicos de películas. Debe rechazar la primera o las dos primeras diciendo que no es el tipo de película que le gusta o que ya la vio. Debe preguntar a cuál tienda de video van a ir y cómo van a llegar.

Escena 1: 3 minutos (cuatro segmentos de 45 segundos)

Situación: Usted nunca ha vivido fuera de su casa pero siente que está preparado para buscarse su propio apartamento. Ha estado trabajando mucho y tiene suficiente dinero para pagar el alquiler. Además, ha aprendido bastante sobre cocina, el cuidado del hogar, compras y lavandería entre otras. Tiene un amigo que está planeando irse a vivir sólo, y los dos están pensando en compartir un apartamento. Usted decidió comunicarle sus planes a su familia.

El colaborador dice: “Yo creo que deberías quedarte en la casa unos años más”.

Primer segmento: El colaborador alega que le gusta que la persona viva en la casa. Tiempo de interacción con el cliente 45 segundos. Pueden utilizarse algunas o todas estas expresiones:

- “Me gusta que vivás en la casa”.

- “Te voy a extrañar si te vas”.
- “Es que me gusta que estés aquí conmigo”.

Segundo segmento: El colaborador pregunta sobre el compañero o amigo. Tiempo de interacción con el cliente 45 segundos. Se pueden utilizar algunas o todas las líneas siguientes.

- “¿Qué tal es la persona con la que estás pensando vivir?”
- “¿Crees que es una buena persona con quien vivir?”
- “¿Cómo sabes que puedes confiar en esa persona?”
- “Sólo me preocupa que no sea una buena persona con quien vivir”.

Tercer segmento: El colaborador sostiene que no cree que la situación en este momento sea tan estable.

- “Me preocupa que la situación en este momento no sea tan estable”.
- “¿Crees que la situación sea estable en este momento?”

Cuarto segmento: El colaborador motiva al cliente a brindar soluciones. Tiempo de interacción con el cliente 45 segundos. El colaborador dice, “Bueno, me preocupa que te vayas. ¿Cómo crees que podemos resolver esto?” Si el cliente propone alternativas razonables, estas deben ser cuestionadas pero no rechazadas. Si es posible, cada uno de los temas se tendrá que discutir con el cliente en el mismo tiempo (45 segundos). El colaborador puede utilizar todas las respuestas pero no tiene que hacerlo. Por ejemplo, si el cliente habla mucho en el primer tema, será necesario saltarse el segundo o el tercero para disponer de 45 segundos para generar soluciones.

Variación de la escena 1

Es posible trabajar con un paciente que no puede imaginarse o pretender que se va a ir a vivir sólo. Por ejemplo, un cliente que tiene hijos mayores y que ha dicho que tiene una relación muy cercana con alguno de ellos, no podrá imaginarse decirle a esa persona que se va a ir a vivir a otro lugar. En este caso, el colaborador puede cambiar la situación y leer el siguiente guión:

Situación: Usted no ha vivido sólo durante mucho tiempo, pero siente que está preparado para buscar un apartamento. Ha estado pensando en esto durante un año, en ese tiempo ha trabajado mucho y tiene suficiente dinero para pagar el alquiler. También ha aprendido bastante de cocina, cuidado del hogar, compras y lavandería entre otras. Tiene un amigo que está planeando irse a vivir sólo, y los dos están pensando en compartir un apartamento. Usted decidió comunicarle sus planes a su familia.

El colaborador dice: “En realidad pienso que deberías quedarte en la residencia unos años más”.

Primer segmento: El colaborador alega que la persona ha estado bien en la residencia en cuanto a la alimentación y el cuidado.

Segundo segmento: Él discute sobre la formalidad del amigo.

Tercer segmento: El colaborador sostiene que la situación, en este momento, no es lo estable.

Cuarto segmento: El colaborador dice, “Bueno, me preocupa que te vayas a vivir sólo. ¿Cómo crees que podemos resolver esto?”

Escena 2: 3 minutos (dos segmentos de 90 segundos)

Situación: Cuando usted salió de la casa esta mañana, vio un camión de mudanzas frente al edificio. El vecino que vivía frente a usted se había cambiado de casa unos días antes y ahora usted se pregunta si ese camión significa que va a tener vecinos nuevos. Cuando regresa a la casa en la tarde se da cuenta de que la puerta del frente está abierta y un desconocido está cerca. Usted decide ir a presentarse al vecino.

El colaborador dice “Hola”.

Primer segmento de 90 segundos: Durante la interacción, el colaborador responde en forma amigable, pero procura ser breve. Al cliente se le hacen pocas preguntas y se permiten los silencios prolongados. Después de 15 segundos de silencio, el colaborador hace una pregunta abierta breve relacionada al último comentario del cliente.

Segundo segmento de 90 segundos: El colaborador hace preguntas generales.

Temas de discusión:

- “¿Ha vivido mucho tiempo aquí?”
- “¿Cómo es el arrendatario?”
- “¿Hay supermercados/lavanderías cerca?”
- “Soy nuevo en la zona. No conozco mucho”.
- “¿Qué tal es vivir aquí?”
- “¿Usted trabaja por aquí?”

Posibles respuestas a las preguntas de los clientes:

- “¿Usted es de la zona?”

“No, soy nuevo”.

- “¿Dónde vivía antes de pasarse aquí?”

“Vivía en Nueva Jersey. Por eso no conozco la zona”.

- “¿Es casado/tiene hijos/vive con alguien?”

“No”.

- “¿En que trabaja?”

“Trabajo en el hospital [dice un trabajo de tipo administrativo, departamento de personal, secretaria, etc.]”

Escena3: 3 minutos (cuatro segmentos de 45 segundos)

Situación: Su amigo Joe ha venido a visitarlo en varias ocasiones. En la última visita su madre le dijo que no le gusta que esté en la casa porque fuma. Él es el único amigo con el que se siente cómodo y con el que puede hablar de forma fácil. Le preguntó a su madre si puede venir en la tarde.

El colaborador dice: “Sabes que no me gusta que venga porque fuma”.

Primer segmento: El colaborador alega que el olor a cigarro se impregna en los muebles. Estas son algunas de las frases que se pueden utilizar:

“El cigarrillo me molesta”.

“El olor se impregna en los muebles y toda la casa huele así”.

“El olor del cigarrillo permanece en la casa por muchos días”.

Segundo segmento: El colaborador asegura que Joe no es educado/buen amigo.

“No es sólo el cigarrillo. Creo que Joe es un muchacho maleducado”.

“Fue tan maleducado la última vez que vino”.

“Me preocupa que Joe no sea un buen amigo”.

Tercer segmento: El colaborador afirma que Joe utiliza al cliente.

“Parece que Joe sólo llama o viene cuando quiere algo de vos”.

“Me preocupa que Joe se vaya a aprovechar de vos”.

“No me gustaría que te hirieran”.

Cuarto segmento: El colaborador dice, “Bueno, me preocupa que Joe venga en la tarde. ¿Cómo crees que podemos solucionar esta situación?” Si el cliente ofrece una alternativa razonable, se debe preguntar pero no rechazar. En esta situación, el cliente puede proveer soluciones para los tres argumentos; por esto, es necesario tener diferentes respuestas. Las siguientes son algunas soluciones y respuestas comunes:

CLIENTE: Joe va a fumar sólo en una habitación/en mi cuarto/en el sótano.

COLABORADOR: Sólo que el humo se impregna en los muebles/se pasa a otras habitaciones... y toda la casa huele a tabaco.

CLIENTE: Le voy a decir a Joe que no fume aquí.

COLABORADOR: Me parece que Joe fuma mucho. Me preocupa que no pueda dejar de fumar mientras está aquí.

CLIENTE: Joe puede fumar afuera.

COLABORADOR: ¿Creés que Joe va a estar de acuerdo?

CLIENTE: Si Joe fue irrespetuoso con vos, voy a hablar con él.

COLABORADOR: Me preocupa que se enoje con vos si le decís.

CLIENTE: ¿Qué fue lo que Joe dijo que te pareció irrespetuoso?

COLABORADOR: Es su educación en general. No me acuerdo de nada en particular.

CLIENTE: Sí Joe te pareció irrespetuoso, ¿por qué no hablaste con él?

COLABORADOR: No me siento cómoda hablando con él de eso porque es tu amigo.

CLIENTE: Bueno, no voy a volver a hablar con Joe.

COLABORADOR: No me gustaría que perdás a un buen amigo.

Escena 4: 3 minutos (cuatro segmentos de 45 segundos)

Situación: Usted llamó al arrendatario la semana pasada porque apareció una pequeña gotera. El dijo que iba a repararlo en uno o dos días. Todavía no lo ha solucionado, ni ha llamado para decirle cuándo lo va a hacer. La gotera ha empeorado y usted decide llamarlo de nuevo.

Colaborador: “Hola, _____. ¿Cómo está?”

Primer segmento: El colaborador asegura que no ha tenido tiempo para ir a repararla.

Segundo segmento: El colaborador afirma que tiene otros problemas que necesitan de su atención.

- “He estado muy ocupado”.
- “Debo atender primero a muchos otros inquilinos con problemas”.
- “Usted está en la lista, pero tengo problemas más importantes”.

Tercer segmento: El colaborador afirma que está pendiente del problema.

- “No tiene que volver a llamarme. Estoy pendiente del problema”.
- “Siga llamando, pero estoy pendiente del problema. Voy a llegar tan pronto como pueda”.

Cuarto segmento: El colaborador insiste que en esta ocasión no puede resolver el problema: “Bueno, en este momento no sé que puedo hacer al respecto”. Si el cliente ofrece una solución razonable, el colaborador debe cuestionarla pero no rechazarla. Las siguientes son algunas soluciones y respuestas comunes:

CLIENTE: Sólo venga a arreglarlo.

COLABORADOR: Le dije que estoy muy ocupado y tengo otros asuntos pendientes.

CLIENTE: Mande a su asistente para que lo repare.

COLABORADOR: No tengo asistente. Yo me encargo las reparaciones.

CLIENTE: Llame/voy a llamar a alguien para que lo repare.

COLABORADOR: No lo van a hacer de forma correcta. Sé lo que hay que hacer, sólo que no he tenido tiempo para ir a hacerlo. El trabajo de esa persona va a ser muy caro.

Escena 5: 3 minutos (dos segmentos de 90 segundos)

Situación: Usted empezó a trabajar en lugar nuevo la semana pasada. Hasta el momento ningún compañero se ha acercado a hablarle y a usted le gustaría conocerlos. En la

mañana en el momento en que usted esta marcando en el reloj de control de asistencia, llega un compañero.

Colaborador: “Hola ¿es nuevo aquí, verdad?”

Durante la interacción, el colaborador responde en forma amigable, pero reservado. El colaborador debe dar respuestas apropiadas pero breves.

Primer segmento de 90 segundos: El colaborador hace que el cliente sea responsable de la conversación al hacer pocas preguntas y tolerar silencios prolongados. Luego de 15 segundos de silencio, el colaborador debe hacer una pregunta abierta breve relacionada al último comentario del cliente.

Segundo segmento de 90 segundos: El colaborador hace una pregunta corta.

Temas de discusión:

- “¿Vive cerca?”
- “¿Le gusta trabajar aquí?”
- “¿Qué hacía antes de trabajar aquí?”
- “¿Ya conoció a su supervisor? ¿Qué le pareció?”
- “¿Cómo viene al trabajo en la mañana?”

Posibles respuestas a las preguntas de los clientes:

- “¿Durante cuánto tiempo ha trabajado aquí?”
“Alrededor de un año”.
- “No he conocido a mucha gente de aquí. Siento que la gente no se quiere acercar.”
“Todos están ocupados en esta época del año”.
“Es difícil conocer gente cuando uno es nuevo”.

- “¿Dónde almuerzan?”

“Hay una cafetería abajo en la planta principal”.

Escena 6: 3 minutos (cuatro segmentos de 45 segundos)

Situación: Usted ha estado las últimas dos semanas en una capacitación laboral que dura diez semanas. Ha tenido muchos problemas desde el momento en que empezó. Por ejemplo, usted no sabía que había normas sobre como vestir y un día se puso una camiseta. Además, llegó tarde un par de veces. Le pidieron que abandonara el programa por haber incumplido tantas reglas. Este entrenamiento es esencial para usted y piensa que puede mejorar su desempeño ya que ha tenido un par de semanas para ajustarse. Decide pedir otra oportunidad y va a hablar con su supervisor.

Colaborador: “Hola, ¿en qué le puedo ayudar?”

Primer segmento: El colaborador asegura que la persona ha violado demasiadas reglas.

- “Bueno, usted a incumplido muchas reglas”.
- “Las reglas tienen una razón de ser y queremos que nuestros empleados las acaten”.

Segundo segmento: El colaborador afirma que la persona no ha estado esforzándose.

- “No parece que usted se esté esforzando en el programa”.
- “Pareciera que el programa no es importante para usted”.
- “Ha violado tantas reglas que pareciera que para usted el programa no es importante”.

Tercer segmento: El colaborador asegura que en el pasado otras personas no han cambiado.

- “Nos hemos dado cuenta de que a la gente a la que en el pasado le hemos dado una segunda oportunidad no ha cambiado”.
- “Me preocupa darle una segunda oportunidad y que usted no cambie”.
- “¿Cómo sé yo que usted va a esforzarse más?”

Cuarto segmento: El colaborador dice, “Bueno, me preocupa darle una segunda oportunidad en el programa. ¿Cómo podemos solucionar esto?”

Luego de 3 minutos: La escena debe terminar de forma favorable. El colaborador debe estar de acuerdo con la solución del cliente u ofrecer otra alternativa; por ejemplo, “¿Qué tal si lo probamos por dos semanas?” Si el cliente propone una solución razonable, el colaborador debe cuestionarla pero no rechazarla. Las siguientes son algunas soluciones posibles:

CLIENTE: Podríamos acordar un periodo de prueba de _____.

COLABORADOR: Bueno, ese es tiempo suficiente, en especial si sigue quebrantando las normas.

CLIENTE: Usted podría observarme y decirme cuándo estoy incumpliendo las reglas.

COLABORADOR: No tengo tiempo para vigilarlo mientras usted trabaja.

CLIENTE: Sólo déme una oportunidad y le demostraré que soy bueno.

COLABORADOR: Me preocupa darle una segunda oportunidad.

La prueba de generación de respuestas

La prueba de generación de respuestas (RGT) por lo general se lleva a cabo de forma inmediata después de la RPT. Sin embargo, si el cliente está cansado o no hay suficiente tiempo, se puede hacer en otro momento. Al igual que con la RPT, es preferible tener las instrucciones en vídeo grabadora para garantizar la estandarización. El procedimiento principal es presentar una conversación grabada en la que dos personas tienen un problema para luego hacer una serie de pregunta al cliente:

1. ¿Cuál es el problema?
2. ¿Cuál es el objetivo de _____?
3. ¿Podrá _____ alcanzar su meta de _____?
4. ¿Qué podría _____ hacer si eso no funciona?
5. ¿Cuál es la mejor solución?
6. La mejor solución:
 - ¿Qué podría salir mal con esta solución?
 - ¿Qué podría fallar?
7. La segunda alternativa (o la primera si la segunda se eligió como la mejor):
 - ¿Qué podría fallar si la persona intenta _____?

El objetivo de la persona del equipo es hacer que el paciente proponga soluciones. Si la segunda alternativa es similar a la primera se pregunta (una vez): “¿Hay algo más que podría hacer una persona en esta situación?”

El siguiente grupo de instrucciones supone que los problemas presentados al cliente son estandarizados y grabados en vídeo. En el marco clínico, se puede acceder a información muy útil sin necesidad de este nivel de formalidad. El médico podría transcribir las situaciones

en tarjetas y pedirle al cliente que las lea en voz alta. Si este tuviera problemas para leer o para comprender, el médico le lee la situación. Los aspectos fundamentales de esta prueba son presentar la situación al cliente y determinar si este puede identificar el problema, el objetivo y la posible solución. No es útil que el médico parafrasee la situación o recalque aspectos paralingüísticos que causen que la situación sea muy fácil o muy difícil. Por esta razón es preferible presentar este material grabado.

Instrucciones para los clientes

“En esta situación, nos interesa saber cómo se resuelven los problemas. Usted va a ver una grabación de una persona que tiene una conversación con un miembro de su familia o un amigo. Antes de cada situación, un narrador describirá el escenario. Luego verá a una persona en la pantalla que habla con otra que no aparece (Usted no verá a la segunda persona). Después de cada segmento, le voy a hacer algunas preguntas sobre la persona que vio en la pantalla”.

“Así va a funcionar la prueba: En cada escena escuchará a un narrador que describe una situación. Oiga con cuidado para que la entienda. Luego, verá a una persona en la pantalla hablando con alguien fuera de escena. Quiero que vea y oiga a la persona en la pantalla para que pueda entender y describir el problema. Cuando termine cada escena voy a detener la cinta para pedirle que se refiera al problema presentado. Después usted tendrá que pensar en algunas soluciones”.

“¿Tiene alguna pregunta? Vamos a utilizar una escena para practicar y para que vea como es el proceso”.

ESCENAS PARA LA EVALUACIÓN DE GENERACIÓN DE RESPUESTAS

Escena de práctica 1:

Bárbara sale a comprar cartones de lotería. Cada cartón cuesta 1 dólar y ella le da al vendedor un billete de 5 dólares para que le de cinco cartones. Bárbara le pide cinco, pero la persona le entrega sólo cuatro.

Escena de práctica 2:

Bárbara está viendo su programa preferido de televisión. De pronto, entra su compañera y le cambia de canal.

Escena 1

Los padres de Jane le dan una parte del dinero de la Seguridad Social por semana y depositan lo demás en una cuenta bancaria. Sin embargo, desde que empezó a asistir a la universidad esa cantidad no ha sido suficiente para cubrir los gastos de transporte y alimentación. Por esta razón no ha podido almorzar en un par de ocasiones. Sus padres nunca han estado de acuerdo en aumentarle el dinero que le dan, aunque con eso no logra cubrir sus gastos básicos. Por ello Jane decidió hablar con ellos al respecto en su siguiente visita.

Escena 2

Esa mañana Ted estaba de mal humor. Cuando su madre le pidió que la ayudara a sacar la basura, él le gritó que ella lo podía hacer sola y tiró la puerta al salir de la casa. Ahora

se siente mal por haber reaccionado así y decidió hablar con ella. Al entrar a casa, su madre se encuentra terminando los quehaceres de la casa.

Escena 3

El padre de Jennifer ha permanecido en el hospital durante una semana y nadie, ni siquiera él, le ha dicho cuál es la razón. Cuando ella lo visita, él le dice “No es nada serio, no te preocupés”. Ella se inquieta porque lo ve pálido y débil; por eso quiere saber qué padece. La siguiente vez que va al hospital, decide hablar con él al respecto.

Escena 4

Cuando Jennifer empezó a trabajar lavando platos en un restaurante local, su jefe le prometió que después de seis meses la capacitaría para convertirse en asistente de cocinero. Han pasado más de seis meses y su jefe no le ha dicho nada y ha estado entrenando a otras personas para que ayuden a los cocineros. Jennifer decide hablar con él cuando le de su próximo pago.

Escena 5

La señora Reilly, vecina de Ted, es una anciana muy alegre que siempre lo saluda desde su mecedora en el corredor de su casa. Cuando Ted pasó hoy por su casa no lo saludó y él notó que no estaba tan sonriente como de costumbre. Le preocupa que algo no esté bien y decide preguntarle cómo está.

Escena 6

Jane tiene ganas de comer algo dulce. Por esto se dirige al refrigerador para buscar una tajada de pastel de chocolate que había quedado de la cena. Cuando llega al refrigerador, también llega su hermano con ganas de comer del mismo pastel. Jane se da cuenta que sólo queda un pedazo y los dos lo quieren.

Resumen

Este capítulo proporciona una visión general sobre la evaluación necesaria para el entrenamiento de las habilidades sociales. Se describieron algunas estrategias, como los juegos de roles y se presentaron procedimientos y contextos específicos. Aunque estas técnicas han sido estandarizadas para obtener información más fidedigna, en algunos espacios clínicos será necesario utilizar una metodología menos estructurada.

3 Técnicas para adquirir las habilidades sociales

En la esquizofrenia, las deficiencias en las habilidades sociales son componentes básicos. Las deficiencias, como la imposibilidad de iniciar una conversación, expresar los sentimientos o resolver conflictos, son establecidas mediante una variedad de factores. Aquí se incluyen aspectos biológicos, poco acceso a buenos modelos de roles, pérdida de las habilidades debido a la baja autoestima y síntomas sicóticos crónicos. A pesar de la multiplicidad en el origen de las deficiencias sociales, las técnicas clínicas basadas en la teoría del aprendizaje social son eficaces para enseñar nuevas habilidades sociales a los clientes.

En este capítulo y en el siguiente se describirán las técnicas utilizadas en el entrenamiento de las habilidades sociales. Los métodos específicos utilizados en el entrenamiento de las habilidades parten de varios conceptos de aprendizaje. Primero se presentan los métodos y luego el detalle de algunas técnicas para la consolidación del aprendizaje de las habilidades.

Teoría del aprendizaje social

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969) se refiere a una serie de observaciones y principios sobre el desarrollo natural y el aprendizaje del comportamiento social. Según esta teoría, los comportamientos sociales se adquieren a través de actos de observación y las consecuencias (tanto positivas como negativas) de las acciones propias. Esta teoría parte del trabajo anterior de Skinner (1938, 1953) sobre los efectos positivos y negativos para las consecuencias (*condicionamiento operante*) en el comportamiento. En el entrenamiento de las

habilidades sociales se incorporan cinco principios derivados de la teoría social del aprendizaje: modelado, reforzamiento, conformación, sobreaprendizaje y generalización.

Modelado

El *modelado* se refiere al proceso de aprendizaje por observación, en el que una persona aprende una habilidad social nueva al observar a alguien utilizándola. Aunque en la esquizofrenia las buenas habilidades sociales se modelan en muchos tratamientos de terapia individual o grupal, el entrenamiento para las habilidades sociales acentúa tan sólo el modelado explícito y frecuente de las habilidades sociales para los clientes. En este entrenamiento, los terapeutas con frecuencia modelan habilidades sociales específicas en los juegos de roles, al atraer la atención del participante de forma directa al proceso y discutir las etapas de las habilidades presentadas.

Los líderes de grupo utilizan con libertad el modelado en los juegos de roles con el objetivo de presentar las habilidades sociales deseadas, que luego los clientes practican en los juegos de roles. Por esto, el aprendizaje que se da a través de la observación del comportamiento de los líderes es crucial para el éxito del entrenamiento. La fortaleza del modelado radica en que muchos clientes presentan dificultades para cambiar su comportamiento ante la retroalimentación de las otras personas, pero son capaces de cambiar el comportamiento luego de observar las habilidades modeladas por los líderes de grupo.

Reforzamiento

El *reforzamiento* se refiere a las consecuencias favorables que conlleva el comportamiento y que aumentan la probabilidad de que ese comportamiento vuelva a suceder. Se identifican dos

tipos de reforzamiento: positivo y negativo. El refuerzo positivo implica un resultado valorado o deseado reconocido por medio de elogios verbales o comida luego del comportamiento. Mientras que el negativo se refiere a la supresión o reducción de algún estímulo desagradable (crítica, un sonido desalentador). El elogio verbal por parte de los líderes y los otros participantes del grupo se utiliza en el entrenamiento para las habilidades sociales con el objetivo de reforzar tanto el esfuerzo de grupo como el desempeño de los componentes específicos de las habilidades sociales. En cada sesión, los líderes ofrecen y promueven suficiente retroalimentación sobre el desempeño de habilidades específicas para así ayudar a cada miembro a mejorar su nivel. El nivel elevado de refuerzo positivo en los grupos y el evitar con rigurosidad comentarios nocivos o críticas hace que la participación en el grupo sea una experiencia de aprendizaje atractiva y no amenazante.

El refuerzo positivo también se utiliza para alentar a los participantes en los grupos de entrenamiento para las habilidades sociales. Por ejemplo, ofrecer refrigerio o relacionar los privilegios a la asistencia al grupo promueven la participación.

Conformación

La *conformación* es el refuerzo de las etapas sucesivas hacia la meta deseada. La mayoría de las habilidades enseñadas en el entrenamiento para las habilidades sociales son muy complejas y difíciles para que los clientes las aprendan de una sola forma. Las habilidades sociales se aprenden al simplificar los factores complejos en etapas y enseñarlas de una en una.

El progreso de las habilidades sociales en los pacientes esquizofrénicos se da de forma gradual. La capacidad para conformar los cambios en las habilidades sociales de los clientes requiere que los líderes estén atentos a los cambios incluso o los más sutiles. Al ofrecer

refuerzo específico a estos cambios pequeños, se logran mejoras adicionales y se puede iniciar el trabajo con otros componentes del comportamiento. Al adoptar una “actitud de conformación” los entrenadores de las habilidades sociales admiten que los cambios en el comportamiento social ocurren de forma gradual y además ofrecen gran motivación en cada etapa del proceso.

Sobreaprendizaje

El *sobreaprendizaje* se refiere al proceso en que se practica una habilidad repetidas veces al punto de hacerla automática. En el entrenamiento para las habilidades sociales, los clientes practican las habilidades deseadas en los juegos de roles dentro del grupo y en asignaciones fuera del grupo. Sin embargo, la familiarización con una habilidad específica no es suficiente para aprenderla. El objetivo del líder es ofrecer a los miembros del grupo la mayor cantidad de oportunidades para que practiquen hasta que se convierte en una habilidad natural en las situaciones apropiadas. Por esta razón, las prácticas del comportamiento y los juegos de roles se utilizan con frecuencia en el entrenamiento para la adquisición de las habilidades sociales y para facilitar el sobreaprendizaje.

Generalización

La *generalización* es la transferencia de habilidades adquiridas de un ambiente a otro. Sin duda, para que el entrenamiento sea efectivo los clientes deben aprender habilidades sociales específicas y ser capaces de utilizar esas capacidades en sus encuentros naturales. Es por esto que los métodos para el entrenamiento se diseñan con el objetivo de maximizar la habilidad

que poseen los miembros del grupo para transferir las habilidades aprendidas en la sesión a situaciones fuera de ella.

La generalización de las habilidades se programa mediante dos métodos. En primer lugar, los miembros aprenden la habilidad en una sesión, después se les asignan tareas para que practiquen fuera de la sesión en su ambiente natural. Las tareas se revisan en las siguientes sesiones de entrenamiento. En segundo lugar, el entrenador o alguna otra persona involucrada motiva a los clientes para que utilicen las habilidades en su ambiente natural. Estas motivaciones de habilidades específicas se pueden desarrollar en el contexto de viajes planeados (tales como paseos por la ciudad) o de forma espontánea, en las ocasiones que surjan. Programar la generalización de las habilidades sociales es un ingrediente esencial en el entrenamiento que necesariamente se lleva a cabo fuera de las sesiones del grupo tradicional o con el terapeuta. Más aun, como se expondrá más adelante, el seguimiento de los aspectos de generalización requiere que alguna persona se involucre en el ambiente inmediato del cliente para asegurarse que se lleve a cabo del reforzamiento de las habilidades deseadas en el momento en que estas ocurren.

Etapas en el entrenamiento para las habilidades sociales

El entrenamiento para las habilidades sociales posee un formato estructurado por etapas específicas para la enseñanza de las habilidades interpersonales, las cuales se siguen con regularidad en las sesiones; estos aspectos distinguen el entrenamiento para las habilidades sociales de otros métodos. Las etapas son: 1. establecimiento de un argumento para aprender la habilidad, 2. explicación de las etapas que componen la habilidad, 3. modelado de la habilidad en juegos de roles y en la revisión con los clientes, 4. motivación para que el cliente

participe en los juegos de roles, 5. retroalimentación positiva, 6. retroalimentación correctiva, 7. motivación para que el cliente vuelva a actuar la misma situación, 8. retroalimentación adicional, y 9. asignación de las tareas.

A continuación se describe con detalle cada etapa. Para una mayor agilidad en la comunicación, se detalla el entrenamiento para las habilidades en el formato de grupo con dos líderes. Sin embargo, más adelante en este capítulo, también se aborda el uso las habilidades sociales en otros formatos.

Establecimiento de un argumento

Se debe establecer un argumento para motivar a los miembros de grupo a que aprendan una nueva habilidad. En términos generales, existen dos estrategias para establecerlo: el médico puede suscitar el argumento de los miembros del grupo y proveer razones de la importancia de la habilidad. Con la mayoría de los grupos, lo más eficaz es utilizar las dos estrategias.

Los miembros del grupo pueden entender la importancia de aprender una nueva habilidad al hacer preguntas. Por ejemplo, cuando se enseñan las capacidades para iniciar una conversación, el líder plantea preguntas como “¿Por qué es importante iniciar una conversación?” o “¿Cuál es la importancia de ser capaz de iniciar una conversación?” Las respuestas más comunes son: “Esa es la forma de conocer a otra persona” y “Si usted quiere tener nuevos amigos tiene que ser capaz de iniciar una conversación”. En otro ejemplo, cuando se presenta la habilidad para expresar los sentimientos positivos, el líder puede hacer preguntas como “¿Por qué es esencial expresar los sentimientos positivos?” y “¿Qué sucede cuando usted expresa sus sentimientos positivos sobre un comportamiento específico de una persona?” Estas preguntas suelen generar respuestas como “Hace que las personas se sientan

bien” y “Si usted permite que las personas sepan las acciones que a usted le agradan es probable que las vuelvan a hacer”.

Cuando se promueve el argumento de los miembros del grupo, conviene utilizar preguntas sobre las desventajas de *no* utilizar una habilidad específica. Por ejemplo, cuando se desarrolla la capacidad de elogiar a otras personas, el líder puede preguntar “¿Qué sucede si a usted le gusta mucho una persona pero nunca la elogia? ¿Cómo se puede sentir esa persona?” El preguntarle a los clientes sobre los inconvenientes de no utilizar una habilidad es otra forma de ayudarlos a ver las ventajas de aprenderla.

En la mayoría de los grupos, la importancia de aprender una habilidad social específica se aborda al hacerle preguntas sugerentes. El líder también puede ampliar las razones propuestas por el grupo u ofrecer razones adicionales. Sin embargo, en algunos grupos de clientes, las discapacidades pueden limitar su habilidad de generar razones para aprender una habilidad específica. En estos grupos, el líder debe ofrecer de forma directa el argumento y no motivarlo de los miembros del grupo.

Cuando el líder explica la importancia de una habilidad social debe ser breve. Luego, para asegurarse de que la hayan entendido, debe motivar a los clientes a parafrasearla. Los aspectos entendidos deben reforzarse y los malos entendidos deben corregirse. Después de esto, el líder continúa con las siguientes etapas del entrenamiento. La parte II ofrece una amplia variedad de capacidades que se pueden enseñar utilizando el entrenamiento para las habilidades sociales. Para cada una, se ofrece un argumento específico y un listado de las etapas que la componen.

A continuación se ofrece un ejemplo de cómo proponer argumentos para la habilidad de expresar los sentimientos desagradables.

LÍDER: Hoy vamos a trabajar con la habilidad para expresar sentimientos desagradables. Lo que quiero decir con “desagradables” es que son sentimientos difíciles o que no se siente bien tener. ¿Alguien puede darme un ejemplo?”

BOB: Estar enojado.

LÍDER: Sí Bob. El sentirse enojado o enfadado es un buen ejemplo de un sentimiento desagradable (*El líder escribe “enojo” en el pizarrón y agrega a la lista las sugerencias de los miembros del grupo*) ¿Cuáles son otros ejemplos?

JUANITA: ¿Sentirse asustado?

LÍDER: Sí, sentirse asustado, con miedo o ansioso son ejemplos de sentimientos desagradables. ¿Se les ocurren otros ejemplos?

LEONEL: Aburrimiento.

LÍDER: Tiene razón, Leonel, sentirse aburrido es otro ejemplo de un sentimiento desagradable. ¿Algún otro ejemplo?

YOKO: Cuando quiero golpear a alguien.

LÍDER: ¿Cómo se siente cuando quiere golpear a alguien?

YOKO: Fastidiado.

LÍDER: Claro, sentirse fastidiado o enojado es otro buen ejemplo de un sentimiento desagradable. Todos ustedes propusieron buenos ejemplos: enojo, ansiedad, aburrimiento. ¿Qué sucede cuando usted tiene un sentimiento desagradable y lo reprime tanto como puede?

YOKO: Se siente aún peor.

LEONEL: Uno explota.

LÍDER: Sí. Contener un sentimiento desagradable durante mucho tiempo suele hacer que uno se sienta mal. En algunas ocasiones, cuando lo reprime mucho, la más mínima situación lo va a hacer estallar. Es como la gota que derrama el vaso. ¿Qué sucede si usted se siente muy mal sobre algo, se sale de sus casillas y grita o incluso golpea a alguien?

BOB: Problemas.

LÍDER: Sí, Bob. ¿Yoko, qué sucede cuando usted pierde el control por su enojo?

YOKO: Pierdo privilegios o hago que la otra persona se enoje conmigo.

LÍDER: Un aspecto primordial, Yoko. Cuando uno expresa su enojo de manera destructiva u hostil las consecuencias son por lo general negativas. ¿Qué sucede si usted experimenta un sentimiento desagradable sobre algo y lo expresa de una forma *constructiva* a otra persona?

JUANITA: Tal vez esa persona cambie.

LÍDER: Sí, Juanita, hacer saber a una persona que lo que ha hecho nos molesta ayuda a que ella cambie su comportamiento y tal vez evite la situación en el futuro. Entonces podemos darnos cuenta de que no expresar los sentimientos desagradables o expresarlos de una forma hostil acarrea muchas desventajas y existen muchas ventajas al expresarlos de forma constructiva.

Explicación de las etapas de la habilidad

Una vez establecido el argumento para aprender una habilidad, el líder presenta y explica cada una de las etapas de la habilidad. El objetivo de fragmentar la habilidad en las etapas que la forman es facilitar el proceso de enseñanza al ayudar a las personas del grupo a concentrarse

en dar un paso a la vez. Las etapas de la habilidad deben estar por escrito y expuestas en un lugar estratégico en la sala para que los participantes las vean.

El líder explica de forma breve cada etapa de la habilidad, motivando a los miembros del grupo en la importancia de cada una y explicándola de forma directa. Al momento de explicar las etapas, el líder debe señalarlas en el cartelón o rotafolio. Esta explicación supone poco tiempo.

A continuación se ofrece un ejemplo de la explicación de las etapas de una habilidad, del mismo grupo que estaba trabajando en cómo expresar sus sentimientos desagradables.

LÍDER: Cuando aprendemos cómo expresar los sentimientos desagradables de forma constructiva, es de utilidad fragmentar la habilidad en varias etapas. La primera etapa es mirar a la persona y hablar con un tono de voz firme. ¿Por qué creen ustedes que es importante mirar a la persona?

JUANITA: Para asegurarse de que lo están escuchando.

LÍDER: Claro, hay que mirar a la persona para asegurarse que está prestando atención. ¿Por qué es elemental hablar con un tono de voz firme?

LEONEL: Así la persona se da cuenta que uno está hablando con seriedad.

LÍDER: Correcto, Leonel. Si uno experimenta un sentimiento desagradable sobre algo y lo expresa con un tono de voz débil la otra persona no se va a dar cuenta de que usted le habla con seriedad.

La siguiente etapa es decirle a la otra persona la razón de su enojo. Lo principal aquí es asegurarse de ser lo más exacto posible. ¿Por qué usted cree que eso sea necesario, Bob?

BOB: ¿Para qué la otra persona sepa por qué usted está enojado?

LÍDER: Sí. Si usted le explica a la otra persona por qué está enojado, es más fácil que ella comprenda.

La siguiente etapa es expresarle a la otra persona cómo se siente. Lo que quiero decir es que debemos decir de forma explícita: “Me sentí enojado/ enfadado/ desilusionado.” Yoko, ¿por qué cree usted que es significativo decir cómo se siente?

YOKO: Para que la persona sepa cómo se sintió usted.

LÍDER: Sí, esto ayuda a que la otra persona sepa de qué forma le afectó a usted su comportamiento. Ser lo más específico posible ayuda a que la otra persona entienda mejor.

La última de las etapas para aprender a expresar los sentimientos desagradables es proponer una forma de prever que la situación suceda en el futuro. ¿Por qué es esto esencial?

JUANITA: Porque de esa forma usted puede cambiar la situación.

LÍDER: Claro.

YOKO: ¿Pero que sucede si la persona no quiere cambiar?

LÍDER: Decirle a la persona cómo puede cambiar la situación en una forma constructiva ofrece buenos resultados. Yoko tiene razón, no funciona en *todas* las circunstancias. A pesar de eso me he dado cuenta de que si uno utiliza estas etapas es muy probable que la situación cambie. Más adelante podemos hablar de otras estrategias que se utilizan cuando uno se enfrenta a alguien que no quiere cambiar la situación.

YOKO: Bueno.

Modelaje de la habilidad en los juegos de roles

Luego de presentar las etapas los líderes modelan la habilidad en los juegos de roles. El objetivo de esta demostración es ayudar a que los participantes vean cómo se unen los

diferentes componentes de la habilidad para lograr un desempeño social eficiente. La demostración permite traducir las etapas abstractas a una realidad concreta.

Es mejor si el líder planea con anterioridad a la sesión el escenario de los juegos de roles que serán modelados en el grupo. Las situaciones de los juegos de roles deben seleccionarse de tal modo que sean de gran relevancia para los participantes, sucedan con frecuencia y que sean reales. El juego de roles debe ser corto y directo al punto. La mayoría de los juegos de roles para las habilidades básicas como expresar sentimientos desagradables, hacer peticiones e iniciar las conversaciones tienen una duración entre 15 y 45 segundos. Las habilidades más complejas como comprometerse y negociar, mantener una conversación o escuchar a los otros, requieren juegos de roles más extensos. Si el grupo lo manejan dos líderes, entonces ambos deben participar en el juego, uno representa la habilidad y el otro es su compañero. Cuando el grupo es conducido por un sólo líder, este debe elegir a uno de los participantes. En este último caso, se debe elegir a un participante para que sea el cooperador. Se debe tener en cuenta que esa persona tenga la posibilidad de responder de forma apropiada.

Antes de iniciar, el líder indica a los miembros del grupo que va a demostrar la habilidad y que ellos deben observar cuál habilidad es la que se utiliza. Luego se lleva a cabo el juego de roles. Después, el líder revisa las diferentes etapas con los miembros del grupo, al analizar cada una de las etapas desarrolladas. Luego, se les pide a los participantes una evaluación general de la eficiencia para la comunicación que representó el líder durante la interacción.

Algunas veces los pacientes esquizofrénicos se confunden cuando observan o participan en los juegos de roles. Esto puede ser ocasionado por una falta de claridad en cuanto al inicio y al final. Para ayudar a los clientes a diferenciar entre las interacciones

“fingidas” y las reales, es de mucha utilidad si el líder señala de forma explícita el comienzo y el final de cada juego de roles.

Existen varias estrategias que un líder puede utilizar para indicar el comienzo y el final de un juego de roles. Por lo general, los mejores resultados se logran a través de una combinación de estrategias. En primer lugar, el líder puede ofrecer expresiones verbales claras como “Vamos a iniciar el juego de roles.” y “Terminemos el juego de roles aquí.” En segundo lugar, el líder puede utilizar sus manos para hacer señales que indiquen el inicio y el final de los juegos de roles. Por ejemplo, formar una “T” con las manos indica que el “tiempo” se ha terminado, tal y como se utiliza en muchos juegos profesionales. Esta señal se puede utilizar para mostrar el final. En tercer lugar, el pedirle a los participantes de un juego de roles que se cambien de lugar puede aclarar el inicio y el final del juego. Por ejemplo, los dos participantes de la interacción se pueden sentar en el medio o al frente del grupo durante la representación y luego regresar a sus sitios cuando se termina el juego. En este caso, se reserva un espacio físico para la representación de la interacción. La estrategia de reposicionar a los participantes ofrece la ventaja de que añade el elemento de teatro o drama. Al incrementar la cualidad teatral, el líder atrae la atención de los clientes menos interesados o con discapacidades cognitivas. Por último, el motivar a los clientes a ponerse de pie y moverse en el salón es energizante para todos los miembros del grupo.

A continuación se ofrece un ejemplo del modelado de una habilidad.

LÍDER A: Ahora que ya hemos hablado sobre las diferentes etapas para expresar una sentimiento desagradable, queremos presentar esta habilidad en un juego de roles. Van a suponer que yo estoy viendo un programa de televisión que disfruto. A la mitad del programa,

alguien entra y cambia el canal para ver algo diferente. Sandra [Líder B] va a interpretar el papel de la persona que entra a cambiar el canal. Yo voy a expresar un sentimiento de desagrado hacia Sandra por haber cambiado de canal. Lo que quiero es que vean cuáles de las etapas de la habilidad utilizo yo (*Señala el cartelón con las etapas de la habilidad*) ¿Alguna pregunta?

JUANITA: No.

LÍDER A: Bueno (*Coloca dos sillas en el centro del grupo y una tercera frente a sí mismo para representar el televisor imaginario*). Vamos a pretender que yo estoy sentado aquí, viendo la televisión (*Señala la silla vacía que va a funcionar de “televisor”*). Imagínense que estoy viendo un juego de baseball. Sandra, quiero que vengás y cambiés de canal. Esta es tu silla (*señala la silla al lado suyo*). Empecemos el juego de roles (*Se sienta cómodo en su silla y actúa como si estuviera disfrutando de la televisión*).

LÍDER B: (*Camina hacia el televisor*) ¡Que aburrido, un programa de deportes! Quiero ver que están dando en las noticias (*Cambia de canal*).

LÍDER A: ¡No Sandra! Cambiaste el canal que estaba viendo. Me molesta cuando hacés eso sin preguntarme antes. Me gustaría que me preguntaras primero si querés cambiar lo que estoy viendo. Así, tal vez podemos llegar a un acuerdo.

LÍDER B: Lo lamento. No me di cuenta de que de verdad estabas viendo el programa.

LÍDER A: Bueno, sí lo estaba viendo. Me gustaría que pongás el juego de nuevo.

LÍDER B: Bueno (*Vuelve a poner el canal de deportes*).

LÍDER A: Vamos a detener el juego de roles aquí (*Se vuelve hacia el grupo*). Hablemos sobre lo que vieron en el juego de roles (*Señala el afiche con las etapas de las*

habilidades) ¿Cómo estuvo mi contacto visual? ¿Estaba viendo a Sandra durante la interacción?

LEONEL: Sí la estabas viendo.

LÍDER A: Claro, y ¿cómo estuvo mi tono de voz? ¿Hable con un tono firme?

JUANITA: Creo que usted sonó muy firme.

LÍDER A: Muy bien. ¿Le dije a Sandra por qué estaba molesto? ¿Fue claro el por qué yo estaba enojado?

BOB: Por cambiar de canal.

LÍDER A: Sí. ¿Le dije a ella cómo me había sentido? ¿Le exprese mis sentimientos?

JUANITA: Sí lo hizo.

LÍDER A: Yoko, ¿Cuál fue el argumento específico que le di a Sandra?

YOKO: Que estaba enojado.

LÍDER A: Sí. ¿Le di alguna sugerencia para prevenir esa situación en el futuro?

YOKO: Le dijo que le preguntara antes de cambiar el canal.

LÍDER A: Claro. En general, ¿creen ustedes que fui eficiente para expresar mis sentimientos?

BOB: Sí.

LÍDER A: Yoko, ¿soné hostil?

YOKO: No, creo que hizo un muy buen trabajo.

LÍDER A: Muy bien. Ese fue un ejemplo de cómo expresar de forma constructiva un sentimiento desagradable.

Motivación al cliente para que participe en un juego de roles

De forma inmediata después de modelar una habilidad específica se le pide a uno de los miembros del grupo que practique la misma habilidad. El líder explica que él quiere que cada uno de los miembros del grupo tengan la oportunidad de practicar. Luego se planea un juego de roles con uno de los miembros del grupo y uno de los líderes. A la persona se le dan las instrucciones y se inicia la interacción.

Cuando se presenta una habilidad por primera vez, es preferible que los participantes la practiquen utilizando la misma situación modelada por el líder. El objetivo de los juegos iniciales es familiarizar a los participantes con las etapas específicas de la habilidad y al mismo tiempo minimizar las adaptaciones necesarias para utilizarla en situaciones diferentes. Por esto, lo mejor es no modificar la situación de forma significativa en este momento. Se pueden introducir variaciones menores, como pedirle al participante que indique el programa de televisión que está fingiendo ver durante el juego de roles.

Cuando se involucra a los clientes en los juegos de roles, el líder debe comenzar con una persona que es cooperadora y más hábil. Esto permite que las personas más hábiles del grupo modelen para los menos hábiles que modelaran luego. Se recomienda ofrecer una petición directa a la persona para que participe en el juego de roles y no hacer preguntas abiertas como “¿Quién quiere participar en el juego de roles?” Es por lo general más eficiente motivar a los clientes con peticiones como “Quisiera que usted haga un juego de roles” que pedirle a ellos que tomen la decisión solos.

A continuación se presenta un ejemplo de cómo motivar a los clientes a participar en un juego de roles.

LÍDER A: Quisiera que cada uno de ustedes tenga la oportunidad de practicar esta habilidad en un juego de roles. Juanita empecemos con usted. Me gustaría que usted haga un juego con la misma situación de la televisión.

JUANITA: Bueno.

LÍDER A: Bien. Vamos a organizar la situación de la misma manera en que lo hicimos antes (*Ayuda a Juanita a poner su silla en el medio del grupo frente a una silla vacía que funciona de televisor*). Vamos a suponer que usted está viendo un programa de televisión. Juanita ¿cuál es un programa de televisión que a usted le gusta ver?

JUANITA: *Jeopardy*.

LÍDER A: Bueno, vamos a imaginarnos que usted está viendo *Jeopardy*; Sandra va a entrar en la sala y va a cambiar de canal. Cuando ella lo hace, quiero que usted le exprese un sentimiento de desagrado, utilizando las etapas de la habilidad de la forma en que yo lo hice antes. ¿Alguna pregunta?

JUANITA: Creo que no.

LÍDER A: Bien. Vamos a iniciar el juego de roles.

LÍDER B: (*Entra en la habitación y ve hacia el televisor*). Creo que quiero ver las noticias (*Cambia de canal*).

JUANITA: ¡¿Por qué hiciste eso?!

LÍDER B: Sólo quería ver un programa diferente.

JUANITA: Bueno, yo estaba viendo ese otro programa y vos lo cambiaste. ¡Volvé a cambiar de canal!

LÍDER B: Pero quiero ver algo distinto.

JUANITA: Bueno, no podés hacer eso.

LÍDER A: Vamos a detener el juego de roles aquí. Juanita, usted hizo un trabajo muy bueno. Vamos a darle la retroalimentación.

Es imperante terminar el juego de roles con un comentario corto y positivo sobre el desempeño del participante. Las deficiencias en la interacción de Juanita se señalan en la etapa en que se ofrece la retroalimentación correctiva.

Retroalimentación positiva

Después de una práctica de juegos de roles en un grupo se hace retroalimentación positiva sobre los aspectos específicos que la persona desarrolló de forma correcta. Debe encontrarse algo positivo incluso en los desempeños más pobres. Es importante motivar la participación en los juegos de roles; más aun, si el objetivo es cambiar el comportamiento, es necesario ofrecer retroalimentación positiva sobre el desempeño.

La retroalimentación positiva la pueden hacer tanto los otros miembros del grupo como los involucrados directos en el juego. Para promover la retroalimentación por parte de los miembros del grupo, es de utilidad lanzar una pregunta al final de la interacción, “¿Qué les gustó de la forma en que _____ se desempeñó?” y “¿Cuáles de las etapas de la habilidad observaron a _____ desarrollar?” De esta forma, el participante recibe la evaluación sobre los aspectos específicos de forma directa de los otros miembros del grupo. Luego, el líder complementa la retroalimentación positiva.

El líder debe asegurarse de que toda la retroalimentación que se da a este nivel sea positiva. No se da retroalimentación negativa o correctiva. El propósito de esta etapa es reforzar el esfuerzo de la persona en el juego de roles y ofrecer retroalimentación específica

del desempeño correcto. Los miembros de grupo del entrenamiento para las habilidades sociales aprenden de forma rápida que la retroalimentación positiva está antes de la negativa y correctiva, lo que pronto se convierte en una regla del grupo.

La retroalimentación positiva debe ser tan específica en cuanto al comportamiento como sea posible. Se puede referir a las etapas de la habilidad señaladas en el cartelón o cualquier habilidad no verbal y paralingüística. El líder puede conducir al grupo hacia los aspectos positivos de la interacción si el desempeño fue muy pobre y si le preocupa que a los otros miembros les sea difícil identificar algunos aspectos rescatables. Por ejemplo, se puede preguntar, “¿Qué les gusto sobre el *contacto visual* de _____?” El periodo en que se ofrece retroalimentación positiva es bastante corto, entre 30 segundos y un par de minutos. A continuación se ofrece un ejemplo de esta etapa del entrenamiento de las destrezas.

LÍDER A: (*se dirige al grupo*) ¿Qué les agradó de la forma en que Juanita se desempeño en el juego de roles?

LEONEL: ¡Dijo lo que sentía!

LÍDER A: Sí, ella dijo lo que sentía. Leonel, ¿Qué le pareció a usted el tono de voz de Juanita? ¿Usted cree que ella fue firme?

LEONEL: Sí, fue bastante firme.

LÍDER A: ¿Y qué tal su contacto visual? Yoko, ¿Juanita miró al Líder B mientras hacía el juego de roles?

YOKO: Sí, ella lo estaba mirando.

LÍDER A: Correcto. Juanita, usted habló bastante firme y tuvo contacto visual durante la interacción. Bob, ¿Juanita fue clara en lo que la había molestado?

BOB: Creo que sí.

LÍDER A: ¿Por qué estaba molesta?

BOB: No le gustó que el Líder B cambiara de canal.

LÍDER A: Claro (*se dirige a Juanita*) Usted hizo un buen trabajo. El contacto visual y el tono de voz dejaron ver que estaba molesta porque el Líder B cambió el canal mientras usted estaba viendo televisión.

De la misma forma en que el líder debe velar porque la retroalimentación sea específica y genuina, este debe cuidarse de “evadir” cumplidos al utilizar frases como “algo bien” y “no tan mal”.

Informe de investigación

Introducción

Presentación general

La presente propuesta se basa en una traducción de divulgación médica, específicamente del campo de la psiquiatría, área que hasta el momento ha sido poco traducida en Costa Rica. El libro *Social Skills Training for Schizophrenia*² no tenía traducción al español. Debido a su importancia en el ámbito de la investigación en este campo, la traducción del mismo puede considerarse de gran utilidad y apoyo. Para efectos de este proyecto se tradujeron los primeros dos capítulos y medio de la primera parte del manual ya que es donde más claramente se presenta la teoría y la funcionalidad del texto.

El libro es el resultado del trabajo en conjunto de cuatro psiquiatras que se propusieron elaborar una guía para quienes trabajan con esquizofrénicos. La obra recopila las experiencias de los autores en la enseñanza de las habilidades sociales a pacientes esquizofrénicos y en la capacitación a otros médicos para que se desempeñen de forma eficiente con sus propios clientes esquizofrénicos. Por sus componentes, el texto se puede describir como un manual especializado para las sesiones del terapeuta con su cliente. La información expuesta en este texto está segmentada de la siguiente manera: En la primera parte se presentan los métodos y principios para el entrenamiento en las capacidades sociales. Los distintos capítulos guían al médico en la evaluación, introducción y consolidación de las habilidades sociales, el trabajo en grupo, los problemas más frecuentes y las necesidades individuales. En esta sección se

² Bellack, Allan, Kim Mueser, Susan Ginderich y Julie Agresta. *Social Skills Training for Schizophrenia*. (Nueva York: Guilford Press, 1997).

explica por qué se debe entrenar a los pacientes esquizofrénicos en las habilidades sociales y cómo se pueden evaluar los resultados de esa capacitación. Además se describen los lineamientos para tener el éxito deseado y las estrategias del proceso de enseñanza, tales como el modelaje, los juegos de roles y la retroalimentación correctiva, entre otras. Aquí se establece la base teórica para el posterior trabajo con los pacientes. En la segunda parte, se ofrecen 48 planes de trabajo para la enseñanza de las habilidades sociales. Además, se incluyen apéndices que plantean algunos lineamientos para los líderes y los miembros de los grupos de terapia, fórmulas de evaluación y otros materiales útiles para el trabajo clínico del psiquiatra. Esta sección es una guía útil para la conducción de sesiones de grupo que tengan como objetivo el desarrollo de habilidades sociales específicas. Esta parte del libro está dirigida a los especialistas; sin embargo, el objetivo primordial es la aplicación en las sesiones de trabajo con los pacientes.

Antecedentes y justificación

El texto elegido cumple con los requisitos establecidos para el desarrollo del Proyecto de Graduación en la medida en que, como lo hemos indicado antes, no existe ninguna traducción del texto al español. Además, según la investigación de un grupo de psiquiatras que se dedican a realizar estudios en este campo³, en español no hay manuales similares en el mercado librero costarricense. Hay material en cuanto a las habilidades sociales y el abordaje del trastorno de la esquizofrenia, pero no existe aún un texto que proporcione técnicas claras sobre cómo lidiar con el desarrollo de las habilidades sociales en personas que sufren este padecimiento como sí lo hace la obra en cuestión.

³ Instituto de investigaciones sobre esquizofrenia y la salud mental.

Desde el punto de vista traductológico, la característica más relevante de este texto es su naturaleza híbrida. Dos aspectos donde se refleja tal naturaleza son el léxico y las formas de tratamiento personal. El léxico presenta, por un lado, términos técnicos específicos de la psiquiatría y, por el otro, vocabulario común que se utiliza en relación con los pacientes esquizofrénicos. Las formas de tratamiento, a su vez, oscilan entre lo formal y lo informal. Esto se manifiesta en la traducción en el uso alternado del ustedeo y del voseo: el primero en las referencias a la relación formal entre el terapeuta y el paciente, y el segundo en los diálogos que recrean el entorno familiar del paciente mediante el terapeuta mismo. En este estudio, se abordarán de manera integral tanto el fenómeno léxico como el de las diferentes formas de tratamiento, con el fin de mostrar que su presencia es la misma: la presencia de dos tipos de interlocutores. Además se argumentará que las decisiones tomadas en la traducción respecto al léxico y las formas de tratamiento obedecen a nuestro reconocimiento (consciente o inconsciente) de esta duplicidad de interlocutores. El aporte de esta investigación será contribuir con el estudio de los textos híbridos, en particular, con el enfoque textual de las traducciones en general. También, en otro plano se ofrecerá un glosario que recopila los términos técnicos de este texto como contribución lexicográfica al campo específico de la psiquiatría.

Problemas principales

Como se ha mencionado anteriormente, en el proceso de traducción se encontraron varios problemas, de los cuales cabe resaltar los de índole lexicográfica y los requerimientos del sistema de tratamiento pronominal. En primer lugar, debido al carácter de manual práctico, se encontraron varios cambios en el registro a lo largo del texto. Para reflejar estos cambios en

el texto meta, fue necesario analizar y evaluar varios términos tanto especializados como comunes con el fin de lograr un efecto equivalente de cambio de interlocutor, y a la vez, expresar el grado de cercanía o distanciamiento con el paciente. En segundo lugar, surgió el problema de los cambios y las diferencias entre los sistemas pronominales de las dos lenguas en cuestión. El carácter híbrido del texto reside en la diferencia que existe entre la relación del paciente con el terapeuta y la relación del mismo paciente con sus familiares o amigos, por ejemplo. El reto de mantener esta característica en el texto traducido implicó un análisis detallado de las formas pronominales del español y sus funciones locales, es decir en Costa Rica.

Hipótesis

Con base en lo anteriormente expuesto, se trabajará con la hipótesis de que el carácter híbrido del texto original es consecuencia de la duplicidad de los interlocutores: el terapeuta quien es el interlocutor directo, y sus pacientes quienes serían los interlocutores indirectos. Las decisiones a nivel lexicográfico y morfosintáctico reflejan la presencia de estos interlocutores tanto en el texto original como en la traducción.

Objetivos generales y específicos

Con esta investigación se espera abarcar dos áreas importantes, para lo cual se plantean los siguientes objetivos:

Argumentar a favor de que la presencia de varios interlocutores puede ser la causa del carácter híbrido de un texto.

1. Analizar las características lexicográficas del texto original y su representación en el texto meta.
 - a. Elaborar un glosario de los términos más especializados.
 - b. Evaluar la adaptación de los términos especializados en la lengua meta.
 - c. Distinguir la presencia de diferentes interlocutores tanto en el texto original como en la traducción planteada.
 - d. Clasificar los términos de acuerdo con el lenguaje de los distintos interlocutores.
 - e. Establecer la relación entre los términos y los interlocutores.
2. Analizar el uso de las formas de tratamiento en relación con la formalidad e informalidad del texto.
 - a. Analizar la función de familiaridad y cercanía entre los interlocutores en el texto original y el texto traducido.
 - b. Probar que el uso del voseo en la lengua meta ayuda a reproducir la presencia de los distintos interlocutores en la lengua meta.

Estructura general

El trabajo constará, además de este capítulo introductorio, de cuatro capítulos más. A continuación se presenta un capítulo de marco teórico que respalda el desarrollo de la investigación. El primer capítulo de desarrollo abarcará las consideraciones en cuanto al área lexicográfica y el segundo incluirá las observaciones sobre los aspectos del tratamiento personal empleado en la traducción. Finalmente, se reservará un capítulo para las conclusiones

sobre la relación entre los fenómenos investigados, sus causas textuales y el carácter híbrido del texto. Como anexo se incluirá el glosario de términos especializados del campo.

Capítulo I: Consideraciones teóricas

En este primer capítulo se presentan algunas consideraciones básicas necesarias para el desarrollo del informe de investigación. Para la presentación de los diferentes conceptos, esta primera parte del trabajo se dividió a su vez en tres secciones. La primera recoge los aspectos sobre la esquizofrenia, las características de las personas que sufren esta enfermedad y la terapia y el papel del terapeuta. En la segunda sección, que sirve como puente para la primera y la tercera parte, se presenta el acto comunicativo, aquí se exponen los elementos de la comunicación y el acto comunicativo de la terapia. Finalmente, se presentan los aspectos lingüísticos que incluyen las consideraciones sobre el texto híbrido, el léxico y el voseo.

1.1. La esquizofrenia

En primer lugar es importante definir con claridad la esquizofrenia ya que es el tema sobre el cual gira la discusión del texto original y por ende de la traducción propuesta. Además, por la naturaleza del texto, es imprescindible aclarar el papel de la terapia y del terapeuta, ya que la estructura misma del libro refleja por su parte la estructura de trabajo que debe seguir un terapeuta en el proceso con el paciente, quien, en este caso, es el receptor del texto y al que se debe adecuar el contexto para obtener el resultado deseado por el médico. La presencia tanto del médico como del paciente en el texto ocasiona que este sea de carácter híbrido y que existan elementos de textualidad específicos como el léxico y el voseo en la gramática que dejan claro quién es el interlocutor a cada momento del desarrollo de la terapia. La esquizofrenia es una enfermedad mental que ocasiona un trastorno en las relaciones sociales, familiares y labores de las personas que la sufren. Este concepto de locura se ha

conocido por años. En 1887, la esquizofrenia fue clasificada como una enfermedad mental por Kraepelin, quien llamó al trastorno 'dementia praecox' (demencia precoz), para distinguirlo de otras formas de demencia como el Alzheimer, que ocurre en etapas más tardías en la vida de las personas. El término “esquizofrenia se deriva de las palabras griegas 'schizo' (dividido, escindido) y 'phrenos' (mente), y fue acuñado por Eugene Bleuler para referirse a la falta de interacción entre los procesos cognitivos y las percepciones” (Ángstrom, 1991, mi traducción). Con el nombre 'esquizofrenia', Bleuler pretendía expresar la separación de funciones existente entre personalidad, pensamiento, memoria y percepción. En la primera mitad del siglo veinte, la esquizofrenia era considerada por la mayoría como un “defecto hereditario”, y los esquizofrénicos fueron el objeto de los programas de estudio de muchos países.

Según estudios (DSM IV, 2001), la esquizofrenia se inicia por lo general durante la adolescencia y tiende a evolucionar hacia la cronicidad. Hasta el momento no existe un tratamiento curativo, por lo que los síntomas se controlan con el uso de antipsicóticos.

En su mayoría, los esquizofrénicos no logran obtener un nivel profesional elevado ni llegan a tener experiencia laboral, debido a su frecuente cambio de trabajo, ya sea porque renuncian o porque los despiden a causa de un mal desempeño. El resultado de esta situación es la dependencia económica de sus familiares.

La esquizofrenia abarca

un grupo de trastornos que producen distorsión en los pensamientos y en la percepción. Los pensamientos parecieran estar mezclados o cambian bruscamente de un tema a otro. La percepción puede distorsionarse más allá de la realidad, haciendo que las personas oigan o vean cosas que no están allí. (DSM IV, 2001).

Las personas con esquizofrenia tienen períodos de remisión y de recaída. Existe la posibilidad de que vivan períodos sin ningún síntoma, sin embargo, como es una enfermedad crónica, necesitan de atención médica constante.

Es importante aclarar que las personas con este trastorno

no atrajeron la enfermedad hacia sí inclinándose hacia grupos o intereses "equivocados." Y al contrario de la creencia apoyada por las películas, la televisión y los libros, es más probable que las personas que padecen de esta enfermedad se recluyan en un aislamiento o pasen a ser víctimas de un crimen en lugar de hacer daño ellos mismos a otros (DSM IV, 2001).

La esquizofrenia es una enfermedad muy difícil de manejar porque puede causar impedimentos devastadores, pérdidas emocionales y económicas y la necesidad de obtener tratamiento médico y apoyo intensivo.

1.1.1 Características de los esquizofrénicos

Debido a la enfermedad, se pueden presentar dificultades en las relaciones interpersonales lo cual lleva al aislamiento. Los esquizofrénicos prefieren quedarse solteros, ya que algunas veces no son capaces de afrontar las responsabilidades y obligaciones propias de una relación. También presentan poco interés por algunos contextos sociales, debido al temor a situaciones amenazadoras o desconocidas. Durante una conversación, las personas esquizofrénicas se muestran distraídas, con una mirada vaga y muy poco contacto visual. Su apariencia a menudo es descuidada. Existen incongruencias en sus narraciones debido a la presencia de las disgregaciones que son el resultado de incoherencias en las ideas, o ideas delirantes, que

pueden ser de tipo paranoide, místico, religioso, de grandeza, de influencia extraña, de despersonalización o de desrealización. Las personas que sufren de esquizofrenia pueden creer que alguien puede escuchar sus pensamientos o controlar sus sentimientos, acciones o impulsos. (DSM IV, 2001)

1.1.2 La terapia y el papel del terapeuta

La psicoterapia y otras terapias de apoyo proporcionan respuestas emocionales y prácticas a las enfermedades como la esquizofrenia cuando se utilizan en conjunto con un medicamento.

Existen distintos tipos de terapias que se deben utilizar en las distintas etapas del entrenamiento de los esquizofrénicos en áreas como las habilidades sociales (Diamond, 2003).

- La psicoterapia individual ayuda a los pacientes a comprender sus emociones y hacer frente a sus problemas con más confianza y en una forma más sana.
- La terapia de grupo les permite a los pacientes aprender a actuar socialmente y obtener apoyo emocional en tiempos difíciles, al mismo tiempo que ellos le brindan apoyo a los demás.
- La terapia ocupacional ayuda a los pacientes a volver a realizar sus tareas diarias y rutinas, que podrían haberse visto interrumpidas debido a la enfermedad mental.
- La terapia de actividades se concentra en los problemas a través de actividades recreativas y de grupo.

Es importante destacar y aclarar el papel del terapeuta. Existe lo que los investigadores han denominado una *Alianza Terapéutica*. Freud, en "Análisis Terminable e Interminable" (1913) se refiere a la relación entre terapeuta y paciente como una forma de transferencia positiva. Más adelante se introduce el concepto de Alianza Terapéutica, la cual se explica como una disociación del yo en la que se distingue una parte que colabora con el terapeuta, y está ligada a la realidad y otra parte que se opone, que es la instintiva y la defensiva. Esto es un modo de cooperación real y estable de la relación terapéutica que protege contra la regresión excesiva y moviliza partes del yo. Esta situación es un fenómeno de transferencia relativamente racional que depende del paciente, del terapeuta y del vínculo que se logre entre ambos. A partir de esto, la Alianza Terapéutica se refiere a (Dossier, 1997):

- 1) el desarrollo del vínculo entre terapeuta y paciente;
- 2) el acuerdo en los objetivos del tratamiento; y
- 3) el acuerdo en relación a las responsabilidades y a la explicación de la relación entre esas responsabilidades y los logros del paciente.

En la terapia se distingue una fase inicial en que se establece el vínculo, y el terapeuta es visto como un recipiente. Más adelante se trabaja en conjunto paciente y terapeuta hacia un objetivo común. Esta situación define a la Alianza Terapéutica como un proceso dinámico, en el que tanto el paciente como el terapeuta deben ser activos para lograr un mejor desempeño, en este caso en las habilidades sociales del individuo que presenta la enfermedad.

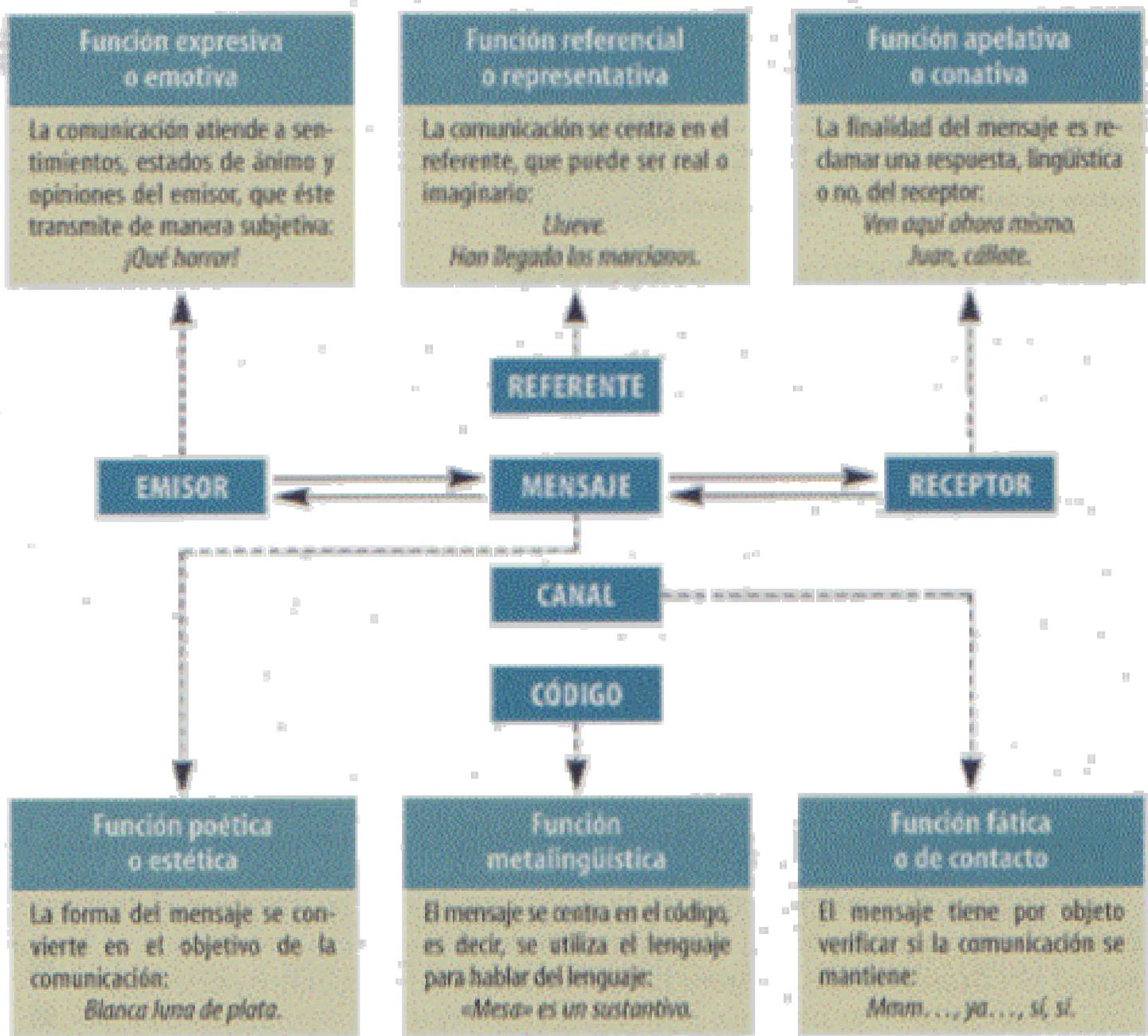
1.2 Acto comunicativo

La comunicación es el acto mediante el cual un individuo (ser humano, animal u objeto) establece un contacto con otro u otros, con el fin de transmitir información determinada. La realización de un acto comunicativo puede tener distintos propósitos, tales como la transmisión de información, o la manifestación de los propios estados o pensamientos. Para esto intervienen en un proceso de comunicación varios elementos:

- a. Emisor: persona que produce el acto de comunicación.
- b. Referente: realidad extralingüística a la que se refiere el mensaje comunicativo.
- c. Código: conjunto de signos y de reglas de construcción.
- d. Mensaje: resultado de la codificación, o conjunto de informaciones que se transmiten.
- e. Canal: medio físico por el que circula el mensaje.
- f. Receptor: persona que descodifica y recibe el mensaje.

1.2.2 Elementos de la comunicación

En todos los procesos de comunicación, la intención principal es hacer llegar un determinado contenido a un receptor. Además de esa función esencial, el uso del lenguaje puede desempeñar muchas otras funciones, como estableció Roman Jakobson en el siguiente esquema.



Jakobson, en su teoría, establece que la función principal del lenguaje es la de comunicar y que los actos comunicativos no manifiestan necesariamente una única función; por el contrario, lo común es que existan varias mezcladas, aunque una predomine sobre las otras.

1.2.3 El acto comunicativo

Es importante recordar que un texto es más que un simple conjunto de palabras. “Un texto es un acto comunicativo que se puede realizar mediante una combinación de signos verbales y no verbales” (Nord, 1991, mi traducción). Cada texto se da dentro de un contexto y con una intención específica, en donde tanto el emisor como el receptor tienen un papel, y su meta es lograr adecuar el mensaje de tal forma que ambas partes se entiendan y de esta forma se dé el proceso comunicativo. De aquí que Vermeer asegure que:

Si el emisor se quiere comunicar, debe adecuarse a la personalidad del receptor, o para ser más preciso, debe adaptarse al role que él considera que el receptor espera de él. (Vermeer 1972, mi traducción)

Es por esta razón que el texto no tiene una función sino hasta que el receptor se la asigne, y como es la función, además, producto de la intención, esta es provisional hasta el momento en que llegue al receptor. Entre los elementos del acto comunicativo es entonces el receptor el que completa la situación y define la función del texto.

1.3 Elementos lingüísticos

1.3.1 Texto híbrido

Los textos se clasifican de diversas maneras. En primer lugar, se encuentra el criterio de clasificación según el área de estudio al que pertenecen, como por ejemplo textos periodísticos, religiosos y científicos entre otros (Crystel y Davy, 1969). Otra forma de tipificación es con base en el campo como objeto de estudio y el discurso a nivel institucional (Beaugrande y Dressler, 1981). Sin embargo, ya que en su mayoría los textos no representan

solamente un tipo surge una combinación que resulta ser de gran importancia para estudios investigativos. Se puede entonces decir que la función de un texto es definida por los elementos del acto comunicativo y la cantidad de receptores que tenga puede conducir a un texto híbrido. Según Hatim y Mason (1995) los distintos propósitos que tenga un texto se consideran “dominancias” de un objetivo específico o de un aspecto contextual. Para que el texto sea híbrido debe existir una unidad de la cual se desprenden algunos cambios en el registro del emisor tanto a nivel léxico como gramatical. Estos cambios se pueden clasificar también de acuerdo con las distintas funciones que desempeñan cada una de sus unidades. Esto lo definen Beaugrande y Dressler (1981) cuando establecen que:

Algunos tipos textuales podrían definirse sobre bases funcionales, esto es, de acuerdo con la participación de los textos en la interacción humana. Al menos podríamos identificar algunas dominancias. En numerosos textos encontraríamos en realidad una mezcla de funciones.

De aquí, que es de gran relevancia el papel que juega la relación del texto con el público para el que fue escrito, quien es al final quien le va a dar sentido y va a hacer que se cumpla el propósito para el cual fue creado. Esto lo aclaran Hatim y Mason (1995) cuando proponen que:

...de manera sutil y extremadamente compleja, un texto cambia de un tipo a otro y, en consecuencia, pasa a estar al servicio de otro propósito, conservando al menos algunas propiedades del tipo original.

Esto aclara que aún cuando los textos pertenezcan a un tipo específico incluyan algunas características de otros tipos. Sin embargo, el hecho de que conserven características del tipo original hace que el paso de un tipo al otro resulte tan sutil que se vuelve incluso difícil de percibir. Esto no hace que estos textos dejen de ser híbridos, al contrario, son grandes exponentes de la naturaleza híbrida de los textos.

1.3.2 Elementos de textualidad

i. Léxico

Formal e informal

El discurso se clasifica de acuerdo con el propósito que tenga, así un texto puede llegar a ser formal o informal, común o especializado. Halliday planteó una categorización “desde una perspectiva socio-comunicativa” (Varó, 2000). De aquí que de acuerdo con la relación entre los interlocutores, se puede establecer la elección del vocabulario y su justificación. Cuando se habla de vocabulario relacional se debe tener en cuenta que “para que la función de los elementos estilísticos sea la apropiada” (Nord, 1991) se deben analizar las características del receptor. Por esto es que un texto presenta variables extra lingüísticas que obedecen “al tipo de ocupación o profesión en la que (los interlocutores) se encuentren”. (Cristal, 1991).

Existen varias formas de establecer el tipo de léxico empleado en un texto. Ente los factores para definir la formalidad o informalidad de un texto Nord (1991) menciona la complejidad de las oraciones, la subordinación de las mismas, su largo, el uso de la perspectiva funcional, y los mecanismos de cohesión utilizados en el texto. Otra variación es la establecida por Trudgill (1992), quien establece que los estilos de los textos se definen como variedades del lenguaje desde el punto de vista de la formalidad. Por último, otra propuesta para el análisis del nivel de formalidad de un texto es la de Joss (1961), que será la empleada en este trabajo. El cual estableció una escala de formalidad de cinco niveles que se establecen a continuación:

- a. Muy formal, rígido
- b. Formal

- c. Neutral
- d. Informal
- e. Muy informal, casual, familiar

El primer nivel es el que representan los textos escritos que no cambian a través del tiempo o cambian muy poco y que a menudo contiene arcaísmos; un ejemplo es el lenguaje utilizado en la Biblia (Joos, 1991). Por su parte el nivel formal emplea vocabulario técnico, es estricto con la semántica al utilizar definiciones exactas. El lenguaje neutral es un estandarizado en el que no se utilizan ni términos técnicos ni populares. En el cuarto nivel, el informal, se incluyen las variaciones regionales. Por último, en el muy informal se encuentra el uso de vocabulario popular, las palabras por lo general tienden a ser más cortas y la gramática no es necesariamente la correcta, además se suelen utilizar algunas de las frases más modernas acuñadas por regiones.

ii. Gramática

El voseo

En algunas variantes del castellano americano es frecuente el uso del pronombre “vos” con su respectiva forma verbal. Anteriormente, el voseo se utilizaba sólo como tratamiento propio de nobles. A finales del siglo XVI el voseo pasó a América y se implantó en varias zonas como forma popular de tratamiento para la segunda persona del singular, pero perdió sus connotaciones de prestigio (Rona, 1997). Poco a poco, el uso del vos deja de “implicar autoridad o poder, en una relación de abajo hacia arriba, lo que implica que alguno tiene más autoridad, y se empieza a utilizar en la dirección contraria: de arriba hacia abajo es decir, para

aquellos colocutores que tienen igual o menor autoridad” (Rona, 1997), lo cual brinda cercanía entre los interlocutores.

En Costa Rica, como en algunas zonas de América del Sur, el voseo “contiene con el ‘ustedeo’, es decir, el empleo del “usted” en situaciones de confianza; por ejemplo, en Costa Rica, los niños en la escuela se tratan entre sí de usted” (Carricaburo, 1997). Es, según Quesada, hasta en la última década en que el vos se ha empezado a utilizar en algunos textos escritos, motivados en su mayoría por artículos comerciales, en los que por el propósito de cercanía se utilizan estrategias específicas para atrapar a las personas y evocarles su ambiente más familiar.

El siguiente capítulo abarcará las consideraciones sobre el aspecto léxico en el acto comunicativo de la terapia con esquizofrénicos.

Capítulo II: El aspecto léxico en el acto comunicativo de la terapia con esquizofrénicos

En este primer capítulo de análisis, se van a estudiar los aspectos a nivel léxico que contribuyen a que el texto original sea de naturaleza híbrida. Además se analizarán las alternativas planteadas en la traducción al español, las cuales buscan producir un efecto equivalente al que tiene el texto de la lengua y la cultura original en el texto traducido a la lengua y la cultura meta. También, en este capítulo se presentarán los patrones del cambio de registro que dan pie a las alternativas en el texto traducido.

2.1 Características del texto original

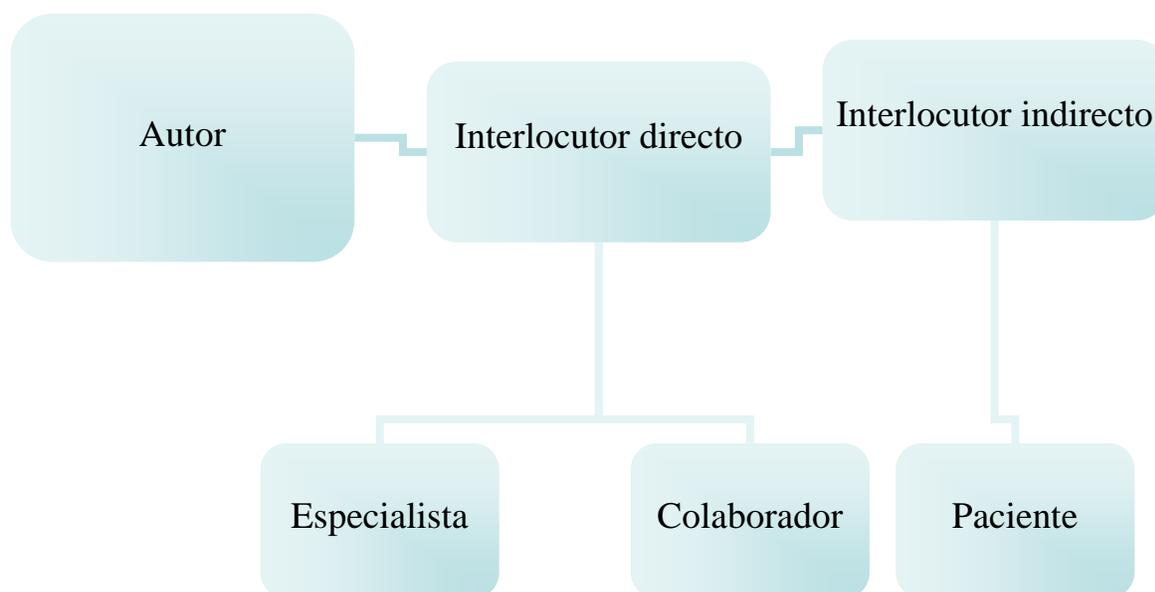
2.1.1 Naturaleza del texto

Como hemos señalado anteriormente, el texto *Social Skills Training for Schizophrenia* es una guía para profesionales en el área de la psiquiatría, más específicamente para quienes trabajan con pacientes esquizofrénicos.

Debido a que la audiencia del texto se compone de los especialistas, se utilizan términos especializados y específicos. Sin embargo, en los momentos en que se presentan las situaciones hipotéticas de la terapia en sí, el léxico empleado es común y no especializado. Esto provoca que exista un cambio de registro constante en el texto.

Son estas razones las que hacen que el texto de Bellack sea un manual de naturaleza híbrida, en donde los distintos interlocutores definen la variación léxica y sintáctica que caracteriza al texto. Estos interlocutores se pueden observar esquematizados en el siguiente cuadro.

Cuadro 1.1

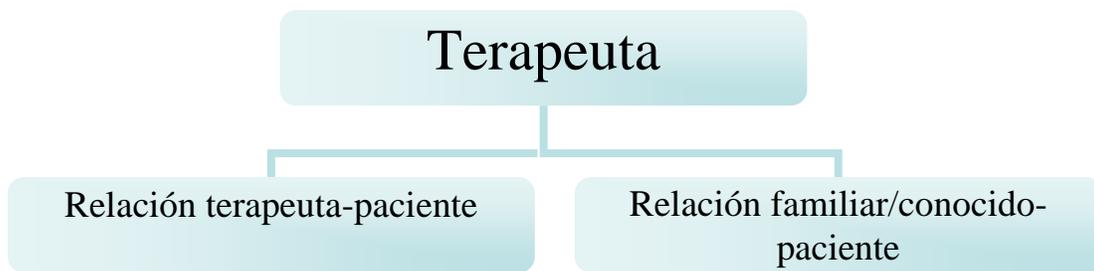


De aquí que, al autor tiene dos interlocutores distintos. El primero es directo, quien en este caso es el médico o especialista que trabaja directamente con el manual y al que el autor se dirige en sus explicaciones teóricas. Más aun, este primer interlocutor cumple con dos funciones dentro del texto. En primer lugar, es el terapeuta especialista que recibe la información teórica especializada. De ahí que el lenguaje sea especializado y el registro formal. En segundo lugar, es en algunos momentos el “colaborador” que ayuda a reproducir el entorno del paciente mismo. Por lo que el lenguaje es “común” y el registro más neutro o

informal. Por otra parte, el interlocutor indirecto es el paciente, quien está presente a través de las situaciones hipotéticas planteadas en la segunda parte del libro.

Esta estructura plasmada en el libro, en que existen varios interlocutores y situaciones de relación, es lo que lo convierte en un texto híbrido. Más aun, esta híbridos obedece fundamentalmente a la estructura comunicativa del proceso mismo de la terapia. En la estructura terapéutica, el especialista debe cumplir con una duplicidad de funciones. Estas funciones se ejemplifican en el siguiente cuadro.

Cuadro 1.2



Aquí se puede observar que el especialista cumple con dos roles distintos durante el proceso de trabajo: existe una relación en la que el terapeuta es quien brinda ayuda al cliente cuando éste lo requiere. Por otro lado, en el transcurso de la terapia, en la medida en que ésta resulta eficaz, el terapeuta también se desempeña en el rol de algún familiar, amigo o conocido

del paciente y deja la otra relación de lado para lograr ayudar a su paciente a resolver las situaciones de la vida cotidiana que le causen mayor problema. Entonces, la estructura del libro provoca la hibridación del texto, la cual, a su vez, obedece al reflejo que se hace del proceso comunicativo terapéutico mismo.

2.2 Relación entre el léxico formal y el informal

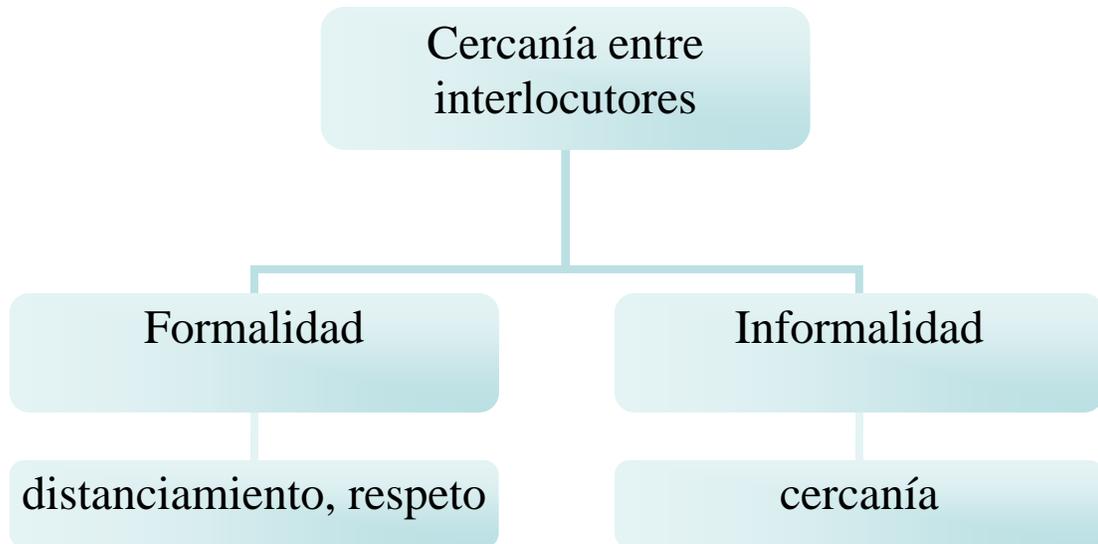
La elección entre el léxico formal e informal tanto en el texto original como en la traducción, refleja la relativa cercanía entre los interlocutores. El léxico formal lo definimos como todo aquel vocabulario que se utiliza en situaciones específicas en que mediatiza la especialización en determinado campo del saber, que alude al uso de expresiones correctas, completas y a estructuras más elevadas que las normalmente empleadas en el lenguaje cotidiano. Mientras que el léxico informal, es por su parte el empleado en situaciones en que el uso correcto, o de expresiones incompletas no van a causar un quebrantamiento en la relación de los interlocutores, sino más bien, los va incluso a acercar más. Por ejemplo, al hablar con su compañero de habitación, un joven no utiliza el mismo vocabulario que usa para dirigirse a su jefe. El siguiente cuadro muestra algunos tipos de relación y la aceptación que se da del léxico formal o informal en situaciones específicas que impliquen a estos interlocutores.

Cuadro 1. 3

| Relación | Léxico formal | Léxico informal |
|-----------------|----------------------|------------------------|
| amigos | | √ |
| hermanos | | √ |
| padres | √ | |
| jefe | √ | |
| desconocido | √ | |
| terapeuta | √ | |

Este cuadro muestra que el cambio de registro obedece a situaciones sociales específicas. Sin embargo, este cambio se convierte en un indicio de la confianza y cercanía que existe entre los interlocutores. Si el léxico que se emplea es formal, esto indica que existe distanciamiento o respeto entre los dos interlocutores. Por el contrario, si se da la informalidad en el texto, es porque existe cercanía entre los interlocutores. En este último caso, el respeto no es un marcador importante porque la relación es de iguales, en donde no existe autoridad de ninguna de las dos partes, tal y como ocurre en el caso de dos amigos de la misma edad. Esto se observa más claramente representado en el siguiente cuadro.

Cuadro 1.4



Esta cercanía o distanciamiento entre los interlocutores se puede analizar en el texto de Bellack, cuando ocurre la duplicidad de los roles del terapeuta. En las situaciones en que el terapeuta se desempeña como médico que brinda un servicio su relación con el paciente es totalmente formal, como se puede ver en el siguiente ejemplo.

(1) Ejemplo:

Texto original⁴ (TO)

CONFEDERATE: "You and I will be acting out several situations that might happen to you in real life. The instructions for acting them out are on this

⁴ En adelante TO.

tape. Listen carefully as I play it for you. After the instructions, there will be a chance for you to ask me questions about what we will be doing” (p. 31).

Texto traducido⁵ (TT)

COLABORADOR: “Usted y yo vamos a reproducir varias situaciones que podrían suceder en la vida real. Las instrucciones se encuentran en este cassette. Escuche cuidadosamente. Después de las instrucciones tendrá tiempo para formular preguntas sobre lo que vamos a hacer” (p.46).

En esta sección, el terapeuta utiliza un registro formal representado por los términos subrayados. Estos términos tienen un significado directo y transparente y son los que con frecuencia se utilizan en instrucciones, lo cual los convierte además en términos estandarizados. Aún cuando la sintaxis sea sencilla, existe un distanciamiento evidente con respecto del paciente. Sin embargo, un cambio en el registro que emplea el terapeuta indica que está desempeñando un rol de alguna persona más cercana en la vida del paciente, tal y como se muestra en el siguiente ejemplo.

(2) Ejemplo:

TO

- “I really like having you live at home.”
- “I would really miss you if you moved out.”
- “It’s just that I like having you live here with me” (p.33).

⁵ En adelante TT.

TT

- “Me encanta que vivás en la casa”.
- “Te voy a extrañar mucho si te vas”.
- “Lo que pasa es que me gusta que estés aquí conmigo” (p.48-49).

Las palabras subrayadas en este ejemplo, ayudan a establecer la cercanía que existe entre los dos interlocutores. Ya que reflejan una relación determinada que por lo tanto necesita de léxico flexible en lugar del estandarizado. En este caso se trata de una madre hablándole a su hijo que se quiere cambiar de casa; por lo que las expresiones que ella utiliza son cotidianas. Esto hace que sea un texto informal, que aunque está escrito, refleja más el lenguaje oral.

Entonces, la relación que existe entre el texto formal y el informal, representa al interlocutor y el rol en el que está desempeñando en esa situación específica.

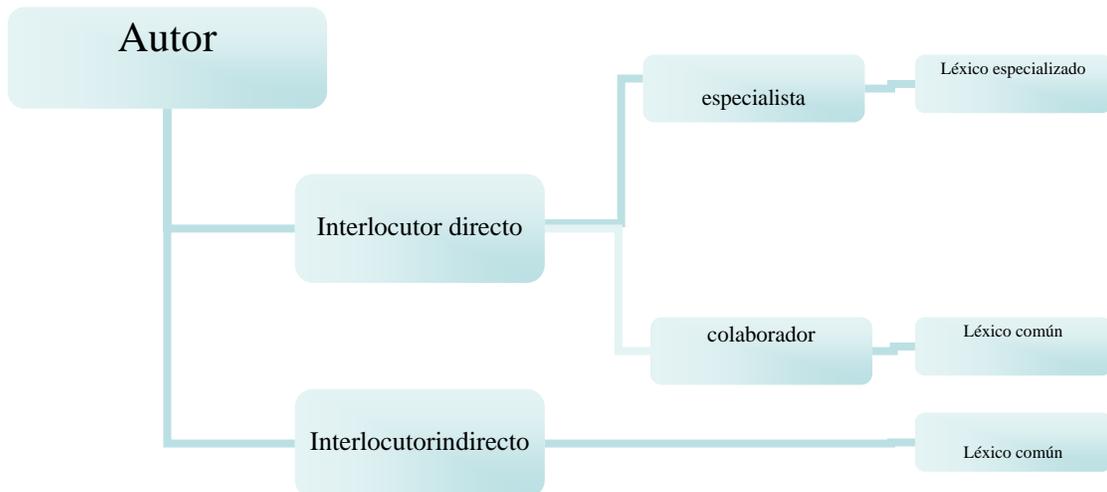
2.3 Aspectos léxicos que indican la presencia de los diferentes interlocutores en el texto original y la traducción

2.3.1 Análisis de léxico en relación con los interlocutores

Debido a la naturaleza del texto traducido, el acto comunicativo y sus distintos interlocutores están claramente establecidos. Esta característica se distingue mediante la elección léxica y sintáctica del documento. El cambio de registro constante que ocurre en el

texto original, se debe a la presencia de los dos interlocutores. Esto se esquematiza en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. 5



Sabiendo que una de las necesidades básicas de los pacientes esquizofrénicos es que el ambiente en que se desenvuelven sea lo menos cambiante posible, el doctor debe procurar introducirse sutilmente en la vida del esquizofrénico para así lograr modificar su conducta desde la realidad del entorno familiar del paciente y no desde afuera, en su relación con él como doctor. Para lograr este objetivo, el texto original recurre a la utilización de términos cotidianos en las situaciones que representan el entorno del paciente. Tal es el caso en la siguiente sección del texto traducido.

(3) Ejemplo:

TO

Situation: You've had your friend Joe come over to your house a couple of times. But after his last visit, you mother said she didn't like having him in

the house because he smoked. Joe is the only friend that you feel comfortable with and can talk to easily. You ask your mother if Joe can come over this afternoon (p.35-36).

TT

Situación: Su amigo Joe ha venido a visitarlo en varias ocasiones; sin embargo, en la última visita su madre dijo que no le gusta que Joe esté en la casa porque fuma. Él es el único amigo con el que usted se siente cómodo y con el que puede hablar fácilmente. Le preguntó a su madre si puede venir en la tarde (p.52).

En este ejemplo, se puede ver como el psiquiatra está dando una instrucción al paciente, por lo tanto utiliza el léxico formal, que indica la relación paciente terapeuta, donde el terapeuta cumple la función de médico.

(4) Ejemplo:

TO

“The smoke really bothers me.”

“The smoke gets in the furniture and smells up the whole house.”

“The smell of the smoke stays in the house for days.”

“It’s not just smoking. I think Joe is a rude guy.”

“He was so impolite the last time he was here.”

“I’m worried that Joe is not a good friend for you” (p.36).

TT

“El cigarro realmente me molesta”.

“El olor se pega en los muebles y toda la casa huele feo”.

“La casa queda oliendo a cigarro muchos días”.

“No es sólo el cigarro. Creo que Joe es un malcriado”.

“Fue un malcriado la última vez que vino”.

“Me preocupa que Joe no sea un buen amigo” (p.53).

Las palabras subrayadas en el ejemplo anterior son algunas de las elecciones tomadas en cuanto a léxico con el fin de mostrar la presencia del interlocutor indirecto en el texto. La relación establecida es la de una madre con su hijo, en donde ella le llama la atención y a la vez le aconseja sobre su amigo. En esta relación se evita la formalidad y sobre todo los términos especializados.

Por ejemplo, en lugar de utilizar la palabra *cigarrillo* la madre dice *cigarro*, ya que es una palabra más común. Esto también se puede apreciar en el uso del término *pegar* en lugar de uno más formal como podría ser *impregnar*, o *malcriado* y no *maleducado*.

Sin embargo, estos vocablos se alternan en el mismo pasaje con otros más formales, como el caso de *madre*, *cigarrillo* y *alegar* entre otros. Esto hace evidente la presencia del médico en las explicaciones y las instrucciones y la reproducción del entorno de un paciente hipotético.

El objetivo fundamental de este cambio de registro es que se pueda expresar la familiaridad de algunos contextos y al mismo tiempo, el distanciamiento entre el médico y el

paciente. De esta forma se aclara la posición del médico y su objetivo de alcanzar una cercanía con el entorno cotidiano del paciente en la medida en que éste se lo permita.

Entonces se puede decir que este cambio de registro no sólo obedece al estilo de los escritores sino más bien a la teoría terapéutica planteada, en donde la reconstrucción de una situación hipotética y su resultado van a establecer la efectividad del proceso terapéutico.

2.4 Análisis de las estructuras del texto original y su traducción

2.4.1 Léxico especializado

Por la naturaleza del libro y la audiencia a la que está dirigido, el texto original presenta términos especializados, los cuales se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 1.6

| Texto Original | Texto Traducido |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Términos especializados | Términos especializados |
| acute exacerbations | exacerbaciones agudas |
| akathisia | acatisia |
| anergia | anergia |
| anhedonia | anhedonía |

| | |
|---------------------------------|---|
| alogia | alogia |
| appraise | evaluar |
| assertiveness/ assertion | asertividad |
| assessment | valoración |
| avolition | abulia |
| battery | batería |
| behavioral repertories | repertorios de conducta |
| cognitive | cognoscitivo |
| deficit state | estado deficitario |
| genetically hard wired | genéticamente instalado |
| impairment | discapacidades |
| information-processing deficits | déficit del procesamiento de la información |
| intrapsychic processes | procesos intrafísicos |
| psychotic symptoms | síntomas sicóticos |
| prognosis | pronóstico |
| risk of relapse | riesgo a una recaída |
| social dysfunction | disfunción social |
| social interaction | interacciones sociales |

Algunos de estos términos quizá resulten comunes, sin embargo, es importante aclarar que su uso en el contexto de la psiquiatría es distinto al uso comúnmente conocido. El uso del término *asertividad* ha sido empleado en lugar del equivalente *afirmación*, que existe en

español. La razón es que esta es la forma más utilizada por los expertos quienes son, en el momento en que se presenta el término, el interlocutor del texto. Esto se puede observar en el siguiente ejemplo:

(5) Ejemplo:

(TO)

One of the most frequently encountered deficits is inappropriate assertion skill. There are generally considered to be two forms of assertion. Hostile or negative assertion involves the expression of negative feelings, standing up for one's rights, and refusing unreasonable demands (p.18).

(TT)

La asertividad impropia es una de las deficiencias más comunes. Por lo general, se considera que existen dos formas de asertividad. En primer lugar, la hostil o negativa, que implica la expresión de los sentimientos negativos, la exigencia de los derechos y el rechazo de peticiones irracionales (p.26).

En esta sección del texto, el interlocutor que responde al emisor es el especialista. Por esta razón, los términos empleados deben ser los que se utilizan en el campo de la psiquiatría y no los que son comúnmente conocidos.

Otro caso en que se vio el cambio en una palabra de uso muy frecuente en esta área del saber, era el término *clients*. En el texto original, con frecuencia, se utiliza la palabra *client*

como alternativa para *patient*. El siguiente cuadro muestra la cantidad de veces en que aparece cada uno de los términos en el texto original:

Cuadro 1.7

| <i>client</i> | <i>patient</i> |
|---------------|----------------|
| 124 veces | 16 veces |

El cuadro muestra sólo en un once ciento se emplea la palabra *patient* o *paciente*. Es importante aclarar, que la palabra *patient* o *paciente* aparece quince veces en el primer capítulo, dedicado a las bases teóricas, una vez en el segundo capítulo y ninguna en el tercero, ambos dedicados al trabajo terapéutico con el paciente. Esto demuestra que existe una tendencia a evitar este término en presencia (aunque sea hipotética) del paciente. En su lugar se emplean otros términos tales como *participants* e *individuals*. Esto obedece a que, según los especialistas⁶, esta alternativa trata de evitar la visión tan frecuente en que se estigmatiza a la persona como un enfermo de por vida, que como la misma palabra indica, deberá ser paciente al esperar ver una mejoría. Por el contrario, la palabra *cliente* brinda un panorama más alentador, en el que la persona acude al especialista en busca de un servicio de su elección que lo va a hacer sentir mejor. De esta forma se trata de evitar el arraigamiento del paciente a la enfermedad y al médico.

En el ejemplo que se expone a continuación, se puede observar la forma en que se pone en práctica esta alternativa.

⁶ De acuerdo a entrevista con la especialista Berenice Rodríguez, octubre 2004.

(6) Ejemplo:

TO

CLIENT: Joe will only smoke in one room/in my room/in the basement.

CONFEDERATE: It's just that the smoke gets in the furniture/travels from one room to the next... and it smells up the whole house.

CLIENT: I'll tell Joe not to smoke when he comes over.

CONFEDERATE: Joe seemed like a pretty heavy smoker. I'm worried that he won't be able to keep from smoking when he's here (p.36).

TT

CLIENTE: Joe va a fumar solo en un lugar/en mi cuarto/en el sótano.

COLABORADOR: Sólo que el humo se pega en los muebles/se pasa a otros cuartos... y toda la casa huele a cigarro.

CLIENTE: Le voy a decir a Joe que no fume aquí.

COLABORADOR: Creo que Joe parece ser un fumador empedernido. Me preocupa que no pueda dejar de fumar cuando está aquí (p.53).

En este caso, se puede analizar tanto el uso de la palabra *client* o *cliente* como el de la palabra *confederate* o *colaborador*. Esta sección está dirigida al especialista ya que es un ejemplo hipotético de una situación que puede ocurrir en un proceso de terapia. Sin embargo, por esta la misma razón se hace evidente la presencia del interlocutor indirecto, es decir, del paciente mismo. Al utilizar la palabra *colaborador*, el autor le está recordando al médico que él

no es el dueño del proceso, sino más bien un facilitador cuyo objetivo es motivar a su cliente a que sea activo y ocupe su lugar en el proceso de sanación.

Un término que también se encuentra en el texto en repetidas ocasiones es *social roles*. En español, en la psiquiatría y la psicología, el uso del término *roles sociales* es mucho más común que el de *papeles sociales*. Tanto los textos paralelos como los especialistas utilizan el término *rol* para definir estas funciones sociales. Por lo tanto, y con el objetivo de mostrar una vez más que el receptor del texto es el especialista, se utilizan los términos propios de esta área de estudio, tal y como se observa en el siguiente ejemplo.

(7) Ejemplo:

TO

These deficits make it difficult for many clients to establish and maintain social relationships, fulfill social roles (e.g., worker, spouse), or to have their needs met (p.3).

TT

Estas deficiencias hacen que para muchos clientes sea difícil establecer y mantener relaciones sociales, desempeñar roles sociales (tales como, trabajador, cónyuge) o satisfacer sus necesidades (p3).

Los ejemplos anteriormente expuestos muestran cómo estos términos especializados cumplen una función específica dentro del texto, la cual es recalcar la presencia del especialista en el texto como interlocutor.

2.4.2 Léxico común

Sin embargo, el libro traducido no presenta solamente términos especializados, sino también otros que son comunes, y que también cumplen una función importante en el texto. Por la naturaleza de manual práctico de este texto existe una diferencia de léxico y un marcador esencial es el uso de palabras cotidianas que contrastan con los términos especializados anteriormente expuestos.

Los términos que llamamos “comunes” provienen en su totalidad de los distintos diálogos que aparecen en el texto traducido. Estos fueron elegidos por ser palabras o frases que reflejan un cambio de registro en el texto y que existen diferentes interlocutores. Tal y como el léxico especializado refleja la presencia del interlocutor directo, los términos comunes caracterizan al interlocutor indirecto.

Los ejemplos de estas expresiones comunes se encuentran ordenados en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. 8

| Texto Original | Texto Traducido |
|---------------------------|---------------------------|
| Términos populares | Términos populares |
| a bad mood | mal genio |
| a pretty heavy smoker | un fumador empedernido |
| a rude guy | un malcriado |
| boy, are you lazy | sos tan vago |
| clumsy | torpe |

| Texto Original | Texto Traducido |
|---------------------------|------------------------------|
| Términos populares | Términos populares |
| failed to learn | se estancó en el aprendizaje |
| filthy mess | desastre |
| pissed off | fastidiado |
| odd | raro |
| Uh-huh | ajá |
| Yeah! | ¡Sip! |

En el ejemplo siguiente se observa el uso del léxico común en los diálogos, que buscan recrear el ámbito familiar del paciente, para así ayudarlo a superar los problemas de habilidades sociales que presenta.

(8) Ejemplo:

TO

You have broken a vase belonging to your roommate. It was an accident, but you are blamed for breaking it.

STAFF MEMBER: Did you break my vase?

SUBJECT:...

STAFF MEMBER: How can you be so clumsy?

SUBJECT:...

STAFF MEMBER: You can't be trusted around any of my things.

SUBJECT:... (p. 27).

TT

Usted quebró el florero de su compañero de cuarto. Fue un accidente, pero lo culpan a usted.

MIEMBRO DEL PERSONAL: ¿Quebraste mi florero?

PERSONA:...

MIEMBRO DEL PERSONAL: ¿Por qué sos tan torpe?

PERSONA:...

MIEMBRO DEL PERSONAL: No puedo confiar en que vas a cuidar mis cosas.

PERSONA:... (p.40).

Es claro que esta informalidad del lenguaje indica la presencia de un interlocutor indirecto, que en este caso es el paciente. Los términos subrayados en el ejemplo anterior se pueden contrastar con otros especializados que se utilizan tan solo unas líneas antes, como se puede observar en el siguiente ejemplo.

(9) Ejemplo:

TO

The most difficult aspect of role-play tests is the objective rating of the behavior of the client. It is important to target behaviors carefully and develop rating procedures that accurately reflect the performance of the client and that can be rated reliably (p.27).

TT

El aspecto más difícil de estas pruebas es la evaluación objetiva del comportamiento. Es importante definir los comportamientos meta de forma cuidadosa y desarrollar los procedimientos de evaluación que reflejen de forma correcta el desempeño y que además sean fiables (p.40).

En estos ejemplos, incluso la sintaxis cambia de una más compleja a otra más simple. Esto ayuda a establecer la presencia del interlocutor indirecto y de su entorno social en el texto, tanto en el original como en el texto traducido.

2.5 Patrón en que ocurre el cambio de registro

La frecuencia con que se da el uso de términos especializados alternados con las expresiones comunes en el texto es de especial importancia. Este cambio en el registro no es accidental, sino que tiene un propósito fundamental en el texto original que fue necesario establecer claramente en el texto traducido.

En los momentos del texto durante los cuales se presentan las teorías y técnicas para el trabajo del terapeuta con el paciente, el lenguaje que se prefiere es el especializado. Aquí se introducen los términos que el terapeuta debe tener en cuenta durante el proceso terapéutico. Por otra parte, las expresiones más comunes se dan especialmente en los diálogos en los que se representan situaciones hipotéticas en que el doctor interactúa con el paciente. Estos

cambios son un marcador lexicográfico importante en el texto original que indica la presencia de dos interlocutores distintos.

No se puede decir que existan secciones del texto marcadas exclusivamente por el léxico especializado o por el común, ya que en una misma parte se pueden alternar repetidas veces el uso de ambos tipos de léxico. Esto se puede ver representado en el siguiente cuadro:

Cuadro 1.9



El cuadro muestra que la teoría se presenta con léxico especializado, las instrucciones para los pacientes en los casos hipotéticos se dan con un registro formal y, por último, las posibles interacciones de los pacientes con el especialista como “colaborador” en la mayoría de los casos utilizan un lenguaje más común. De aquí que se puedan diferenciar tres tipos de textos claramente. El primero, en el que se presenta la teoría, está dirigido exclusivamente al terapeuta, quien debe tener la base teórica antes de llevar a cabo las tareas con los pacientes. El

segundo tipo involucra tanto al terapeuta como al paciente, ya que son las instrucciones que el terapeuta debe indicar al paciente durante el desarrollo de los roles que se proponen a lo largo del texto. Es por esto que este segundo tipo de texto también involucra al paciente mediante su interacción con el terapeuta. Por último, el tercer tipo de texto, muestra la presencia del interlocutor indirecto, ya que se da en los momentos en que el texto recrea una situación de la cotidianeidad del paciente mismo.

De aquí que estos tres tipos de textos se intercalen tanto como se alterna la interacción del paciente con el terapeuta en una sesión de la estructura de la terapia. Esto se debe a que ese es también el objetivo del texto de Bellack, recrear esa estructura terapéutica que el especialista debe alcanzar.

Capítulo III: El uso del voseo como indicador del grado de confianza en el acto comunicativo

En este segundo capítulo se analizará el sistema pronominal de la lengua original, así y el de la lengua meta, así como los distintos marcadores del texto original que sugieren el uso del voseo en la traducción.

También se establecerá la relación que existe entre el voseo y los interlocutores presentes en el texto, para justificar así el carácter híbrido del texto original y su equivalente en el texto traducido.

Debe señalarse aquí que para efectos de esta investigación se basará en el sistema pronominal utilizado en Costa Rica, que incluso se podría limitar al uso que se le da al mismo en el Valle Central, si de demarcaciones se trata.

3.1 Análisis del sistema pronominal del español en la traducción

3.1.1 Diferencias entre el sistema pronominal del inglés y el sistema pronominal del español

Como es de conocimiento general, para el tratamiento pronominal de segunda persona en inglés el pronombre *you* se utiliza tanto para el plural como para el singular, mientras que en español existen cuatro pronombres distintos para esa misma persona: *tú*, *vos*, *usted* y *ustedes*, los cuales, además de diferencias en el número, indican distintos grados de formalidad

y de cercanía. Por esto, la decisión de utilizar un pronombre o el otro se tomó tras un análisis del contexto y de otras marcas en el texto. El siguiente cuadro sintetiza el sistema pronominal no oblicuo del inglés, que es el que se da en el texto original:

Cuadro 3.1

| Persona | Singular | Plural |
|----------------|-----------------|---------------|
| Primera | I | We |
| Segunda | You | You |
| Tercera | He/she/it | They |

Algunas frases tomadas del texto original que ejemplifican lo anterior son:

1. **I** didn't hear that.
2. What did **you** do that for?!

You have violated a lot of rules.

3. **He** looks pale and weak.

She didn't like having him in the house because he smoked.

It becomes automatic.

4. **We** describe the specific behaviors that constitute social skills.
5. **You** all came up with some good examples.
6. **They** do not have the resources to participate in social-recreational activities.

Por otra parte, el sistema pronominal del español, en América Latina y en particular en Costa Rica, es más complejo. Específicamente en lo que concierne a la segunda persona del singular tal sistema ofrece tres formas: el tuteo, el voseo o el ustedeo, como lo muestra el siguiente cuadro:

Cuadro 3.2

| Persona | Singular | Plural |
|---------|----------------|----------|
| Primera | Yo | Nosotros |
| Segunda | Tú, vos, usted | Ustedes |
| Tercera | Él, ella, ello | Ellos |

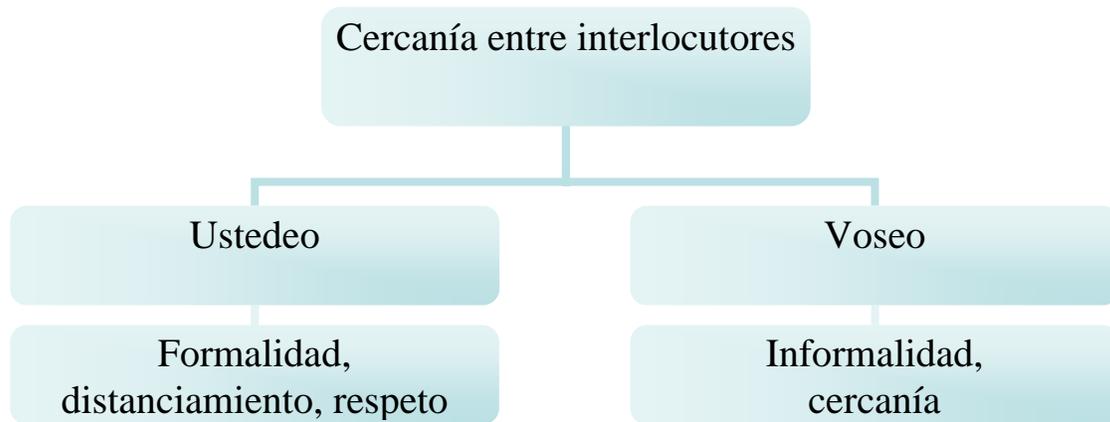
A continuación se listan algunos ejemplos de la traducción que representan el uso del sistema pronominal:

1. No **escuché**. (yo)
2. ¡¿Por qué **hiciste** eso?! (vos, tú)
Usted ha violado tantas reglas.
3. **Se ve** pálido y débil. (él)
No **le gusta** que Joe esté en la casa porque fuma. (ella)
Se vuelve automático. (ello)
4. **Vamos** a describir las conductas específicas que constituyen las habilidades sociales. (nosotros)
5. Todos **ustedes** dieron buenos ejemplos. (ustedes)

6. No **tienen** los recursos para participar en actividades sociales recreativas.
(ellos/ellas)

El cambio en estas formas verbales refleja el grado de cercanía mediante la informalidad o formalidad del sistema pronominal, lo cual se representa en el siguiente cuadro.

Cuadro 3.3



En español, las formas verbales que acompañan a los pronombres no siempre son unívocas, y como los pronombres pueden suprimirse, en ocasiones el verbo no permite en sí identificar a la persona o el género. Debido a la diferencia que existe entre los dos sistemas pronominales, se presentan situaciones donde el traductor tiene varias opciones. Por ejemplo, la oración *What did **you** did that for?!* puede ser traducida de tres distintas formas en español:

1. ¡¿Por qué **hiciste** eso (vos, tú)?!

2. ¿Por qué **hizo** eso (usted)?!
3. ¿Por qué hicieron eso (ustedes)?!

La elección entonces, a criterio del traductor debe tener en cuenta los aspectos regionales y el contexto social del momento en que se da la traducción. El objetivo primordial es el de hacer la elección que cumpla con los requerimientos de la audiencia a la que está dirigido, que en este caso son los psiquiatras que se especializan en el trabajo con esquizofrénicos en Costa Rica. Por lo tanto, la traducción debe cumplir con las normas del sistema pronominal empleado en la región del Valle Central y a la vez con las normas específicas de uso de la estructura terapéutica empleada por dichos especialistas.

3.1.2 Aplicación del sistema de la lengua meta

Para efectos de esta investigación, la elección fue utilizar el “vos” como indicador de cierto grado de familiaridad e incluso confianza, ahí donde se percibió este tono en el texto fuente.

Comúnmente, en Costa Rica se utiliza el *vos* como forma de tratamiento familiar que implica cierta cercanía entre los interlocutores. Sin embargo, existen limitaciones en su uso, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 3.4

| Relación | Aceptable | No aceptable |
|-----------------|------------------|---------------------|
| amigos | √ | |
| hermanos | √ | |
| Padres- hijos | √ | |
| Hijos- padres | | √ |
| Jefe- empleado | √ | |
| Empleado- jefe | | √ |
| Desconocidos | | √ |

En Costa Rica no es frecuente el uso del tuteo, como se usa en otros países de América Latina. Sin embargo, la tendencia más común es encontrar esta forma en los textos escritos y especialmente, en los científicos y académicos. Hoy en día, el uso del voseo ha cambiado, y se empieza a reconocer y aceptar en textos escritos, tanto como se ha aceptado en el discurso oral. De hecho, el voseo es una de las características que define al costarricense y lo distingue de muchas otras nacionalidades. Es por esta razón, que en la traducción propuesta se utiliza el voseo en los momentos en que se presenta una relación en la que, según el cuadro anterior, el voseo es aceptable. Tal es el caso de la relación de dos compañeras de habitación, en la relación de una madre con su hijo y en la relación de dos jóvenes que son hermanos, entre otros.

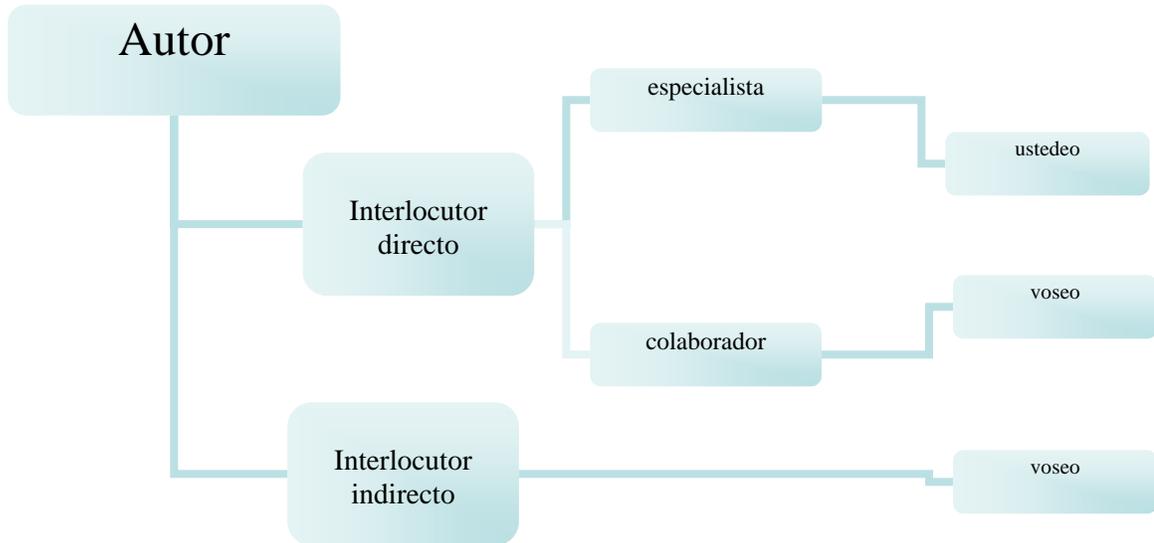
3.2 Relación entre el uso del voseo y los interlocutores del texto.

A partir de lo anteriormente presentado, el voseo, al igual que el léxico, es un indicador del interlocutor en cada uno de los pasajes del texto en que paciente y médico interactúan.

Se puede decir entonces que el interlocutor y el sistema pronominal empleado están íntimamente ligados. Al igual que el léxico informal, el voseo es la forma pronominal más “popular”, y representa al interlocutor indirecto. Más aun, representa el entorno cotidiano en que se desenvuelve el paciente fuera de la terapia, el cual se reproduce para ayudar al paciente a sobrellevar situaciones que le significan una amenaza.

De esta forma, las secciones en que se prefiere el uso del sistema pronominal más formal, remiten al interlocutor directo, que es el médico. Es importante recordar aquí, que el objetivo del médico en la terapia es procurar recrear el ambiente social en el que presenta más dificultad para el paciente. Sin embargo, el médico puede asumir roles distintos sólo en la medida en que el paciente así se lo permita. En este manual, los casos son hipotéticos, por lo tanto se asume que el médico ya ha trabajado en la relación con el paciente y este le ha permitido acercarse más a su entorno familiar, de trabajo, con sus amigos, con sus vecinos, con sus compañeros de habitación y las otras situaciones que se presentan a lo largo del texto. Esto se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro 3.5



De aquí que se puede proponer que la relación médico paciente es formal y por lo tanto utiliza el ustedeo. Sin embargo, en los momentos específicos en el que médico asume un rol distinto y la relación es de familiaridad y cotidianeidad, se utiliza el voseo como marcador específico.

3.3 Marcadores que contribuyen a la elección del voseo

3.3.1 Léxico

Para la elección del uso del voseo en el texto traducido al español, fue necesario buscar los marcadores en el texto en inglés que indican familiaridad o cercanía entre las dos personas involucradas, ya que el sistema pronominal del inglés, como hemos visto, no lo indica.

Uno de los marcadores más importantes fue el léxico empleado. Como se mencionó en el capítulo anterior, el vocabulario formal o informal establece el grado de cercanía entre los interlocutores, por lo tanto es también un marcador para determinar el uso del voseo.

En los siguientes fragmentos se puede observar el patrón del léxico que permite el tratamiento pronominal del *vos* antes que el del *ustedeo* o el *tuteo*.

Sin embargo es importante recalcar que, tal y como ocurre con el léxico, los casos de voseo se intercalan con el uso del *ustedeo*.

(10) Ejemplo:

TO

You have broken a vase belonging to your roommate. It was an accident, but you are blamed for breaking it.

STAFF MEMBER: Did you break my vase?

SUBJECT:...

STAFF MEMBER: How can you be so clumsy?

SUBJECT:...

STAFF MEMBER: You can't be trusted around any of my things.

SUBJECT:... (p.27).

TT

Usted quebró el florero de su compañero de cuarto. Fue un accidente, pero lo culpan a usted.

MIEMBRO DEL PERSONAL: ¿Quebraste mi florero?

PERSONA:...

MIEMBRO DEL PERSONAL: ¿Por qué sos tan torpe?

PERSONA:...

MIEMBRO DEL PERSONAL: No puedo confiar en que vas a cuidar mis cosas.

PERSONA:... (p.40).

Las palabras subrayadas están dentro de un contexto informal en el que se utiliza el léxico informal, lo cual establece que existe una relación más cercana entre el emisor y el receptor. Por ejemplo, se usa de la palabra *clumsy* en lugar de otras más formales como *graceless* que hubiera transmitido al emisor un mensaje menos hiriente. En este caso hipotético, planteado para el trabajo con el paciente esquizofrénico, tanto en el texto fuente como en la traducción se hace una elección de léxico con la intención de reproducir en alguna medida lo que puede llegar a ser el entorno cotidiano de un determinado paciente. En este diálogo específico, el voseo es sólo evidente en el segundo enunciado, pero esto es suficiente para que el lector comprenda que los interlocutores vosean.

Estos aspectos léxicos determinan la elección de la forma pronominal familiar o en otros casos, formal. Esto se puede observar en el siguiente ejemplo:

(11) Ejemplo:

TO

You haven't done the laundry for a while, and dirty clothes are piled up in your room. Your mother comments on the mess.

STAFF MEMBER: Haven't you done laundry for a while?

SUBJECT:...

STAFF MEMBER: How can you live in this filthy mess?

SUBJECT:...

STAFF MEMBER: Boy, are you lazy [to have let it pile up like this in the first place].

SUBJECT:... (p.27).

TT

Usted no ha lavado la ropa y ya hay una montaña de ropa sucia en su cuarto. Su mamá le habla del desorden.

MIEMBRO DEL PERSONAL: ¿No has lavado la ropa?

PERSONA:...

MIEMBRO DEL PERSONAL: ¿Cómo podés vivir en este desastre?

PERSONA:...

MIEMBRO DEL PERSONAL: Sos tan vagabundo [dejaste que se hiciera esta montaña].

PERSONA:... (p.40).

En este caso, primero que todo, es importante saber si el pasaje es formal o informal. En el original esto se puede observar en la escogencia léxica, por ejemplo las palabras subrayadas en el original. Además, un aspecto que ayuda a determinar si el voseo es el sistema

pronominal que cumple con los requerimientos necesarios para la situación es el establecimiento del grado de cercanía entre los interlocutores. En este caso, la relación es de madre e hijo, por lo que es aceptable el uso del voseo. Por otro lado, en este pasaje del texto no es necesario utilizar un español neutro, desregionalizar el texto y así adaptarlo a la cultura meta, ya que más bien se busca recrear el ambiente del paciente en la estructura de la terapia.

Con estos ejemplos se puede observar que el uso del vos se da a raíz de los aspectos léxicos más sobresalientes, del contexto y de la relación que exista entre los dos interlocutores.

3.3.2 Contexto o situación social

Sin embargo, no sólo el léxico es marcador para la elección del voseo. También está en juego el contexto social en que se lleva a cabo cada sesión. Es entonces esencial evaluar las instrucciones que sirven como referencia básica al contexto hipotético que se pretende trabajar en la sesión con el paciente. En los ejemplos anteriores se puede observar cómo influye este contexto a la hora de decidir si la relación permite o no el uso del voseo en el diálogo que le sigue.

Retomando los ejemplos anteriores, observemos lo siguiente:

(12) Ejemplo:

TO

You have broken a vase belonging to your roommate. It was an accident, but you are blamed for breaking it (p.27).

TT

Usted quebró el florero de su compañero de cuarto. Fue un accidente, pero le echan la culpa a usted. (p.40).

La palabra *roommate* indica que la relación de autoridad se encuentra en el mismo nivel, de manera que se puede esperar que dos compañeros de habitación tengan una relación más cercana que dos desconocidos ya que comparten un lugar físico de estancia. Por eso, el uso de *usted* aunque podría ser aceptado, no transmite esa relación que se desprende del texto original, en el cual los interlocutores son amigos por lo tanto se pueden tratar de iguales en cuanto a autoridad.

El segundo ejemplo utilizado anteriormente también establece una relación específica de cercanía, en donde el uso del voseo transmite familiaridad.

(13) Ejemplo:

TO

You haven't done laundry for a while, and dirty clothes are piled up in your room.
Your mother comments on the mess (p.27).

TT

No ha lavado su ropa y ya hay una montaña de ropa sucia en su cuarto. Su mamá comenta del desorden (p.40).

La relación establecida pertenece al núcleo social más fuerte, la familia. Aquí, por la autoridad que tiene la madre sobre el hijo, ella utiliza el voseo para romper con la distancia y con la intención de acercarse al muchacho. Es interesante que aquí se puede observar el uso intercalado del *usted* y el *vos*, porque lo más común, de acuerdo al uso normal de los pronombres en la familia costarricense, sería esperar que el hijo responda a su madre respetuosamente y por eso la elección sería el *usted* en lugar del *vos*. El *vos* se convierte entonces en una herramienta para que la madre incluso rompa con la brecha generacional al tratar de acercarse más a su hijo.

3.4 Patrón del uso de voseo

Debido a la estrecha relación que existe entre el léxico y la elección del sistema pronominal del voseo, el pronombre *vos* se utiliza en los momentos en que ocurre el vocabulario común. Aunque el voseo no se elige en todos los casos en que se utilizan los términos más comunes, sí se puede decir que siempre que se utiliza, está acompañado de léxico informal.

Además, al igual que sucedió al analizar el léxico formal e informal del texto, se encontró que el *ustedeo* y el voseo se intercalan con frecuencia. Esto ocurre por los diferentes marcadores léxicos y de significado social presentes en el texto.

De aquí entonces que no se puede decir que existan secciones en que sólo se utiliza una forma pronominal o la otra. Esto trae como consecuencia que la relación médico-paciente se mantenga a lo largo de todo el texto. Por otro lado, este patrón también le ofrece al paciente,

en la medida en que él mismo lo permita, un entorno más familiar al tratar de reproducir su cotidianeidad.

Conclusiones

De acuerdo con las hipótesis planteadas al inicio de este trabajo, el análisis de algunos aspectos léxicos y gramaticales del texto nos permitió llegar a las siguientes conclusiones. En primer lugar, el cambio de registro que se da a lo largo del texto obedece a la presencia de dos interlocutores, uno directo y otro indirecto. El lenguaje especializado es característico de las secciones dirigidas al especialista (interlocutor directo) o de las situaciones en que este interactúa como médico con su paciente. Por su parte, el lenguaje común refleja la presencia del paciente (interlocutor indirecto) en el texto. Este lenguaje es característico de los diálogos que recrean situaciones hipotéticas específicas que se plantean para abordar las distintas áreas de trabajo en el desarrollo de las habilidades sociales de los esquizofrénicos. Estos cambios de registro que indican la duplicidad de los interlocutores originan el carácter híbrido del texto original, ya que el registro cambia tantas veces como cambia el interlocutor a lo largo del documento. De aquí que exista un paralelismo entre la característica híbrida del texto y la estructura de la terapia, debido a que la elección léxica y las estructuras sintácticas empleadas tanto en el original como en la traducción son un reflejo de la estructura del proceso terapéutico, en el que el médico tiene una duplicidad de funciones.

En relación con el sistema pronominal, el voseo utilizado en la traducción busca representar el uso más común en Costa Rica, específicamente. Es importante recalcar que existen marcadores dentro del texto que apuntan hacia el uso del voseo en cada situación; uno de estos marcadores es el léxico. Además, el uso del voseo está condicionado por el contexto o situación en que se da la interacción social presentada. Por otra parte, existe la misma relación

entre el léxico formal e informal y el voseo y el ustedeo; por lo tanto, la preferencia de un sistema pronominal sobre otro simboliza la presencia de los interlocutores. En este caso, el interlocutor directo, que es el médico, está representado en el texto por el ustedeo y la presencia del voseo simboliza al interlocutor indirecto, que es el paciente y su entorno social. El voseo es además un indicador del nivel de confianza en el acto comunicativo. Así, tanto la elección del léxico como la del sistema pronominal contribuyen a que el texto sea de carácter híbrido.

De lo anterior se puede deducir que, al escribir un manual de tipo psicológico o psiquiátrico enfocado en el proceso de la terapia misma, es inevitable que el texto sea híbrido. Es, entonces, el tema el que obliga a que existan varios interlocutores, para así reflejar más fielmente el proceso a nivel terapéutico.

La hipótesis planteada en la introducción fue confirmada mediante el análisis del informe de investigación. A través de este proceso se pudo comprobar que el carácter híbrido del texto es una consecuencia directa de la duplicidad de los interlocutores. A su vez, las decisiones a nivel lexicográfico y morfosintáctico reflejan la presencia de tales interlocutores, tanto en el texto original como en la traducción.

Un aspecto que cabe resaltar al concluir este trabajo de investigación es lo que hubiera pasado si no se hubieran empleado los distintos marcadores como el voseo y los aspectos a nivel lexicográfico para señalar la presencia del interlocutor indirecto. Si este hubiera sido el caso, el texto no habría establecido una diferencia entre los interlocutores. Más aún, no se habría dado ningún tipo de cercanía entre ellos. Es importante recordar que el objetivo último de la terapia es lograr que el terapeuta establezca una relación de confianza con el paciente para poder abordar los temas más difíciles y a la vez poder recrear las relaciones sociales del

paciente, aún cuando estas sean de mucha cercanía. Por lo tanto, si la elección hubiera sido la traducción del texto sin marcadores para los interlocutores, los diálogos y situaciones presentadas habrían dejado de ser ejemplos de situaciones reales para convertirse en situaciones hipotéticas. Con esta elección se habría separado la estructura del proceso terapéutico de la estructura del libro, que sería más que un manual o guía, una presentación teórica sobre la esquizofrenia.

De aquí, que la elección de utilizar los marcadores léxico-gramaticales conlleve a una presentación menos teórica y más dinámica de algunas de las directrices del proceso terapéutico con esquizofrénicos.

Para llegar a la conclusión de que los manuales psicoterapéuticos en general tienen un carácter híbrido, se hizo una breve revisión de la estructura de otros manuales, aparte del de Bellack, para buscar algunos de los marcadores comunes que le infieren esa característica híbrida al manual. Con este análisis se pudo comprobar que la estructura de al menos otros cuatro textos revisados cumplen las características que también se encuentran en el libro traducido. Esta estructura en común se caracteriza por presentar una primera parte de consideraciones teóricas, seguida de una serie de ejemplos o situaciones que reflejan lo que la terapia debería ser y luego una serie de instrumentos de medición o herramientas para el trabajo con los pacientes mismos. Además, estos textos coinciden en que la secuencia de las situaciones es muy parecida. Primero, el terapeuta da las instrucciones utilizando un lenguaje formal y distante, con el cual no confronta al paciente de ninguna manera. Posterior a las instrucciones, esta estructura propone los distintos papeles que deben asumir ambas partes para lograr el trabajo y el futuro manejo de las situaciones que para el paciente son críticas.

Estos hallazgos fortalecen nuestra conclusión de que por tener el texto el carácter de manual, debe a su vez ser híbrido, y por el campo tan específico en el que se está trabajando, esto produce un reflejo fiel del proceso de la terapia.

Bibliografía general

Alcaraz, Varó. *El inglés profesional y académico*. Madrid: Alianza, 2000.

Ángstrom, Eric J.: Emil Kraepelin. "Psychiatry and Public Affairs in Wilhelmine Germany".

History of Psychiatry, vol. 2, 1991, pp. 111-132. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.

Apsired. *Habilidades sociales*. 18 oct. 2004.

<http://personales.com/espana/madrid/apsired/Habilidades-sociales.htm>

Artavia, Jonathan y Wagner Eduarte. "Habilidades sociales". *Teorías en Psicología II*

San José: Universidad Católica de Costa Rica Anselmo Llorente y Lafuente, 2002.

Baker, Mona. *Routledge Encyclopedia of Translation Studies*. Londres: Routledge, 2000.

Bellack, Allan, Kim Mueser, Susan Ginderich y Julie Agresta. *Social Skills Training for Schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press, 1997.

Caballo, Vicente. *Manual de evolución y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI, 2000.

Carricaburo, Norma. *Las fórmulas de tratamiento en el español actual*. Madrid: Arco/Libros, 1997.

Diamond, D. y otros *Patient-Therapist Attachment: Impact on the Therapeutic Process and Outcome*. En: Cortina, M. & Marrone, M. *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process*. Londres: Whurr, 2003.

Dozier, M., & Tyrrell, C. *The Role of Attachment in Therapeutic Relationships*. En J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships*. (221-248) Nueva York: Guilford, 1997..

- García Yebra, Valentín. *Teoría y práctica de la traducción*. Madrid: Gredos, 1994.
- Hatim, Basil, Ian Mason. *Teoría de la traducción: una aproximación al discurso*. Barcelona: Ariel, 1995.
- Iruarrizaga, J. “Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales”, *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 2.1.(2004), 11 Oct. 2004
<<http://reme.uji.es/articulos/airuai462031198/texto.html>>
- Martinez, Dayami. *Habilidades sociales*. 25 Set. 2004.
<<http://www.monografias.com/trabajos12/habilsoc/habilsoc.shtml>>
- Moya, Virgilio. *La selva de la traducción: teorías traductológicas contemporáneas*. Madrid: Cátedra, 2004.
- Neubert, Albrecht y G.M. Shreve. *Translation as Text*. Kent ,Ohio: Kent State UP, 1992.
- Newmark, Meter. *A Textbook of Translation*. Londres: Prentice Hall, 1998.
- Nord, Christiane. *Text Analisis in Translation*. Amsterdam-Atlanta: Editions Rodopi B.V., 1991.
- Pichot Pierre. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Trad. Manuel Valdés Miyar. Madrid: Masson, 2001.
- Rojas, Emilce. *Formas de tratamiento: voseo, tuteo y ustedes*. San José: Ministerio de Educación Pública, 1999.
- Ronq, José Pedro, *Geografía y morfología del voseo*. Porto Alegre, Pontificia Universidad Católica, 1967.
- The University of Texas. *Entendiendo la esquizofrenia*. 2002. 9 de abril de 2005.
<http://hcpc.uth.tmc.edu/spanish_schizophrenia.htm>

Torre, Esteban. *Teoría de la traducción literaria*. Madrid: Síntesis, 1994.

Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales. *Relación entre el paciente y el terapeuta*. 2002. 12 de abril 2005.

<http://csociales.uchile.cl/publicaciones/thesis/02/docs/aliater1.html>

Urra, Marcelo. *Comunicación interpersonal*. The Mental Research Institute of Palo Alto.

UNIACC: Chile, 2004, 27 setiembre 2004.

<http://www.ecampus.cl/Textos/psicologia/Marcelo_Urra/1/urra1.htm>

Watzlawick, P., Bavelas, B. y Jackson, D. D. *Teoría de la comunicación humana*.

Barcelona: Herder, 1995.

Zoch, Carlos E. Esquizofrenia: *Temas en psiquiatría*. Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica. Capítulo VI. 15 de abril de 2005.

<<http://www.binasss.sa.cr/poblacion/esquizofrenia.htm>>

Apéndice

Texto original