



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.

Escuela de Psicología Clínica.

**“Terapia de Grupo para el entrenamiento en habilidades sociales, dirigido a los
pacientes hospitalizados en el área de adicciones del CRA”.**

Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Psicología Clínica.

Autoras:

María Lorena Carpio Vintimilla.

Juana Roxana Loor Feicán.

Directora: Mst. Yolanda Dávila Pontón.

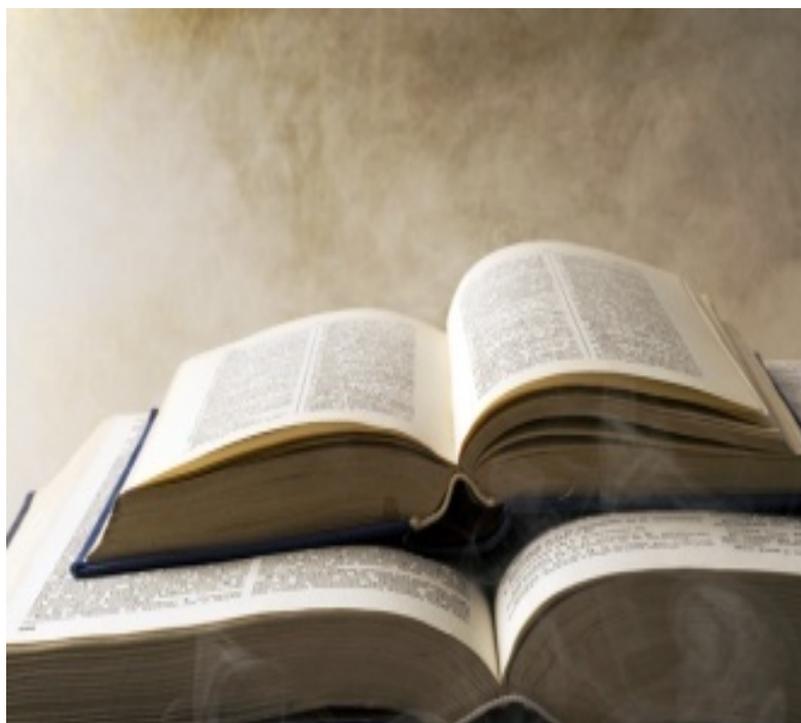
Cuenca-Ecuador

2009.

DEDICATORIA

A Sofía, mi hija, quien con su alegría me motiva cada día para seguir creciendo como persona.

Lorena.



A mi mamá, Juana, por su perseverancia para que salga adelante.

Roxana.

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos, a la Mst. Yolanda Dávila Pontón, Directora de la Escuela de Psicología Clínica y Directora de nuestra tesis, por orientarnos e incentivarnos a realizar una investigación nueva.

Al Dr. Saúl Pacurucu, por permitirnos realizar este trabajo en el Centro de Reposo y Adicciones “CRA”. Además, de su amable acogida y comprensión.

Finalmente, a la Lcda. Ana Isabel Estrella, por compartir sus conocimientos con nosotras para que logremos un resultado satisfactorio en la interacción con los pacientes.

INDICE DE CONTENIDOS

Contenido

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN.....	VII
ABSTRAC.....	VIII
INTRODUCCION.....	1
CAPÍTULO I. “Enfermedad Adictiva”.....	2
1.1 ¿Qué es la Adicción?	2
1.2 Conducta Adictiva.	5
1.3 Causas de la Adicción.	9
1.4 Tipos de Tratamiento para el Adicto.....	13
1.5 Prevención de Recaídas.....	17
CAPÍTULO II. “Terapia de Grupo”.....	21
2.1 Definiciones de Grupo:.....	21
2.2 Tipos de Grupo	22
2.2 Perfil del Terapeuta grupal.....	23
2.4 Organización del Grupo, selección, preparación y terminación del proceso terapéutico.....	24
CAPÍTULO III. “Habilidades Sociales”.....	39
3.1 Definición.	39
3.2 Componentes, Elementos y Determinantes.	40
3.2 Procedimientos de Evaluación.	42
3.4 Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	45
3.5 Fases del Entrenamiento en Habilidades Sociales.	56
3.6 Asertividad.	57
3.7 Comunicación.....	62
3.8 Resolución de Problemas.	66
3.9 Diferencias entre individuos socialmente habilidosos y no habilidosos:.....	68
3.10 Influencia del Aprendizaje Social en el Entrenamiento de Habilidades Sociales.....	68
CAPÍTULO IV. “Aplicación de la Terapia para el Entrenamiento en Habilidades Sociales: Análisis de Casos”.....	73

4.1 Metodología	73
4.2 Planificación del Proceso Terapéutico.	74
4.3 Fichas de los Pacientes:.....	80
4.4 Comparación de los resultados obtenidos a nivel general del grupo en las aplicaciones de pre y post test	103
CONCLUSIONES.	104
BIBLIOGRAFIA.	106
ANEXOS.	108

INDICE DE ILUSTRACIONES Y CUADROS

Tabla 1.....	6
Tabla 2.....	15
Tabla 3.....	93
Tabla 4.....	93
Tabla 5.....	96
Tabla 6.....	96
Tabla 7.....	98
Tabla 8.....	99
Tabla 9.....	101
Tabla 10.....	102
Tabla 11.....	104
Tabla 12.....	104
Tabla 13.....	107
Tabla 14.....	107
Tabla 15.....	109
Tabla 16.....	109
Tabla 17.....	111
Tabla 18.....	112
Tabla 19.....	113

RESUMEN

Dadas las circunstancias actuales los profesionales de la Salud Mental creemos que es una prioridad detener el masivo consumo de sustancias. Es por esto que nuestro trabajo de investigación tiene como objetivo primordial la psicoeducación, interacción, modificación y adquisición de habilidades como la comunicación, la asertividad y la resolución de problemas. Nuestro interés es proporcionar a los pacientes herramientas que les faciliten su reincorporación a la vida cotidiana luego de ser dados de alta de su rehabilitación.

Para esta investigación hemos utilizado la terapia breve cognitivo-conductual, la cual nos ha permitido obtener cambios ya dentro del proceso grupal, se ha logrado identificar puntos conductuales necesarios para la innovación, así, como identificar aspectos emocionales que permitieron descargar culpas y aceptar lo que como seres humanos somos, pero tomando en cuenta que podemos y debemos ser mejores.

ABSTRAC.

Given the current situation of Mental Health Professionals, we believe that it is our priority to stop the abuse of substances. This investigation aims to psycho-education, interaction, modification and acquisition of abilities- communication, assertiveness and problem resolution techniques. Our purpose is to provide tools that facilitate the reincorporation to society of rehabilitation patients.

We focused on brief cognitive-conductive therapy, which allowed us to obtain changes within the group process. The therapy identifies conductive points needed for motivation and emotional aspects that relieve gilts, and promotes acceptance of what we are as human beings- taking into account that we can and must be better.

INTRODUCCION.

El presente trabajo constituye la realización del deseo de abordar uno de los aspectos más importantes en la vida de todo ser humano, la interacción social, pero considerando además la influencia que pueden tener las habilidades sociales dentro del campo de las adicciones y la necesidad de incluir un entrenamiento en habilidades sociales dentro del tratamiento integral de esta enfermedad.

Las adicciones representan actualmente un gran problema dentro del área de la salud debido a los graves efectos que tiene a nivel físico, psicológico, familiar, social, laboral e incluso legal, no sólo en el paciente adicto, sino en quienes lo rodean. Debido a que la adicción es un fenómeno muy complejo y multicausal es muy importante para su rehabilitación proporcionar a los pacientes un apoyo integral que aborde la enfermedad desde diversas perspectivas y considere las individualidades de cada persona.

El entrenamiento en habilidades sociales con pacientes adictos busca el aprendizaje y desarrollo de destrezas que les permitan afrontar situaciones cotidianas de manera asertiva, resolver problemas sin evadirlos ni responder de manera agresiva y mejorar su capacidad para comunicarse tanto de manera verbal como no verbal expresando sus sentimientos.

El grupo permite al paciente observar y poner en práctica las habilidades antes mencionadas mediante la interacción entre compañeros y con la guía del o los terapeutas se recrean diversas situaciones utilizando técnicas como el modelado, instrucciones, ensayo de conducta, retroalimentación, reforzamiento y procedimientos cognitivos.

Este trabajo está dividido en dos partes; en la primera se abordan diferentes conceptos relacionados con las adicciones, la terapia de grupo y las habilidades sociales y en la segunda parte se explica cómo se aplicaron los conceptos antes mencionados de manera práctica para llevar a cabo la terapia de grupo enfocada hacia el entrenamiento en habilidades sociales.

CAPÍTULO I. “Enfermedad Adictiva”.

El Programa Internacional “Formación de Formadores” con el respaldo de las Naciones Unidas, el CONSEP y OPCION considera que la problemática de las adicciones en la actualidad se presenta como un fenómeno multicausal, pues presenta a la vez diversos orígenes reflejados en sus matices e intensidades, que vienen incrementando los niveles de riesgo en nuestra comunidad. Los indicadores observables son los datos de prevalencia, incidencia y patrones de consumo.

Con esta perspectiva acerca del consumo, abuso y dependencia de sustancias, consideramos a la enfermedad adictiva como un problema social, ambiental, legal y hasta de personalidad muy grave. Los procedimientos para tratar el abuso de sustancias dependen de cada una de ellas, del patrón de consumo, de la disponibilidad de un sistema de apoyo psicosocial y de las características individuales de cada paciente. Un apoyo adecuado es de gran utilidad para facilitar los complejos cambios conductuales que son necesarios para que un paciente abandone el abuso de sustancias. Tras un período inicial de desintoxicación, el paciente necesita un programa de rehabilitación prolongado, que incluya en el tratamiento las terapias individuales, grupales y familiares, que suelen ser de gran utilidad.

“NUNCA SE RECALCA LO SUFICIENTE LA IMPORTANCIA DE DARSE CUENTA DE QUE A LOS ADICTOS LOS ENGAÑA SU PROPIO PENSAMIENTO DISTORSIONADO Y DE QUE SON SUS VICTIMAS. SI NO LO COMPRENDEMOS, ES POSIBLE QUE NOS SINTAMOS FRUSTRADOS O NOS ENOJE TENER QUE TRATAR CON UN ADICTO”.¹

1.1 ¿Qué es la Adicción?

Muchos autores catalogan a las adicciones como un trastorno en el control de los impulsos, manifiestan también que existe una tendencia a la repetición mas o menos frecuente y estereotipada, y que esta ligada al concepto de compulsión.

¹ Abraham J Twerski, 1999, El Pensamiento Adictivo, primera edición, Editorial Patria S.A., México.

“La compulsión es un impulso sistemático e irreprimible que se traduce en un acto difícil de controlar, por la incapacidad de abstener y/o detenerse a pesar de que las consecuencias sean negativas”². Solo las sustancias, objetos o situaciones que tienen la peculiaridad de generar bienestar de manera inmediata tienen la posibilidad de ser adictos. Se fundamenta en los aspectos biológicos: acción de neurotransmisores cerebrales, mecanismos de recompensa positiva y negativa.

Recientemente se ha empezado a manejar el concepto de las adicciones como una patología del vínculo, entendido como el tipo de relación que la persona establece con el objeto, no solo influyen las características propias de la droga o del sujeto. La sustancia centraliza la vida del individuo, organiza sus tiempos y acciones, su pensamiento y sus emociones. “La forma extraña en que la persona se relaciona con la droga es lo que define la adicción: enfermedad auto y heterodestructiva, crónica, progresiva y potencialmente fatal, de curso variable, que desarrolla una persona mediante un vínculo patológico; es decir, presenta un fuerte deseo o sentimiento de compulsión hacia una sustancia que le causa neuroadaptación”. (OPCION, 2001).

Adicción a las drogas.

El fenómeno de adicción es complejo, involucra un trastorno de la conducta en el cual un agente externo se convierte en una parte fundamental de la vida de un individuo. De acuerdo con el DSM IV, se habla de adicción cuando se presenta un deterioro clínicamente significativo como consecuencia del consumo de una sustancia.

Se caracteriza por la presentación de tres o más de los siguientes signos en un periodo continuo de doce meses:

1. Tolerancia.
2. Dependencia física.
3. Consumo de la sustancia en cantidades mayores o por periodos más largos de lo que originalmente se pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

² NACIONES UNIDAS, CONSEJO ECONÓMICO PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2006, Formación de Formadores.

5. Empleo de tiempo cada vez mayor en actividades relacionadas con la obtención o el consumo de la sustancia.
6. Reducción importante de las actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Consumo continuo de la sustancia a pesar de tener conciencia del daño que ocasiona.

La adicción es considerada una enfermedad, cuando se necesita un tratamiento para salir de ella, y no puede ser controlada por el adicto. La enfermedad puede ser con sustancias lícitas, ilícitas o con fármacos, que quizás en un principio se utilizaron para el tratamiento de otra enfermedad.

Así, se define como un fenómeno que presenta, al menos, estas tres características:

- Existen síntomas, los mismos que son un conjunto de señales de alarma que el organismo <emite> con la finalidad de indicar algún desperfecto en su estructura o en su funcionamiento.
- Existe una progresión en cualquier enfermedad, esto es, las cosas tienden a empeorar si no se atiende el problema.
- Puede hacerse un pronóstico de cuales son los resultados cuando la enfermedad sigue su curso natural.

¿Cómo afectan las drogas al cerebro?

Las drogas introducidas en nuestro cuerpo por diferentes vías, llegan alojadas en el torrente sanguíneo hasta el cerebro. Una vez que han llegado al cerebro, lugar donde reside el control de las funciones superiores del ser humano, alteran su normal funcionamiento actuando sobre unas sustancias bioquímicas naturales llamadas “neurotransmisores”.

Las señales nerviosas viajan a través de las células nerviosas, denominadas neuronas, que están conectadas entre si por la sinapsis. En la sinapsis es en donde se liberan los neurotransmisores, que actúan sobre la siguiente neurona en unos puntos específicos llamados receptores. La interacción de los neurotransmisores en los receptores produce una serie de cambios que permiten que la información pase de una neurona a otra.

Las drogas alteran el funcionamiento cerebral modificando la producción, la liberación o la degradación de los neurotransmisores cerebrales, de tal forma que se produce una modificación del proceso natural de intercomunicación neuronal y en la producción y receptación de los neurotransmisores.

De esta forma es como las drogas logran alterar nuestra percepción sensorial, la sensación de dolor o bienestar, los ritmos de sueño vigilia, la activación, etc. Estos cambios bioquímicos que se producen en el seno del cerebro se tratan con medicación con el objeto de restablecer el equilibrio natural y permitir el normal funcionamiento de nuestro sistema neurológico.

¿Por que las personas necesitan ayuda?

Las personas pasan por cinco estadios en la búsqueda de ayuda (Prochaska y otros, 1992). En el estadio **precontemplativo**, ni siquiera se dan cuenta de que tienen un problema (o bien consideran que la utilización de las drogas es más importante que los problemas q causan). En el estadio **contemplativo**, les gustaría considerar sus problemas, pero todavía es poco probable que lo dejen por si mismos. Los individuos que están en el estadio de **preparación** intentan tomar medidas para dejar la droga o la bebida, pero no están seguros de ser capaces de seguir así. En el estadio de **acción**, los pacientes demuestran conductualmente una disminución en sus conductas de utilización de drogas y una modificación terapéutica en sus creencias acerca de tomar drogas. Aquellos que son capaces de llegar con éxito al estadio de **mantenimiento**, ya han hecho grandes progresos para poder estar libres de la droga y del alcohol, y están trabajando activamente para mantener la consistencia en este esfuerzo durante meses y años.

1.2 Conducta Adictiva.

Existen numerosas explicaciones de por que la gente utiliza y llega a ser adicta a determinadas sustancias. En general, el proceso de la adicción queda explicado por medio de un efecto bastante obvio causado por la sustancia. La razón básica para empezar con las drogas y el alcohol es conseguir placer, experimentar la euforia de encontrarse ubicado y compartir la excitación con la compañía de alguien que también lo este utilizando.

Esta claro que en el momento del consumo la droga proporciona sensaciones antes no experimentadas, que les permite sentirse libres, sin tensiones, ni miedos, ni aburridos y sin cansancio. Situación que hace vulnerable repetir esa primera experiencia, que causo tanto placer y que nos desconecto de todo aquello que causaba malestar en ese preciso momento. Claro, sin olvidar decir que este nuevo estilo consiguió que una persona pueda ser parte de un grupo.

Es aquí, en donde se vuelve un problema importante el que la droga consiga controlar al individuo y no el individuo a ella. “Sus objetivos, sus valores y sus lazos de unión pasan a estar subordinados a la utilización de la droga. No pueden controlar su vida con eficacia, pasan a estar en un circulo vicioso de deseos irrefrenables por consumir, así, como cambios precipitados del estado de ánimo, mayor angustia, que solo puede ser aliviado inmediatamente por la utilización de nuevo de las drogas”³.

Al hablar de Conducta Adictiva nos referimos a la acción que en el individuo genera una sensación de placer o bienestar, la cual es muy probable que sea repetida en función de ciertos <patrones inadaptados> o características clínicas, y que corre el riesgo de convertirse en una conducta adictiva. La persona adicta muestra una fuerte dependencia psicológica, actúa con ansia y de forma impulsiva, perdiendo así el interés por cualquier otro tipo de actividades gratificantes. Como consecuencia de aquello, no es capaz de controlarse a pesar del efecto negativo experimentado.

Así, llegamos al punto en el que el comportamiento adictivo se vuelve automático, emocionalmente impulsado, con poco control intelectual sobre el acierto o error de cada decisión. El adicto desea los beneficios de la gratificación inmediata, pero no repara en las posibles consecuencias negativas a largo plazo.

La red de problemas externos e internos que conducen, y que posteriormente hace que se mantenga, la utilización compulsiva de una droga, es una característica definitoria de la adicción. Lejos de calmar el dolor de la vida, las drogas crean nuevas clases de problemas. Un número importante de características distinguen a los individuos adictos de los que son consumidores casuales. Una diferencia fundamental estriba, tal y como lo

³ Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Corey F. Newman, Bruce S. Liese, 1999, Terapia Cognitiva de las Drogodependencias, Paidós, Buenos Aires.

ha señalado Peele (1985), en que mientras los individuos adictos subordinan algunos objetivos importantes a la utilización de la droga, los consumidores casuales priorizan más otros valores: la familia, los amigos, la ocupación, el ocio y la seguridad económica por nombrar algunos de ellos. Además, los consumidores de drogas tienen ciertas características como son la baja tolerancia ante la frustración, poca asertividad o poco control del impulso, que los hace a su vez más susceptibles.

Por definición, los adictos son personas que tienen dificultad en dejarlo de forma permanente. Pueden haber empezado a utilizar la sustancia de forma voluntaria pero bien no creen que puedan dejarlo o bien no escogen voluntariamente dejarlo. Al primer signo de problemas médicos, financieros o interpersonales, muchos consumidores ignoran, minimizan o niegan los problemas, o los atribuye alguna cosa distinta a las drogas.

El Fenómeno de la Adicción.

A la hora de ayudar a los pacientes a tratar su problema con las drogas y el alcohol, es crucial tener una comprensión completa del fenómeno asociado con la utilización de la misma. El craving representa un deseo muy intenso por una experiencia concreta de algún tipo, como, por ejemplo ganas de comer, relajarse al fumar, o la satisfacción que produce el sexo. La realización del deseo se alcanza con la consumación, y el medio de conseguirlo es el acto consumatorio. Lo que nos lleva a definir como impulso, la consecuencia instrumental del craving; intención conductual para verse implicado en una conducta consumatoria específica. Los impulsos pueden ser considerados como compulsiones cuando el individuo se siente incapaz de resistirse a ellos. Por tanto, un impulso puede estar instigado por un sentimiento o estado desagradable (como la ira y la ansiedad) o bien la anticipación de un acontecimiento estresante o desagradable. El objetivo último del impulso es reducir el estado que lo ha provocado, ya sea un craving de excitación o el deseo de relajación. El intervalo de tiempo entre el craving y la realización material de un impulso proporciona un periodo para la intervención terapéutica (Marlatt, 1985, y Horvath, 1988).

Aunque el craving que lleva a la bebida es involuntario, se puede controlar el impulso voluntariamente y adoptar incluso aunque el paciente se sienta indefenso. Debido a que le craving y los impulsos tienden a ser automáticos y pueden llegar a ser autónomos.

En el corazón mismo del problema de la adicción de una persona se encuentra un conjunto de creencias que parece que se derivan de creencias nucleares como <estoy indefenso>, <no soy querido> o <soy vulnerable>. Estas creencias nucleares interactúan con los estresores vitales para producir un exceso de ansiedad, disforia o ira. Estas situaciones estresantes o estímulo no causan directamente el craving, sino que activan las creencias relacionadas con las drogas que llevan al craving. Aunque utilicemos el término situación/estímulo, hay que darse cuenta que en principio toda situación por sí misma es neutra. Los significados que se derivan de las creencias que se ligan a las situaciones son los que causan el craving en las personas. Las personas que tienen creencias que no pueden tolerar la ansiedad, la disforia o la frustración, por ejemplo, serán hiperatentos a estas sensaciones y construirán expectativas acerca de poder aliviarse de las mismas, solo mediante la utilización de drogas o ingiriendo alcohol. Por tanto, cuando aparece una emoción desagradable, la persona intenta neutralizarla utilizando las drogas o bebiendo.

Se puede delinear una secuencia específica de creencias que conducen a que la persona beba o utilice drogas. Primero aparecen las creencias anticipadoras, relacionadas con la obtención de placer mediante la ingesta de alcohol o el consumo de drogas. Estas creencias anticipadoras normalmente progresan hacia creencias imperativas sobre el alivio, que definen la utilización o la bebida como una necesidad fatal y manifiestan que el craving es incontrolable y debe ser satisfecho. La anticipación del placer o el alivio lleva a la activación del craving y a las creencias facilitadoras o permisivas, como <me lo merezco>, <esta bien>, que justifican la utilización de la sustancia. Finalmente, se impulsan los planes instrumentales mediante el craving apremiante, que tienen que ver con los planes y estrategias para obtener drogas y alcohol.

Muchos individuos tienen creencias conflictivas en relación con los pros y contras de recurrir a una droga. A veces, están tan atados a esa lucha tan desagradable entre ambas creencias opuestas que paradójicamente buscan las drogas para poder aliviar la tensión que les genera dicho conflicto.

La aplicación terapéutica de este modelo, que consiste en modificar el sistema de creencias del individuo, va más allá de enseñar al sujeto a evitar o afrontar las situaciones de alto riesgo.

1.3 Causas de la Adicción.

La adicción es una enfermedad compleja de naturaleza bio-psico-social. Sus causas son múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el desorden adictivo. Su etiología no lineal, multifactorial y sistémica hace difícil comprenderla con una visión lineal o simplista de: una causa – un efecto.

Este hecho es además importante en el tratamiento de estos desórdenes pues cada persona es diferente y muestra distintos matices del problema de modo que es necesario individualizar cada caso y realizar un estudio amplio de la historia personal y familiar antes de hacer un diagnóstico.

Factores biológicos, genéticos, psicológicos y de personalidad, socio-culturales y familiares se unen en una interacción multisistémica produciendo primero la predisposición y luego con la exposición al factor desencadenante, que podría ser: sustancias psicotrópicas, juego, sexo, relaciones, comida, etc.; se evoluciona hacia la consolidación del proceso patológico llamado adicción.

Acerca de los factores familiares, se acepta que la familia adictiva posee por regla general la marca de la adicción en su dinámica, generándose patrones disfuncionales de interacción que van formando al niño de manera que lo predisponen al desarrollo de las adicciones y dificulta la intervención constructiva de la familia una vez instalado el desorden, eliminando la posibilidad de que la familia sea un factor preventivo o contentivo para la aparición de estos desordenes en sus miembros.

Son los factores de riesgo más frecuentes en especial en el alcoholismo. Por lo general hay permisividad en el seno familiar, problemas de comunicación (falta o comunicación disfuncional ejemplo: maltratos, insultos, dominancia), pobres estilos disciplinarios, rechazo parental, abuso físico y sexual (particularmente en mujeres); hogares desintegrados (divorcio, separaciones), así como la falta de adecuada supervisión familiar.

Nuestra sociedad es permisiva con el alcohol y en tal sentido desde que nacemos hasta nuestra muerte los eventos sociales están entremezclados con el alcohol, la

disponibilidad de las bebidas etílicas juega un rol importante para el inicio del de sustancias ilegales. El machismo es otro atributo psicológico de base cultural que tiene mucha relevancia en los patrones de consumo de nuestra sociedad. Aspecto adicional a considerar es el vínculo con amistades malsanas con tendencias antisociales donde la presión de grupo ya sea en contextos sociales, laborales o académicos son muchas veces la que precipita el desarrollo de consumos excesivos y finalmente la dependencia.

Hoy en día la participación genética en el desarrollo del alcoholismo y drogadicción es un hallazgo que no tiene duda, demostrado a través de los estudios en animales, gemelos y de adopción que han confirmado tales asociaciones. Los estudios más actualizados sobre la tasa de herencia general para el alcoholismo fluctúan entre el 60% y 90%. (Schukit, M., 1991). Parientes cercanos de alcohólicos primarios tienen aproximadamente 3 a 4 veces más el riesgo de desarrollar el trastorno. Del mismo modo en los hijos de alcohólicos se han encontrado un incremento de reacciones placenteras ante la exposición al alcohol, una menor alteración cognitiva y psicomotora así como una serie de cambios en el sistema nervioso central que los predisponen al alcoholismo. (Kumpfer, K., 1993; Harrison's, y col; 1994; Schukit, M., Smith, T., 1996).

Los factores de personalidad juegan un rol en el desarrollo de la adicción, teniendo en cuenta que algunas características de la personalidad, tales como la baja tolerancia a la frustración y la dificultad para lidiar con los sentimientos propios, son factores que facilitan la aparición del desorden adictivo; ningún estudio ha podido ser concluyente en la existencia de una "personalidad adictiva". Y la experiencia clínica demuestra que existen adictos con diversos tipos de personalidad.

Los factores de riesgo más reconocidos para el desarrollo de las adicciones se resumen en los siguientes puntos (Kumpfer, 1993; Saavedra-Castillo, 1996):

1. Trastornos Perturbadores de Conducta:

Rebeldía con tendencia a transgredir las normas sociales, indisciplina, impulsividad y/o agresividad, hurtos o tendencia a vínculos con pandillas callejeras. **Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención** que se refiere al niño(a) con problemas de inquietud, hiperactividad, impulsividad y serios problemas de atención con el resultante menoscabo en el rendimiento escolar. Dada su inquietud e hiperactividad

muchos de estos niños desarrollan problemas de conducta y con frecuencias estos cristalizan en problema con alcohol u otras drogas.

2. Trastornos de Personalidad:

Problemas en la forma del comportamiento (conducta), la manera de pensar (cognición), la modalidad de manifestar sus afectos e impulsos, así como la manera de relacionarse con los demás. En el escenario de la dependencia a sustancias muchos de los trastornos de personalidad predisponen al consumo, por lo cual es pertinente, su adecuado reconocimiento y atención temprana para evitar su desenlace en problemas adictivos.

Trastorno de Personalidad Dependiente: Joven que se deja llevar por el grupo, usualmente pasivo, de poco carácter, que por lo general no asume sus propias decisiones sino deja que otros lo hagan por él, inseguro, con marcadas necesidades de ser asistido por los demás. Frecuentemente estas personas son presa fácil de la presión social para el consumo de alcohol y otras drogas.

Trastorno de Personalidad Evitativo: Es la persona con rasgos de timidez de mucho tiempo, con creencias de ser inferior, socialmente inaceptable, con serios problemas para relacionarse a nivel social (particularmente con el sexo opuesto) por el temor a la crítica, rechazo al no “caer bien”. Muy cohibida, temerosa al fracaso y que con frecuencia usa el alcohol y otras drogas (estimulantes) como forma de desinhibirse , relajarse y así poder suplir su deficiencia psicológica personal y enfrentar las situaciones sociales y temores diversos.

Trastorno de Personalidad Antisocial: Se refiere a un trastorno con claras perturbaciones conductuales antes de los 15 años, caracterizada por la trasgresión repetitiva y constante de las normas sociales y de los derechos de los demás, con problemas de indisciplina, rebeldía y variados grados de conductas antisociales (delincuenciales). Tal trastorno suele acompañarse del uso del alcohol y otras drogas dentro del repertorio conductual antes mencionado. Es uno de los trastornos de peor pronóstico y que es una condición que debe ser identificada por el riesgo de manipular el entorno en beneficio personal

Trastorno de Personalidad Histriónica: Trastorno frecuente de el género femenino, caracterizado por la tendencia a la exageración en la expresión de sus emociones, con búsqueda constante de ser el centro de la atención, con poca tolerancia a la frustración, con tendencia a enfrentar sus problemas o conflictos a través de conductas mal adaptadas ejemplo; desenfrenos impulsivos, gestos suicidas, manifestaciones conversivas (desmayos, “crisis de nervios”, cefaleas intensas, etc.) o disociativas (ejemplo. estado de trance, desorientación en persona, conductas regresivas) cuya finalidad es manipular a su entorno (pareja, familia) para satisfacer sus necesidades personales. Este tipo de personalidad con frecuencia usa el alcohol, los sedantes u otras drogas para enfrentar sus conflictos de relación y/o sus tensiones extremas, calmando transitoriamente sus angustias para luego cristalizar en la dependencia.

3. Otras Condiciones Psicológicas/Psiquiátricas:

DEPRESION: La depresión se refiere al estado de abatimiento, tristeza, desesperanza, minusvalía, emotividad, insomnio, pérdida de apetito e ideas de muerte o intentos suicidas con variados grados de compromiso funcional en las áreas académicas, laborales o socio familiares de más de dos semanas de duración, desencadenada o no por estresores ambientales (ejemplo: muerte de familiar, problemas económicos, conflictos familiares, etc.), constituye una de las condiciones que pueden anteceder a la iniciación de la adicción o a un consumo excesivo crónico de alcohol y otras sustancias.

ANSIEDAD: El estrés es una de las condiciones más frecuentes con las que una persona se enfrenta en el diario vivir. El estrés se define como el estado de tensión generado por los múltiples problemas o presiones (personales, familiares, económicos, etc.) que la persona puede estar enfrentando y que es el resultado de la forma como esta aprecia tales estresores y de los mecanismos de afrontamiento que dispone a través de su experiencia de vida. (Goetsch, V., Fuller, M., 1993). Tal situación es con frecuencia el precipitante del consumo de alcohol u otras drogas como forma de aplacar la angustia, la tensión en algunos casos, y en otros como forma de olvidar la realidad tan dura. Aquí la orientación apropiada de las medidas

de relajación así como del uso adecuado de su red sociofamiliar inmediata son las medidas más a la mano que se disponen para enfrentar tal condición.

Otro trastorno frecuente es el de la **Ansiedad Generalizada** que se refiere al estado de ansiedad crónico. La persona se preocupa en demasía por todas las cosas, y tiene tendencia a pensar en las diversas posibles eventualidades negativas de su vida o de sus allegados. Por lo general tales personas dado los niveles elevados de tensión son candidatos plausibles para el consumo de alcohol como forma de mediar su tensión excesiva. Las medidas preventivas más adecuadas son similares a las del estrés.

Finalmente en el rubro de la ansiedad se tiene al **Trastorno de Pánico** que se refiere a aquella condición que se presenta entre la segunda y tercera década de la vida y que se caracteriza por episodios transitorios (minutos) de crisis de ansiedad, desesperación, falta de aire, sensación de vacío en el estómago, palpitaciones, tensión muscular generalizada, temor a volverse loco, o deseos de salir corriendo, que por lo general se acompaña de inseguridad y al repetirse las crisis deviene en un estado de tensión permanente (ansiedad anticipatoria) que hace a la persona muy insegura y limitada y con marcadas restricciones, salir por los temores de una recurrencia en la calle y de encontrarse sólo(a). Es un trastorno que requiere ser reconocido y tratado psiquiátrica y psicológicamente, de manera apropiada dado que se asocia con un curso desfavorable del alcoholismo. Otra consideración importante es que trae consigo un riesgo elevado de habituación a sedantes por el marcado tinte ansioso.

1.4 Tipos de Tratamiento para el Adicto.

La adicción es una enfermedad tratable. Los descubrimientos en la ciencia de la adicción han llevado a avances en el tratamiento para el abuso de drogas que ayuda a que las personas dejen de consumir y vuelvan a tener una vida productiva.

La adicción no tiene que ser una sentencia para toda la vida. Al igual que otras enfermedades crónicas, la adicción se puede manejar con éxito. El tratamiento permite a las personas contrarrestar los efectos poderosos y dañinos sobre el cerebro y el comportamiento para que vuelvan a recuperar el control de sus vidas.

La naturaleza crónica de la enfermedad significa que no sólo es posible recaer en el abuso de drogas, sino que es probable, viéndose tasas de recaídas parecidas a las de otras enfermedades médicas crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma, que también tienen componentes tanto fisiológicos como conductuales. El tratamiento de enfermedades crónicas involucra cambiar comportamientos profundamente arraigados, y la recaída no significa que el tratamiento falló. Para los pacientes adictos, las recaídas en el abuso de drogas indican que se debe comenzar de nuevo, se debe ajustar el tratamiento, o que se requiere un tratamiento alternativo.

Las investigaciones muestran que la mejor manera de asegurar el éxito para la mayoría de los pacientes es una combinación de medicamentos, cuando están disponibles, con terapia conductual. Los enfoques de tratamiento deberán ser individualizados en función de los patrones de abuso de drogas y los problemas médicos, psiquiátricos y sociales relacionados a las drogas de cada paciente en particular.

Hay diferentes tipos de medicamentos que pueden servir durante las diferentes etapas de tratamiento para ayudar a un paciente a dejar de abusar de las drogas, mantenerse en tratamiento y evitar las recaídas.

Tratamiento del síndrome de abstinencia.

Cuando un paciente recién deja de abusar de las drogas, puede sentir una variedad de síntomas físicos y emocionales, incluyendo la depresión, la ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, inquietud y dificultad para dormir. Algunos medicamentos para los tratamientos de la drogadicción están diseñados para reducir estos síntomas, lo que hace más fácil desistir del abuso.

Continuidad en el tratamiento. Determinados medicamentos se usan para ayudar a que el cerebro se adapte gradualmente a la ausencia de la droga abusada. Estos medicamentos actúan lentamente para evitar los deseos vehementes por la droga y tienen un efecto calmante sobre los sistemas corporales. Pueden ayudar a los pacientes a concentrarse en la consejería y otras psicoterapias relacionadas a su tratamiento para la drogadicción.

Prevención de la Recaída. La ciencia nos ha enseñado que el estrés, ciertas cosas o situaciones relacionadas a la experiencia con las drogas (por ejemplo, ciertas personas,

lugares, cosas, estado de ánimo) y la exposición a las drogas son los factores más comunes que producen una recaída. Se están desarrollando medicamentos que interfieran con estos factores para ayudar a los pacientes a mantener la recuperación.

Los tratamientos conductuales ayudan a que las personas se comprometan con su tratamiento para la drogadicción, modificando sus actitudes y comportamientos relacionados al abuso de drogas y aumentando sus habilidades para manejar circunstancias estresantes y señales ambientales que pueden disparar los deseos efusivos por las drogas y producir otro ciclo de abuso compulsivo. Es más, las terapias conductuales pueden mejorar la eficacia de los medicamentos y ayudar a que las personas se adhieran al tratamiento por más tiempo.

Lograr que una persona adicta deje de abusar de las drogas es apenas una parte de un proceso largo y complejo de recuperación. Cuando las personas entran a tratamiento, es porque ya la adicción literalmente se ha apoderado de sus vidas. La compulsión de obtener, consumir y experimentar los efectos de las drogas ha dominado cada minuto que están despiertos y el abuso de drogas ha tomado el lugar de todas las cosas que antes les gustaba hacer. Ha trastornado cómo funcionan en su vida de familia, en el trabajo y en la comunidad y es más probable que sufran de otras enfermedades graves. Debido a que la adicción afecta a tantos aspectos de la vida del adicto, el tratamiento debe atender a todos estos aspectos para tener éxito. Es por eso que los mejores programas incorporan una variedad de servicios de rehabilitación dentro de sus regímenes integrales de tratamiento. Para fomentar la recuperación de la adicción, los consejeros de los programas de tratamiento seleccionan de un menú de servicios para llenar las necesidades individuales de cada paciente, que pueden ir desde las necesidades médicas, psicológicas y sociales hasta las vocacionales o legales.

Creemos entonces que el siguiente recuadro engloba las opciones que podemos ofrecer al paciente y que de cierta manera van estimular las áreas en las que la persona se presenta con mayor deficiencia, sin dejar de lado la introducción del paciente a un grupo de terapia alternativa, ocupacional, grupos vivenciales, etc.

► **Terapia cognitiva-conductual.** Trata de ayudar a que los pacientes reconozcan, eviten y resistan las situaciones en que es más probable que abusen de las drogas.

- **Incentivos para ayudar a la motivación.** Uso de refuerzos positivos ofreciendo premios o privilegios por mantenerse sin usar drogas, por asistir y participar en las sesiones de consejería o por tomar los medicamentos para el tratamiento, siguiendo las indicaciones del médico.
- **Entrevistas de motivación.** Empleo de estrategias que logran cambios rápidos en el comportamiento, motivados internamente por el propio paciente, para dejar de usar drogas y facilitar su ingreso a tratamiento.
- **Terapia en grupo.** Ayuda a los pacientes a enfrentar su abuso de drogas de forma objetiva, aceptar sus consecuencias nocivas y reforzar su motivación para no usar drogas. Los pacientes aprenden formas eficaces para resolver sus problemas emocionales e interpersonales sin tener que recurrir a las drogas.

Tabla 1. Opciones de tratamiento para la adicción

¿Tienen las personas que abusan de las drogas problemas psiquiátricos adicionales?

Muchos de los pacientes que buscan o son remitidos a tratamiento tienen un <diagnostico doble> (Mirin y Weiss, 1991; Reiger y otros, 1990). Esto significa que además del diagnostico por adicción también tienen un diagnostico por otro síndrome (Eje I) como la depresión, o bien un diagnostico por trastorno de personalidad (Eje II), o bien una combinación de ambos. Un buen planteamiento terapéutico debe tener en consideración las distintas formas en que los problemas psicológicos de los pacientes se expresan en realidad. Por ejemplo, un paciente con trastorno de personalidad dependiente, dominado por un pobre concepto de si mismo, puede deprimirse después de un rechazo e intentar contrarrestar los sentimientos de depresión mediante la utilización de sustancias y/o bebiendo. La unión de estas conductas puede ser un hilo conductor frecuente, tal y como <estoy demasiado débil o frágil para hacerlo por mi mismo>. Esta creencia puede desencadenar una depresión clínica cuando desaparece la ayuda interpersonal. La misma creencia promueve la utilización de la bebida cuando el paciente se enfrenta con un problema difícil o una situación estresante <no puedo manejar esto sin una bebida o una droga>.

Las técnicas y opciones que hemos descrito no presentan una lista completamente exhaustiva. De hecho, somos los propios terapeutas los que debemos utilizar la

creatividad, las necesidades individuales de los pacientes y sus virtudes para proporcionarles procesos que tengan una finalidad lógica y razonable, que encajen en la conceptualización del caso, se adhieran a los principios éticos y se centren en los cambios de creencias así como en el cambio de conductas relacionadas con las drogas.

1.5 Prevención de Recaídas.

Muchos individuos son capaces de manejar los síntomas de abstinencia, si se presentan, y están durante periodos de tiempo importantes sin consumir. Pero a veces recaen sin que exista ninguna razón apremiante.

La Prevención de Recaídas persigue que el paciente identifique las dificultades y errores del pasado (patrones cognitivos y conductuales condicionados a la droga y al estilo de vida asociado), conozca limitaciones y vivencias que tendrá que afrontar ante la ausencia de droga, y adquiera repertorios que le permitan afrontar los diferentes cambios emocionales y comportamentales que pueden producirse en cada etapa distinta, durante y después del tratamiento.

Cuando una persona comienza el proceso de la disfunción, empieza el proceso de la recaída. Viendo el proceso de la recaída reconoces que hay señales de alerta antes de que ocurra una recaída aguda. Cuando registras las señales de alerta antes de que consumas, puedes buscar ayuda e interrumpir el proceso.

La planeación de la prevención de la recaída está basada en el hecho de que los síntomas de la enfermedad adictiva no se detienen con la abstinencia. Esta es una enfermedad que tiene dos lados cortantes. El primero ataca cuando estás consumiendo, esta es la parte obvia de la enfermedad. Lo que no es obvio es que la enfermedad se extiende hacia la abstinencia y toma un tamaño vicioso mientras intentas recuperarte. Esta parte de la enfermedad basada en la sobriedad es tan poderosa y destructiva como en la parte basada en el alcohol/drogas. Y aun, estás más imposibilitado cuando ocurre, porque generalmente está mal entendida y reconocida.

Los síntomas de la recaída usualmente se desarrollan en un nivel subconsciente. No te das cuenta de ellos hasta que están fuera de control, cuando tus percepciones, tu juicio,

tu comportamiento se transforma en una irrealidad. Y probablemente el individuo será incapaz de interrumpir ese proceso de recaída.

Mientras que la recaída es una realidad muy posible, puede ser evitada. A través, del proceso de la planeación de prevención de recaídas, puedes aprender formas de manejar los síntomas basados en la sobriedad y traerlos a la consciencia antes de que sea demasiado tarde. Puedes aprender a interrumpir el proceso de la recaída antes de que te vuelvas disfuncional.

Puedes aprender del pasado. De hecho, el pasado es tú mejor y más efectivo maestro. Te enseña lo que funciona y lo que no funciona. Debes permitirte que el pasado te enseñe a como estar sobrio, puedes evitar el uso adictivo en el futuro. Y puedes evitar otros tipos de disfunción tales como el colapso físico o emocional.

Hay señales de alerta predecibles y progresivas que ocurren en la mayoría de las personas en recuperación antes de que regresen al uso adictivo. Las señales de alerta van a comenzar con cambios menores en el pensamiento y en el comportamiento. Te vas a convencer de que tu adicción ya no es un asunto prioritario, otras cosas se vuelven más importantes como utilizar viejos comportamientos que van a llamar tu atención y vas a volver a lo cotidiano.

La planificación de la prevención de recaídas te enseña hacer consciente los cambios y a elegir alternativas positivas por químicos adictivos y comportamientos compulsivos.

Es muy importante que antes de que estés en problemas, desarrolles un plan que le permita a tu familia, amigos consejero, y miembros del grupo de autoayuda a guiarte para que puedas interrumpir la ocurrencia de un probable episodio potencial o de recaída como tal. Debes plantearte reglas que quieras que otros sigan para ayudarte evitar las consecuencias destructivas de la recaída. La prevención trae los síntomas de la recaída a un nivel consciente en donde tomas acciones que te van a permitir tener una vida sana y placentera.

Pasos para la prevención de recaídas:

- 1. Estabilización:** Tomar el control de tu vida.
- 2. Auto asesoría:** Descubrir que causo la recaída.

3. **Educación de recaídas:** Aprender sobre el proceso de la recaída y como prevenirla.
4. **Identificación de señales de alerta:** Identificar las señales de alerta que me dicen que estoy en problemas con mi sobriedad.
5. **Manejo de las señales de alerta:** Tener planes concretos para prevenir y detener las señales de alerta.
6. **Entrenamiento en el inventario:** Aprender como hacer consciente las señales de alerta así como se desarrollan.
7. **Revisión al programa de recuperación:** Asegurarse de que el programa de recuperación es capaz de ayudar a manejar las señales de alerta.
8. **Participación de otros:** Enseñar a otros como trabajar contigo para evitar la recaída.
9. **Seguimiento y Reforzamiento:** Regularmente actualizar tu plan de prevención de recaídas.

Actualmente, se cree necesario que el paciente para predecir y controlar la recaída aprenda a identificar los estímulos de alto riesgo internos y externos, reduciendo la probabilidad de que la persona adicta se exponga e incrementando la posibilidad de reaccionar reflexivamente ante ellos. Es trascendental, que el adicto realice análisis de ventajas y desventajas, que pesa más un desliz que lleve a la recaída o su estabilidad física, mental y emocional. Cabe recalcar que el papel de la familia y de las redes de apoyo social son un pilar fundamental en la prevención de las recaídas.

Uno de los factores en el mantenimiento de la droga es la creencia habitual de que acabar con el consumo de la misma producirá una serie de efectos secundarios intolerables. Sin embargo, estos efectos varían enormemente de una persona a otra, de una sustancia a otra y del impacto psicológico ligado a los síntomas de abstinencia.

Hablar de la variedad de obstáculos que existen para acabar con el consumo de una droga fuera extenso y causaría malestar identificar las miles de causas que desencadenan la adicción, pero un factor que es fundamental para su desarrollo, es la red de creencias disfuncionales que se crean y se centran en el ambiente mismo de la adicción. Dejar de confiar en las drogas o en el alcohol se considera como una privación de la satisfacción y el consuelo, o una amenaza a su bienestar y buen funcionamiento

(Jennings, 1991). Acabar con ello significa, para algunos, acabar con la <capa de seguridad> que utilizan para tapar su disforia.

Actualmente, consideramos que a través de la firme profesionalidad del terapeuta, su sinceridad, sus intenciones y sus capacidades son las mejores razones para que el paciente desarrolle confianza en el trabajo terapéutico. La confianza terapéutica con las poblaciones que padecen abuso de sustancias es difícil de establecer y mas difícil aun de mantener. Pero no es un escudo que no podamos atravesar, al contrario, una vez cruzado debemos crear alternativas que nos ofrezcan la seguridad física y emocional que necesita el paciente.

Precisamente, debemos devolverle al adicto la seguridad de que después de la hospitalización el trabajo de prevención de recaídas, es un proceso intenso que se debe reformular cada cierto tiempo. La sobriedad es abstinencia del uso adictivo de drogas, de comportamientos compulsivos y del mejoramiento de tu salud bio-psico-social. En la medida en que logres estas tres cosas estas definido por lo completo de tu sobriedad.

“Cuando tu tratas de controlar algo sobre lo que tu eres impotente, pierdes el control sobre lo que tu puedes manejar”⁴

⁴ Gorski Millar, Sobriedad.

CAPÍTULO II. “Terapia de Grupo”.

El ser humano es un ser social, por lo tanto hablar de la influencia de los grupos en las personas implica retroceder en el tiempo y reconocer que desde la antigüedad los líderes de tribus y religiosos promovían curaciones y cambios de conducta mediante rituales de índole social; a lo largo de la historia las aplicaciones de la terapia de grupo se han ido extendiendo desde el trabajo educativo con grupos de pacientes tuberculosos, esquizofrénicos, grupos psicoanalíticos, psicodrama, etc. Posteriormente con la segunda guerra mundial, la terapia de grupo expandió su popularidad debido a la abundancia de casos psiquiátricos, así fue tomando diferentes matices y ampliando su campo de acción y hoy en día es una opción de terapia que ha demostrado ser efectiva aplicándola de forma exclusiva o como complemento de la terapia individual y de la farmacoterapia.

La efectividad de la terapia de grupo igual que en cualquier otro tipo de terapia depende en gran medida del grado de competencia del terapeuta, quien además de la formación profesional requiere tener habilidades sociales básicas que le permitan reconocer y manejar adecuadamente las emociones de los miembros del grupo.

La terapia grupal tiene diversos enfoques, dependiendo de la teoría que se tome como base, la terapia de grupo cognitivo- conductual permite a los miembros adquirir y practicar habilidades sociales y de interacción con sus compañeros.

2.1 Definiciones de Grupo:

Es un conjunto de dos o más personas que interactúan con interdependencia para alcanzar objetivos comunes; pueden formarse a partir de la estructura de una organización para lograr un objetivo en particular, o por deseos personales de satisfacer determinadas necesidades.

Según **Shertzer y Stone** un grupo es: “Dos o más personas que entran en contacto voluntario, una relación de proximidad y una interacción que producen cambios en cada uno de los individuos”

"Conjunto de personas que interactúan, son conscientes unas de las otras y se perciben como un grupo para alcanzar objetivos comunes específicos"⁵

La psicoterapia grupal es un tipo de terapia en la que los pacientes, seleccionados a partir de ciertos criterios, forman un grupo coordinado por un terapeuta, para ayudarse unos a otros a efectuar cambios y superar sus problemas.

Esta modalidad de terapia nos permite obtener información inmediata por parte de los compañeros del paciente sobre las situaciones que experimenta, además da la oportunidad, tanto para el paciente como para el terapeuta, de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales del sujeto frente a determinados temas o situaciones; gracias a la interacción con las demás personas del grupo. El grupo provoca un compromiso especial para con uno mismo y con los demás, que ayuda a la modificación de la conducta desadaptada.

2.2 Tipos de Grupo

“Los grupos se clasifican de acuerdo a las categorías y variables empleadas; así, el tamaño, la naturaleza de la interacción, las metas y propósitos de la organización.

Grupo Primario: es aquel en que la interacción es cara, a cara, su tamaño es reducido, los lazos emocionales intensos y la conciencia de relación común sentida.

Grupo Secundario: se caracteriza por relaciones frías, impersonales, formales y por la vinculación de sus miembros a través de comunicaciones indirectas.

Endogrupo: es el grupo con el que el individuo se identifica en virtud de su “conciencia de pertenencia” y que generalmente determina las actitudes subjetivas del sujeto.

⁵ Faria de Mello FA. Desarrollo organizacional. Enfoque integral. México D.F: Grupo Noriega Editores, 1998.

Exogrupo: grupo al cual no se identifica el individuo y que se lo expresa como “ellos”, “los otros” para denotar distintos grados de antagonismo, prejuicio, odio o apatía.

Grupo Social: caracterizado por una meta visualizada, estructura formal, existencia de reglamentaciones, heterogeneidad y menor carácter voluntario en la incorporación.

Grupo Psíquico: con propósito poco explicitado, estructura informal, existencia de pocas reglas, homogeneidad y mayor voluntad en la incorporación.”⁶

2.2 Perfil del Terapeuta grupal.

Con una preparación adecuada pueden llevar un grupo de forma exitosa terapeutas con tipos de personalidad muy diversos; uno de los principales requisitos para ser un terapeuta grupal es la capacidad de tolerar saber mucho menos de los miembros del grupo como individuos de lo que habitualmente se conoce en una relación diádica.

Los conductores de grupos educativos deben poseer una adecuada capacidad para la enseñanza y sentirse cómodos siendo el centro del grupo y controlando las actividades del mismo.

Los terapeutas que prefieren liderar grupos interpersonales tienden a sentirse más cómodos en la retaguardia del grupo y suelen disfrutar con las interacciones de los miembros.

En estudios sobre grupos de encuentro (Lieberman, Yalom, Miles, 1973), los terapeutas más eficaces resultaban ser los que estimulaban moderadamente las interacciones dentro del grupo, al que dejaban suelto pero bajo control, siendo cuidadosos con cada miembro ayudaban a los individuos a lograr comprensión sobre sí y sobre lo que pasaba en el grupo. Por el contrario en los grupos cuyos líderes fueron calificados negativamente eran percibidos como abiertamente controladores, descuidados e incapaces o sin voluntad para ayudar a tomar conciencia de qué estaba pasando en el grupo; despertaban en los miembros del grupo sentimientos de malestar sin intentar resolverlos. Las personas que se sintieron dañadas por estos líderes solían caracterizarse

⁶ Lucio A. Balarezo Ch, 2006, *Psicoterapia, segunda edición, centro de publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito*

por tener escasa autoestima, pocos recursos personales y grandes expectativas a cerca de su participación en el grupo.

Actitudes: Carl Rogers (1961) ha sugerido que las técnicas y procedimientos de los terapeutas son menos importantes que la actitud personal en la relación terapéutica. La actitud óptima de un terapeuta grupal debería integrar coherencia, respeto incondicional y comprensión empática.

Autoexposición: el terapeuta debe ser cuidadoso al momento de revelar aspectos de su vida personal, a pesar de que numerosos trabajos consideran la autorrevelación del terapeuta como un potencial agente terapéutico, en la práctica se ha demostrado que esto no estimula la apertura de los miembros del grupo ni tiene un efecto positivo. El terapeuta debe cuestionar su propia urgencia de revelarse, al igual que cuestionar los deseos de saber de los pacientes. La necesidad del terapeuta de responder a preguntas personales puede proceder del temor a la desaprobación o a la furia del grupo o del deseo de reforzar su propio sentimiento de potencia hablando de aspectos irrelevantes para la terapia como por ejemplo sus éxitos profesionales.

Formación: Resulta difícil definir con precisión el grado de entrenamiento didáctico necesario para trabajar como terapeuta de grupo, cuántas horas de supervisión o de llevar grupos hacen falta para considerar que el terapeuta tiene la suficiente preparación como para funcionar de forma independiente. Las habilidades requeridas para la terapia de grupo son similares a las exigibles a todo profesional de la salud mental, pero la duración, intensidad y características de la formación de dichos profesionales es muy variable por lo que resulta difícil hacer afirmaciones generales. Los terapeutas de grupo deben tener un adecuado conocimiento teórico y práctico de psicopatología y de una serie de técnicas terapéuticas individuales como fundamento para formarse en terapia de grupo. También son necesarios los seminarios teóricos, las lecturas personales y las supervisiones de prácticas con grupos.

2.4 Organización del Grupo, selección, preparación y terminación del proceso terapéutico.

Una selección adecuada de los miembros de un grupo contribuye al desarrollo de la cohesión, incrementa las tasas de asistencia y acelera el establecimiento de las conductas grupales que permiten el cambio.

No es fácil definir conceptos específicos de selección, sin embargo la evaluación inicial de la psicodinamia del paciente, suele ser en ocasiones más útil que basarse en los diagnósticos psiquiátricos; es importante que el terapeuta a partir de entrevistas individuales enfoque el tipo de relaciones interpersonales del paciente con su familia de origen, sus amistades, sus relaciones íntimas actuales, las relaciones laborales de jerarquía e igualdad y las relaciones con sus hijos y pareja; lo más óptimo es una aproximación que integre aspectos del funcionamiento intrapsíquico como interpersonal.

Es importante considerar que existen una serie de factores prácticos que inciden en el proceso de selección, siendo el principal la disponibilidad de candidatos adecuados, sobre esto influye también la pericia del terapeuta y el contar con buenas fuentes de derivación para el tratamiento grupal.

Criterios de inclusión:

Lo primero que se debe considerar al momento de decidir si se incluye a un miembro en un grupo es que se debe ofrecer a los pacientes el grupo más adecuado para su problema y no el que el terapeuta tenga disponible.

Se debe explorar la motivación del paciente ya que es posible que la terapia no sea beneficiosa si los pacientes van coaccionados; esto no quiere decir que no se pueda aceptar a pacientes que van coaccionados pero se debe trabajar el tema de la motivación antes de incorporarlos al grupo.

Friedman (1989) considera que los candidatos a terapia grupal deben asumir que tienen un problema interpersonal, comprometerse a cambiar en sus relaciones, desear que el grupo les influya, comprometerse a una apertura apropiada hacia los demás y estar motivado para ayudar al resto del grupo.

En general, el grupo representa una réplica más exacta de la sociedad que la relación diádica, es por esto que ofrece mayores oportunidades de aprendizaje correctivo y de enseñanza de las normas sociales.

Criterios de exclusión:

No hay evidencias experimentales que validen los criterios de exclusión, por lo que estos tienden a ser más empíricos y relativos. Generalmente los terapeutas optan por

excluir a aquellas personas que no puedan tolerar la situación grupal, que adoptarían un rol desviado, que son reticentes a la aceptación de normas grupales, que se encuentran en una situación de crisis aguda y con bajo nivel de tolerancia a la ansiedad y frustración.

Hay pacientes para quienes la terapia individual resulta ser la mejor opción ya que muestran poco o ningún interés por los demás, son incapaces de compartir terapia, los paranoides, pacientes con organicidad, bajo nivel de inteligencia y un dominio insuficiente del lenguaje; el tartamudeo y balbuceo pueden agravarse por las condiciones de tensión del grupo; pacientes con enfermedades médicas graves pueden experimentar deterioro grave de sus estado físico en condiciones de grupo.

Los pacientes psicóticos suelen ser demasiado discutidores y amenazantes con los otros miembros del grupo; además no se considera apropiados para esta modalidad de terapia a pacientes con ansiedad, psicosis, tendencias suicidas o manía agudas. Pacientes excesivamente defensivos y personas sin sensibilidad hacia lo psicológico pueden resultar frustrantes, debido a que ocupan la mayor parte del tiempo del grupo y realizan pocos progresos.

Composición:

Los parámetros de homogeneidad y heterogeneidad incluyen la dinámica del paciente, diagnóstico, clase social, raza, etnia, religión, edad, sexo, orientación sexual y estado civil.

Existen diversos criterios con respecto a la homogeneidad o heterogeneidad de los grupos y estos están muy relacionados con la duración del grupo. Los pacientes seleccionados para un grupo a corto plazo deberían ser homogéneos en cuanto a su problema y su nivel de tolerancia al estrés; este tipo de grupos se centra en un número limitado de problemas y debe estar dirigido por un terapeuta activo y facilitador. Los grupos heterogéneos a largo plazo son grupos orientados hacia el insight y grupos interaccionales, suponen un disonancia suficiente para generar modelos de rol alternantes por lo que resultan favorables para pacientes distímicos y para aquellos que sufren perturbaciones de personalidad leve o moderada.

Raza, origen étnico y clase social tanto del terapeuta como de los pacientes afectan el funcionamiento del grupo y sus resultados; a mayor grado de polarización racial dentro de una comunidad específica, mayor dificultad se genera en el trabajo con grupos combinados.

El balance entre hombres y mujeres no es muy significativo siempre que se cuente con un mínimo de dos miembros del mismo sexo excluyendo al terapeuta; en cuanto a la edad en grupos adultos no se requiere ser muy rígidos, basta con que el terapeuta excluya los extremos: problemas de la adolescencia y de la tercera edad.

“La adecuación y compatibilidad entre pacientes, por una parte y terapeutas y sus técnicas, por otra, son variables importantes que influyen tanto en la tasa de abandono como en los resultados terapéuticos. La evaluación inicial de los pacientes debería incluir la comprensión de sus mecanismos de defensa. Probablemente presentarían problemas en la terapia los pacientes demasiado rígidos o muy frágiles. Del mismo modo, deben explorarse las posibles reacciones transferenciales hacia el terapeuta o hacia otros miembros del grupo (rivalidades fraternas). Las transferencias negativas severas, en particular las de pacientes que no sea sensibles a lo psicológico, pueden impedir el desarrollo del grado necesario de confianza para beneficiarse de los procesos grupales.”⁷

⁷ Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock, 1996, *Terapia de Grupo*, tercera Edición, Editorial Médica Panamericana, Madrid.

Preparación del contexto:

En el proceso de preparación el terapeuta debe abordar ciertos temas con cada uno de los pacientes:

1. Debe llegar a un acuerdo respecto a los objetivos del tratamiento, utilizando criterios específicos.
2. Definir el rol del paciente: compromiso con el concepto de cambio, apertura al feedback del grupo y hablar abiertamente.
3. Clarificar su propio rol: interpretar a nivel individual y grupal, reconocer la evolución de los pacientes, ayudar a los miembros a centrarse en el grupo y resolver las situaciones de vacío.
4. Establecer el lugar, hora y duración de las sesiones y de la terapia.
5. Explorar las fantasías y malentendidos del paciente respecto al grupo.
6. Explicar las razones fundamentales del grupo: aumentar el insight de las acciones y pensamientos del paciente, aumentar la comprensión de las conductas de otras personas, mejorar la autoimagen y la confianza en sí mismos, además de las relaciones interpersonales por medio de una comunicación más empática.
7. Señalar los temas administrativos y de organización, incluyendo puntualidad, regularidad en la asistencia, significación y manejo de los retrasos, pago de sesiones a las que no se asiste, motivos razonables para la ausencia de una sesión, cómo se trabajan las vacaciones de los miembros y cómo se manejan las ausencias del terapeuta. Además se aclara la inaceptabilidad de violencia física y se desalienta a los miembros a cerca mantener relaciones sexuales entre ellos.
8. Clarificar las características del grupo y sus consecuencias conductuales, según sea abierto o cerrado, ambiente seguro y tolerante, orden del día variable, las normas de confidencialidad que se aplican a todos los miembros. El terapeuta debe comprometerse a no divulgar información alguna sin el consentimiento de

los pacientes; también se explicará las desventajas de mantener relaciones sociales entre sí fuera del grupo.

9. Acordar la cobertura económica de las sesiones grupales con los pacientes.
10. Debe explicar que las decisiones de vital importancia serán tratadas en el grupo y en algunas ocasiones retrasadas temporalmente.
11. Anticipar los posibles problemas del grupo: pacientes molestos debido al feedback, dificultades para conseguir un espacio para hablar en el grupo, sentimientos de excesiva lentitud o velocidad, etc.
12. Examinar los parámetros de terminación y comienzo para evitar turbulencias y actino- out posteriores.

Inclusión de nuevos miembros:

En la mayoría de los grupos se puede incluir a un nuevo paciente cuando otro ha abandonado o terminado su terapia. En estos casos el nuevo miembro debe ser cuidadosamente preparado para unirse a un grupo ya existente, igualmente el grupo debe ser preparado para recibirlo.

Abandonos:

Una buena selección y preparación del grupo reduce las tasas de abandono pero no las elimina. Se estima que en los primeros meses de terapia la tasa varía entre un 36% con el mínimo de preparación y selección y hasta un 10% con una preparación y selección minuciosas.

Generalmente los efectos del abandono son percibidos de forma negativa por el grupo y el terapeuta, influyendo en la cohesión y moral grupales.(**Yalom, 1966**).

Leslie Lothstein (1978), afirma que en los casos de abandono, el terapeuta no le gustaba al paciente, y a menudo ellos mismos eran hostiles con él; considera que a veces los abandonos son necesarios para mejorar la cohesividad del grupo y no significan necesariamente un hecho traumático para el grupo.

Howard Roback y Maribeth Smith (1978) amplían su concepción del fenómeno del abandono e identifican algunos factores concurrentes en el paciente, grupo y terapeuta. La mayoría de los pacientes que se da de baja muestran defensas caracterológicas que provocan dificultades con la intimidad y la expresión espontánea, desconfianza, uso excesivo de la negación y una tendencia a ser hostiles o abusivos verbalmente.

Otros pacientes que abandonan la terapia muestran débil motivación, expectativas irreales o se encuentran en medio de una crisis aguda. (**Rutan, Stone, 1984; Yalom, 1966**). Los factores grupales que provocan abandono incluyen baja cohesividad y búsqueda de chivos expiatorios. (**Losthein, 1978; Roback Smith, 1987**).

Factores relativos al terapeuta incluyen distancia, falta de apoyo y falta de afinidad por el paciente. (**Losthein 1978**). De igual forma contribuyen a aumentar la tasa de abandonos: los estilos de personalidad y contratransferencias del terapeuta; así como un insuficiente conocimiento sobre lo relativo a la terminación prematura.

Terminación:

Dar por terminado el tratamiento puede resultar difícil para el terapeuta, ya que supone perder una serie de personas con las que se tiene una relación positiva; además el terapeuta debe iniciar nuevamente el difícil proceso de establecer nuevas relaciones.

Cundo un miembro anuncia su decisión de dejar el grupo, tanto el terapeuta como el resto del los miembros del grupo, tienden a hallar problemas adicionales que resolver, buscando así evitar la pérdida del miembro que ante esta situación se ve tentado a quedarse. Al llegar a esta situación el terapeuta debe abrir un proceso de despedida en sí mismo y en los demás miembros del grupo, que ya estaba subyacente en el miembro que planteó la terminación.

En un grupo de duración limitada el contrato incluye una fecha de terminación después de un número fijo de sesiones. En estos grupos la terminación debe darse cuando se la había planificado, de forma que el grupo centre su atención en la tarea actual, en lugar de intentar seducir al terapeuta para que prolongue la duración de la terapia. En un grupo de duración limitada el terapeuta debe recordar periódicamente al grupo el tiempo que queda para no perder de vista los objetivos a alcanzar, en los casos en que

se considere que algunos de los miembros necesitan más tratamiento pueden ser derivados.

En un grupo abierto, sin límites fijos, la terminación suele ser una decisión unilateral de un miembro del grupo; el terapeuta debe aprovechar positivamente para el grupo la decisión de terminar de uno de sus miembros y cuando se considere que el miembro que termina no ha alcanzado un mejor nivel de funcionamiento que al principio, o si incluso empeoró se debe dejar la puerta abierta para un posible retorno; en un grupo abierto se da una terminación planificada cuando el terapeuta y el paciente consideran que se han logrado los objetivos y que está preparado para funcionar sin la ayuda del grupo.

“La terminación adecuada de un grupo se produce cuando todos, el miembro que se va, el terapeuta y el resto del grupo, participan de forma activa en el proceso de terminación”⁸

Organización del grupo

Entorno físico: el establecimiento y mantenimiento de las condiciones físicas apropiadas para la terapia de grupo son variables significativas que afectan los resultados. Una habitación tranquila, bien iluminada y climatizada, con sillas cómodas dispuestas en círculo o en forma de U son indispensables. Además para impedir interrupciones durante el proceso terapéutico y evitar roturas en la confidencialidad, el terapeuta debería restringir el acceso a la habitación destinada a la terapia.

Lista de espera: cuando existe una lista de espera los candidatos deberían ser vistos por el terapeuta aunque sea esporádicamente, como una forma más de evaluación y para evitar la desmoralización y el abandono. En algunas instituciones con amplios programas grupales el periodo de espera se utiliza con fines de pre-entrenamiento.

Candidatos rechazados: si luego de haber realizado una valoración completa el terapeuta grupal considera que una persona no es apta para la terapia, debería comunicárselo con empatía y tacto.

⁸ McGee, B Schuman y F. Racusen (1972).

Tiempo: la mayoría de los grupos a largo plazo orientados al insight no cuentan con un período de duración pre- establecido y tienen una lenta rotación de pacientes. Los grupos cerrados con miembros fijos suelen tener establecida una limitación temporal.

Los grupos de pacientes no internados se reúnen generalmente durante una o dos horas por sesión, teniendo como promedio noventa minutos. Más de dos horas supone una debilitación en las defensas de los miembros. Algunos terapeutas optan por realizar sesiones largas de casi doce horas, de fin de semana, para integrar a los pacientes defensivos o cuando el grupo en conjunto se muestra resistente; el inconveniente consiste en que después de tantas horas disminuye el nivel de las personas, incluyendo la del terapeuta. Los pacientes no internados se reúnen una vez por semana por motivos de comodidad, mientras que los grupos de pacientes internados suelen reunirse diariamente.

Tamaño: el tamaño de los grupos puede variar entre cuatro y quince personas, aunque la mayoría de los clínicos considera que el número ideal de pacientes es ocho.

Mecanismos de defensa: una forma de prevenir el abandono en el grupo consiste en estar atento a las dinámicas de los miembros y sus mecanismos de defensa. En algunos pacientes que ponen obstáculos para su integración en grupo o que, una vez dentro, se muestran ansiosos e inhibidos, la preocupación puede estar relacionada con la rivalidad fraterna, aún así el grupo es el lugar ideal para facilitar emocionales correctivas.

Hay otros pacientes que mantienen fuertes relaciones sin resolver, hostiles o ambivalentes con las figuras de autoridad pueden preferir el grupo, ya que dentro de este, el control potencialmente amenazador del terapeuta queda diluido por la presencia de otros miembros, que también pueden ofrecer distintos modelos y apoyo moral al paciente.

Dentro de los grupos, la proyección es un mecanismo de defensa común, a través de ella, los pacientes atribuyen sus impulsos inaceptables a otros. El grupo ofrece a estos pacientes una confrontación efectiva con la realidad.

En las relaciones transferenciales los pacientes reaccionan al terapeuta o hacia otros miembros de la misma forma en que se relacionaron con las figuras significativas de su

pasado. El grupo ofrece un campo más amplio para la transferencia que la relación diádica lo que representa una ventaja del grupo frente a la terapia individual.

Otras defensas frecuentes son la represión, supresión y la negación, cuando aparecen el paciente ha eliminado de su conciencia los pensamientos, sentimientos, y otras acciones mentales que amenazan su auto- imagen.

En situaciones de aislamiento los pacientes suelen separar las emociones de sus pensamientos, por lo que un paciente puede estar relatando una situación conmovedora sin mostrar sentimiento alguno. Generalmente los miembros del grupo son hábiles a la hora de señalar tal escisión entre el contenido de lo que transmite y la carencia de carga emocional.

Cuando los miembros de un grupo tienen dificultades para abordar un tema de forma directa, a menudo lo actúan, el acting-out en un grupo puede considerarse el desplazamiento de una respuesta conductual de una situación a otra. Otras formas de acting-out pueden ser: el impago de sesiones, olvido de una sesión concreta o tomar vacaciones cuando el grupo se reúne.

Registro: por motivos médico-legales y en ocasiones para ayudar a la memoria del terapeuta, es necesario llevar un registro escrito de las asistencias, además un resumen de cada sesión grupal. Las notas deben incluir la fecha, nombre de los presentes y ausentes y un resumen de las interacciones individuales significativas, así como de las del grupo como conjunto.

Cobros: la mayoría de los terapeutas cobran a sus pacientes mensualmente, entregando personalmente las facturas la última sesión del mes; los miembros del grupo deben saber cómo y cuando se espera que paguen al terapeuta.

Ausencia del terapeuta: la ausencia del terapeuta, ya sea por vacaciones, asistencia a congresos o enfermedad, provoca efectos en el grupo, por ello el terapeuta debería notificar de manera anticipada cualquier ausencia. Las ausencias reactivan en los miembros del grupo sentimientos de abandono, dependencia y desconfianza. El terapeuta, en estas situaciones, tendrá que manejar las dinámicas provocadas y también manejar una serie de cuestiones prácticas, deberá planificar en que fecha se recuperará

la sesión, los miembros pueden reunirse sin él o puede dejar a un terapeuta suplente durante su ausencia.

Tareas del terapeuta:

Las primeras sesiones de un grupo tienen una enorme influencia en el resto del tratamiento, porque durante esta primera etapa es cuando se establecen las normas grupales; por ello las intervenciones del terapeuta sobre este punto deben ser extremadamente claras y concisas.

Una de las tareas más importantes, desde el inicio, consiste en ayudar a crear una cultura grupal con normas y reglas respecto a las conductas que son aceptables. Los terapeutas fomentan una atmósfera de captación incondicional y de reconocimiento de los problemas y recursos de los pacientes, además recompensan las conductas deseables por medio del refuerzo social, se ocupan de los límites temporales y desalientan al grupo de procedimientos y actitudes no terapéuticos. Los miembros del grupo deben sentir que el terapeuta ha establecido y mantiene un entorno seguro mediante reglas claramente definidas.

El terapeuta debe asegurar a los pacientes que sus preocupaciones individuales van a ser atendidas equitativamente, ayuda a integrar a los miembros más pasivos y a la vez ayudan a los monopolizadores a sossegarse. Mantiene la continuidad entre sesiones, fomentan la honestidad y espontaneidad y tare al grupo los sentimientos inmediatos, la aceptación del otro, la apertura, el deseo de la comprensión y cambio, y los retos a los demás.

Coterapia: en el modelo de coterapia las tareas son similares a las terapias dirigidas por un solo profesional, pero los coterapeutas deben observarse para evitar contradicciones y no convertirse en motivo de escisiones. Un equipo de coterapeutas de ambos sexos es ideal para traer a la superficie transferencias parentales o de o de pareja y ofrecer modelos. La coterapia resulta más útil cuando los compañeros tienen el mismo estatus, cuando vienen de disciplinas diferentes, pueden generar insights diferentes. Los coterapeutas deben respetarse mutuamente, aceptar sus diferencias y sus distintas ópticas y encontrar vías para trabajar sus discrepancias de modo constructivo. Se recomienda comentar las incidencias después de cada sesión, ya que permite al equipo clarificar los temas y trabajar los desacuerdos. (Williams, 1976).

2.5 Terapia Grupal Cognitivo-Conductual

El interés por la terapia de grupo con enfoque cognitivo conductual se ha ido incrementando a partir de 1985, debido a las múltiples ventajas que ofrece cuando el terapeuta grupal sabe aprovecharlas.

“Dado que muchos de los problemas que se discuten en los grupos cognitivo-conductuales con socio-interaccionales, la presencia de otros pacientes, supone, para el terapeuta la oportunidad de observar y para los pacientes la posibilidad de poner en práctica nuevas habilidades sociales y de interacción con otros compañeros en un entorno de protección.

El grupo ofrece a los pacientes muchas oportunidades para aprender y practicar conductas y cogniciones, a medida que responden a las demandas grupales en continua evolución. En los grupos cognitivo-conductuales los pacientes aportan a los otros feedback y consejos. Como resultado, los pacientes desarrollan importantes habilidades de liderazgo. Ayudando a otros pacientes, generalmente, aprenden a ayudarse a sí mismos de forma más eficaz que cuando son receptores únicos de una terapia particular.”⁹

Otra característica de la terapia cognitivo-conductual en grupo es la oportunidad de refuerzo a través de los compañeros, de esta manera los pacientes tienen la oportunidad de aprender o mejorar la capacidad de administrar refuerzo a otras personas, extendiendo este aprendizaje a las interacciones con su familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo, etc.

Permite mayor precisión de las evaluaciones, diversos aspectos de un problema, que pueden escapar a la atención del terapeuta más sensible, a menudo se clarifican en una discusión grupal intensa. El grupo ofrece al paciente una fuente de información importante sobre las conductas que resultan molestas o le hacen atractivo ante los demás. También ofrece evaluaciones del resto de los participantes sobre las percepciones que el paciente individual tiene de las situaciones sociales. De esta forma se puede confrontar a cada miembro con las percepciones distorsionadas o defensivas.

⁹ Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock, 1996, *Terapia de Grupo, tercera Edición*, Editorial Médica Panamericana, Madrid.

Además la terapia cognitivo-conductual de grupo pone a disposición del paciente una gran variedad de modelos, entrenadores, rol players para el entrenamiento conductual, personal para el control y compañeros para el sistema de trabajo en parejas.

Una de las limitaciones de esta terapia es que aunque el orden del día de una sesión puede servir al terapeuta como criterio para limitar la excesiva profundización en un tema irrelevante, también puede impedir la exploración de las necesidades idiosincráticas en los pacientes. Todos los pacientes necesitan que se les asigne un tiempo en cada sesión para discutir sus problemas específicos, por ello no se puede permitir que uno o dos participantes se apropien de la sesión.

El terapeuta grupal: igual que en otras terapias grupales es necesario que el terapeuta posea ciertas habilidades sociales fundamentales. Además de ser un interlocutor sensible y empático, debe ser sensible a la incomodidad específica que vivencia cada paciente en particular. Debe también descubrir las características de las situaciones que generan tensión y estar al tanto de los fenómenos grupales y el modo en que afectan a la tarea grupal. Por último debe ser un profesional entrenado en las técnicas cognitivo-conductuales propias de este abordaje.

Aspectos Clínicos:

Organización del grupo: la organización del grupo incluye la toma de decisiones sobre el tipo de grupo que se va a ofertar, su duración total, la de sus sesiones, el número de terapeutas, el lugar de encuentro, honorarios y la decisión de si se establece o no un limite temporal para la duración del grupo.

La mayoría de los grupos de terapia intensiva se realizan con una duración de 14 a 18 semanas, con algunas sesiones de revisión durante uno a seis meses después de la finalización. Los adiestramientos a corto plazo tienen una duración de 6 a 12 sesiones.

Orientación: el terapeuta informa al paciente de los objetivos y contenidos del grupo, de las responsabilidades de los pacientes con respecto a sí mismos y a los demás. Incluye la negociación del contenido del contrato general del tratamiento, el mismo que debe incluir expectativas tanto de los pacientes como del terapeuta.

Construcción de la cohesividad grupal: consiste en incrementar la atracción de los miembros del grupo entre sí, hacia el terapeuta y hacia los contenidos del programa. La

cohesividad del grupo guarda estrecha relación con la eficacia de la terapia por lo que el terapeuta debe buscar las estrategias adecuadas para conseguirla en beneficio del grupo.

Evaluación diagnóstica: es la actividad grupal que se ocupa de definir y determinar las conductas y cogniciones que deben modificarse, las situaciones que se viven como conflictivas, los puntos fuertes del paciente, los miembros del grupo y sus respectivos entornos que facilitarán la solución del problema del paciente y los obstáculos a la eficacia del tratamiento.

No se debe sobrevalorar el proceso de evaluación diagnóstica de la terapia grupal, los terapeutas deben ir más allá de la información preliminar y los motivos iniciales de consulta, a la hora de decidir si la terapia grupal es adecuada, qué tipo de grupo es el indicado, que tipo de objetivos puede lograr el paciente en el grupo y cómo determinar si se han conseguido o no los objetivos de la sesión. Una evaluación eficaz requiere de varias entrevistas preliminares para explorar las situaciones ansiógenas que afectan a los pacientes, sus conductas, cogniciones y respuestas afectivas. A partir de esas entrevistas en los siguientes contactos se solicita información sobre los recursos y obstáculos que inciden en la eficacia del tratamiento. Para establecer las áreas en que se van a definir objetivos específicos, se debería complementar las entrevistas con pruebas de role play, informes conductuales, observaciones y controles intra y extra- grupales.

Los participantes del grupo ayudan a perfeccionar la evaluación diagnóstica de los otros a través de su implicación como examinadores y entrevistadores, reuniendo información, haciendo de jueces en el role playing de otros miembros y ofreciendo feedback.

En la evaluación diagnóstica y las primeras sesiones se enseña a los pacientes a definir sus problemas en términos de conductas directamente observables y descripciones de sus estados internos en respuesta a situaciones percibidas como ansiógenas o problemáticas, también se les enseña a definir un hecho específico en términos de que estaba ocurriendo, quien intervenía y dónde ocurría.

Controles: una vez definidas las conductas y situaciones en que se suscitan, se observa sistemáticamente. Generalmente lo hace el paciente y ocasionalmente los demás miembros u otras personas del entorno del paciente antes de la aplicación de cualquier técnica de modificación. Reorganizan grupos encargados del control de determinada

conducta o situación por ejemplo: dolor físico, contacto social, situaciones conflictivas, etc. El proceso de control de los datos se lo realiza durante todo el tratamiento y termina con la última entrevista de seguimiento.

Evaluación: el terapeuta utiliza los datos de las observaciones para valorar la eficacia de las técnicas utilizadas, las reuniones del grupo y el curso de la terapia. Terapeuta y paciente deben determinar periódicamente el grado y las condiciones bajo las que se están consiguiendo, total o parcialmente, los objetivos terapéuticos.

Planificación de la terapia: la planificación terapéutica tiene dos componentes: individual y grupal; la planificación va precedida de un análisis de los datos sobre el paciente y el grupo, para determinar las creencias comunes en las habilidades y los recursos sociales y psicológicos. La planificación terapéutica incluye el diseño de un plan individualizado para cada paciente, pero con la opinión previa del terapeuta y del grupo y siempre dentro de las metas específicas del grupo.

Concluimos que la terapia de grupo a lo largo de la historia ha ido evolucionando de acuerdo a las necesidades de cada época; además ha recibido la influencia de múltiples corrientes por lo que hoy en día constituye una importante alternativa terapéutica para pacientes con diversos problemas.

Los beneficios que la terapia de grupo puede ofrecer a los pacientes tienen mucho que ver con el buen criterio del terapeuta grupal para organizar el grupo, lo que implica, la selección y preparación de los miembros, determinar el tamaño del grupo, su duración, objetivos, reglas y otros aspectos prácticos.

El terapeuta grupal debe ser un profesional de la salud mental, preparado para manejar positivamente las múltiples dinámicas que se despiertan dentro de un grupo, crear un clima de aceptación, fomentando apertura y espontaneidad sin hacer que los miembros se sientan presionados.

La terapia de grupo cognitivo- conductual es una de las más utilizadas en nuestro medio debido a que ofrece a los pacientes la posibilidad de aprender o mejorar importantes habilidades como: el dar y recibir refuerzos, observar y poner en práctica habilidades sociales, resolución de problemas, identificar pensamientos distorsionados y reestructúralos, etc.

CAPÍTULO III. “Habilidades Sociales”.

Los seres humanos nacemos con el potencial para desarrollar habilidades de diferentes tipos, por ejemplo nadie nace sabiendo andar en bicicleta o manejar un computador; sin embargo somos capaces de aprender y mediante la práctica dominar destrezas como estas y muchas otras.

En la actualidad, el Entrenamiento en Habilidades Sociales es muy importante en la modificación de conducta por dos razones fundamentales: el reconocimiento de la estrecha relación que existe entre las dificultades de un sujeto en sus relaciones interpersonales y el riesgo de presentar un trastorno psicopatológico; y sus numerosas áreas de aplicación.

La perspectiva teórica del Aprendizaje Social, plantea el desarrollo del individuo en cuanto a la adquisición de nuevas conductas gracias a la influencia constante del ambiente, conocimiento y conducta del individuo, lo que en definitiva le permite aprender y sobrevivir en la compleja dinámica de las relaciones sociales.

Nuestro trabajo como terapeutas es brindarle al paciente pautas concretas de conducta dirigidas a incrementar su asertividad y comunicación; además proporcionarle técnicas que le permitan resolver problemas y conflictos de manera apropiada.

3.1 Definición.

Desde antaño ha existido la creencia de que las personas poseemos dones innatos, muchas veces se tiende a pensar que la simpatía, la amabilidad y la manera de comunicarnos nos vienen ya de nacimiento. No obstante, la evidencia científica muestra que las habilidades sociales se adquieren por medio de la experiencia.

Las Habilidades Sociales constituyen un patrón de conductas específicas en situaciones sociales concretas.

Las definiciones de Habilidades Sociales enunciadas por algunos autores destacan las consecuencias de la conducta social. En cualquier relación interpersonal un sujeto persigue tres objetivos generales:

- Alcanzar la meta que se ha marcado,
- Fomentar una relación positiva con la otra persona,
- Mantener su autosatisfacción.

Otros autores en su definición de Habilidades Sociales resaltan la adecuación de la conducta social. Se considera que una interacción social es apropiada cuando se efectúa:

- a) de un modo directo, sin ansiedad y de forma no amenazante ni punitiva;
- b) honestamente, es decir, respetando eso mismo en los demás.

Ambos aspectos de la conducta social, sus consecuencias y su adecuación deben tenerse en cuenta al definir las Habilidades Sociales las cuales son “el conjunto de conductas emitidas por un individuo en una situación interpersonal, que expresa y recibe opiniones, sentimientos y deseos, que conversa, que defiende y respeta los derechos personales de un modo adecuado, aumentando la probabilidad de problemas en las interacciones sociales”.¹⁰

3.2 Componentes, Elementos y Determinantes.

Los componentes de la conducta habilidosa tomando como fuente la psicología social y más concretamente basándose en los estudios realizados en el campo de la comunicación interpersonal, muestran la importancia de determinados elementos verbales y no verbales en el campo de la interacción social.

Componentes Conductuales: Gran parte de la investigación sobre los componentes conductuales de las habilidades sociales ha seleccionado estos basándose en la especulación intuitiva más que en una relación empíricamente demostrada entre esas conductas y los juicios externos sobre la habilidad.

Se ha observado que básicamente se ha tomado como referencia los elementos conductuales observables. Este énfasis en la conducta observable es también un énfasis de la terapia de conducta y la mayor parte de la literatura sobre las habilidades sociales se ha orientado en este sentido.

¹⁰ G. martin, J. Pear, 1998, Modificación de Conducta, quinta edición, editorial Biblioteca Nueva. Madrid.

Componentes Cognitivos: En este proceso, es de una importancia decisiva la manera en que los individuos seleccionamos las situaciones, los estímulos y acontecimientos, y cómo los percibimos, construimos y evaluamos dentro de los procesos cognitivos.

Esto hace a las situaciones y los ambientes tal como son percibidos y evaluados por los individuos, un sujeto crucial de análisis e investigación.

La persona busca algunas situaciones y evita otras; está afectada por las situaciones en las que se encuentra, pero también afecta a lo que está pasando y contribuye continuamente a los cambios en las condiciones situacionales y ambientales, tanto para sí mismo como para los demás.

La percepción y la evaluación cognitiva por parte de un individuo de las situaciones, estímulos y acontecimientos momentáneos están determinadas por un sistema persistente, integrado por abstracciones y concepciones del mundo, incluyendo los conceptos que tiene de sí mismo.

Componentes Fisiológicos: A pesar del enorme volumen de trabajos sobre las habilidades sociales, muy pocos estudios han empelado variables fisiológicas. Caballo (1988) encontró tan sólo 18 artículos que han informado haber utilizado algún elemento fisiológico como variables de estudio. Los componentes más investigados han sido, los siguientes: la tasa cardiaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, la respiración, etc.

Los **elementos** de la conducta social pueden agruparse en tres tipos:

a.- Elementos Expresivos:

- verbales o contenido del habla;
- paralingüísticos o aspectos de la voz, como el volumen, el tono, la fluidez, etc;
- no verbales o factores distintos de los de la comunicación verbal como la mirada, la expresión de la cara, los gestos de las manos, la postura del cuerpo, la proximidad al interlocutor, la apariencia personal, etc.

b.- Elementos Receptivos:

- atención prestada al interlocutor;
- percepción de los elementos expresivos del interlocutor;

-evaluación o valoración de las respuestas sociales del interlocutor.

c.- Elementos Interactivos:

-duración de la respuesta o proporción de tiempo de habla del sujeto y del interlocutor;

-turno alternante regulado por ciertas señales como el contacto ocular, variaciones en la entonación, etc.

A su vez, la conducta social se ve influida por los siguientes **determinantes** situacionales:

- los contextos sociales en los que habitualmente se desenvuelve el sujeto, ya sea familiar, laboral, de amistades o servicios;

- las personas con las que se relaciona el sujeto, tanto sus características como su número, influyen también en la conducta social. Estas variables son:

-edad: sujetos mayores, de la misma edad o menores.

-sexo: personas del mismo sexo o del sexo contrario.

-grado de conocimiento: individuos muy conocidos, conocidos o desconocidos.

-nivel de autoridad: superiores, iguales o subordinados.

-número de personas: una, varias, muchas.

La conducta social es diferente dependiendo de la situación interpersonal. El comportamiento con un extraño, ante un público o en una situación de servicios es más formal que con un conocido, en una situación de pequeño grupo o en familia; así, al interlocutor se le suele tratar de usted en los primeros casos y tutear en los segundos.

3.2 Procedimientos de Evaluación.

A pesar de que existen numerosos y variados procedimientos para la evaluación de las habilidades sociales, este sigue constituyendo un tema que genera discrepancias de la misma manera que la definición de una conducta socialmente habilidosa; por la compleja naturaleza de la conducta interpersonal es muy importante que la evaluación de las habilidades sociales incluya varios procedimientos que en conjunto nos

proporcionan una información global a cerca de la conducta social del paciente ya sea antes durante o después del tratamiento.

Entre los procedimientos utilizados para la evaluación de las habilidades sociales están:

- **Entrevista con el paciente:**

Es un instrumento indispensable en la evaluación de habilidades sociales, ya que el paciente es la mejor y a veces la única fuente de información sobre su experiencia interpersonal y sobre los pensamientos y emociones asociados a esa experiencia, a través de la historia interpersonal y de los datos observacionales se puede identificar situaciones sociales específicas problemáticas para el paciente, las habilidades necesarias para la actuación apropiada en cada situación, los factores antecedentes y consecuentes que controlan la conducta social de un individuo.

Como sucede en todas las entrevistas clínicas su eficacia dependen en gran medida del establecimiento de una buena relación

- **Autoregistro por parte del paciente:**

El autoregistro es un método en el que el observador es el mismo paciente quien debe registrar tanto sus conductas como sus pensamientos en términos de frecuencia. Este autoregistro deberá contener los aspectos de las habilidades sociales que se deseen evaluar y se lo puede utilizar antes, durante y después como una medida de la efectividad del tratamiento.

- **Entrevistas con personas significativas del entorno del paciente:**

Es un método de evaluación útil, pero poco empleado, consiste en evaluaciones del sujeto por parte de familiares y amigos, estas observaciones pueden considerarse como una forma de observación directa en el ambiente real; sin embargo estas evaluaciones están limitadas por el hecho de que los iguales observan sólo una parte limitada de la conducta social del sujeto y pueden carecer de objetividad.

Una forma más indirecta de este método suele presentarse en las entrevistas conjuntas del paciente y otras personas significativas de su entorno con el terapeuta que utiliza este método cuando duda de la precisión de las descripciones que el paciente hace de su conducta. También puede entregarse a diversas personas del contexto del paciente hojas de valuación que permitan registrar como los demás perciben la conducta del sujeto

- **Medidas de autoinforme**
(Conductuales, cognitivas y de ansiedad social)

Constituyen probablemente, la estrategia de evaluación más empleada en la investigación de las habilidades sociales.

Los cuestionarios inventarios o escalas permiten evaluar una gran cantidad de sujetos en un tiempo relativamente breve, además permiten explorar un amplio rango de conductas, muchas de ellas difícilmente accesibles a una observación directa, se pueden utilizar como una sencilla medida objetiva pre y post tratamiento.

Las medidas de autoinforme intentan averiguar la conducta o cogniciones del sujeto en situaciones de la vida real, se describen conductas o pensamientos y se le pide a la persona que señale con que frecuencia realiza esa conducta o ha tenido ese pensamiento.

La mayor dificultad de los métodos utilizados para autoinforme es que ha sido un continuo problema encontrar un criterio externo con el cual validar estos inventarios, otra dificultad es el hecho de que lo que una persona piensa de su conducta no siempre coincide con su conducta real, además las habilidades sociales son altamente específicas a las situaciones, es decir los individuos actúan y piensan de manera diferente en situaciones distintas; a pesar de esto las escalas pueden proporcionar un índice del resultado clínico y arrojan datos sobre las autopercepciones del paciente que no se podrían obtener a partir de la observación por lo que complementándose con otros procedimientos son excelentes fuentes de información.

- **Observación directa de las conductas:**

La observación conductual se ha empleado en muchos de los trabajos de investigación sobre las habilidades sociales; con este método se busca que el terapeuta observe la conducta del sujeto en situaciones reales, a pesar de ser el método más deseable resulta el más difícil de emplear no sólo por el tiempo y los altos costos que implica, sino por que generalmente las conductas sociales ocurren en situaciones privadas, además la falta de habilidades sociales implica una baja frecuencia de conductas habilidosas, se debe considerar también que la presencia de un observador podría tener efectos adversos en la conducta social de un individuo por lo que este método resulta adecuado en pacientes institucionalizados.

- **Representación de papeles :**

Debido a las dificultades que conlleva la observación en situaciones reales la evaluación conductual de las habilidades sociales se realiza en situaciones simuladas; las mismas que pueden ser representadas en vivo o por medios audiovisuales. En las situaciones simuladas generalmente las respuestas son grabadas en video lo que posteriormente permite evaluar las conductas verbales y no verbales, así como la ansiedad y habilidades manifestadas en esas situaciones, la grabación por medio de videos ofrece las ventajas de poder observar repetidamente la conducta del sujeto, poder descomponerla en elementos y utilizar la retroalimentación de la conducta como un elemento más de tratamiento además de poder tener una mayor fiabilidad de los cambios pre- post tratamiento.

3.4 Entrenamiento en Habilidades Sociales.

El primer paso para el entrenamiento en habilidades sociales es el identificar las áreas específicas en las que existe dificultad, para este propósito nos valemos de herramientas como la entrevista, el auto informe, el auto registro, observación, etc. El siguiente paso consiste en analizar por que el individuo no se comporta de forma socialmente adecuada y posteriormente se procede a informar al paciente sobre la naturaleza de las

habilidades sociales, los objetivos a alcanzar en la terapia y lo que se espera que haga fomentando la motivación para una participación activa.

A veces puede ser necesario enseñar al paciente a relajarse antes de abordar determinadas situaciones problemáticas, esto va a favorecer la actuación socialmente adecuada del paciente y la adquisición de nuevas habilidades.

Posteriormente en una primera fase se procede a la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los derechos personales y por los derechos de los demás.

La segunda etapa apunta a que el paciente entienda y distinga entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas, para esto se planificará una serie de ejercicios estructurados para que el paciente participe activamente en el aprendizaje de estas diferencias.

Una tercera etapa abordará la reestructuración cognitiva de los modos de pensar incorrectos para un adecuado desenvolvimiento social; el objetivo de utilizar técnicas cognitivas es ayudar a los pacientes a reconocer que lo que se dicen a si mismos puede influir en sus sentimientos y en su conducta.

La cuarta etapa es la más importante del entrenamiento en habilidades sociales y la constituye el ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas; los tres pasos anteriores nos sirven para facilitar o posibilitar el ensayo de conductas apropiadas y lo que es aún más importante la generalización de estos aprendizajes a la vida real.

Los procedimientos utilizados en esta fase son el modelado, las instrucciones, la retroalimentación /reforzamiento, las tareas para casa y los procedimientos cognitivos que están presentes a lo largo del proceso.

- **Modelado.**

Es la exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta en la que se lo quiere entrenar. El modelado permite un aprendizaje por observación, generalmente el modelo suele ser representado por el terapeuta o por algún miembro del grupo y puede ser en vivo o mediante grabaciones en video; se ha demostrado que el modelado es más

efectivo cuando los modelos son de edad parecida y del mismo sexo que el observador y cuando la conducta del modelo se encuentra más próxima a la del observador en lugar de ser alta o extremadamente competente.

Es importante que el terapeuta dirija la atención del paciente hacia los componentes separados de la actuación reduciendo así su complejidad, además se debe recalcar al paciente que la conducta modelado no es la única forma correcta de comportarse, sino como una manera de abordar una situación particular.

El modelado tiene la ventaja de ilustrar los componentes verbales, los no verbales y paralingüísticos de una determinada conducta interpersonal.

- **Instrucciones/ aleccionamiento.**

El aleccionamiento conocido a veces también como retroalimentación correctiva, intenta proporcionar al sujeto información explícita sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre su actuación y el criterio; también suele incluir información específica sobre lo que constituye una respuesta apropiada, anotaciones que dirigen la atención del sujeto hacia sus necesidades, etc.

La información se puede presentar bajo diversas formas, por medio de representaciones de papeles, discusiones, material escrito, descripciones en la pizarra, grabaciones en video, etc.

En cada sesión del entrenamiento en habilidades sociales el terapeuta suele empezar con una breve instrucción de los aspectos exactos que recibirán atención ese día y dará una explicación sobre su importancia con el propósito de asegurarse que los pacientes comprendan las expectativas de ese día para después poder llevarlas a cabo.

- **Retroalimentación y reforzamiento.**

La retroalimentación y el reforzamiento son elementos fundamentales del entrenamiento en habilidades sociales, muchas veces estos dos componentes se funden en uno, cuando la retroalimentación que se da al paciente es reforzante par él. El reforzamiento tiene lugar a lo largo de las sesiones y

sirve tanto para adquirir nuevas conductas como para aumentar determinadas conductas adaptativas del paciente; generalmente el tipo de reforzamiento empleado es el verbal, las recompensas sociales son refuerzos efectivos para la mayoría de las personas y en el entrenamiento en habilidades sociales se dispensan por medio de alabanza y el dar ánimo.

El efecto es mayor cuando se da inmediatamente después del ensayo de conducta. Además del refuerzo verbal se puede reforzar al paciente no verbalmente por medio de la expresión facial, asentimientos de cabeza, aplausos, palmadas en la espalda, etc.

También se puede instruir a los pacientes para que se autorrefuerzen, otra forma de refuerzo para el grupo es empezar cada sesión con informes de avances o de los éxitos alcanzados.

La retroalimentación proporciona información específica al sujeto, esencial para el desarrollo y mejorar su habilidad, la retroalimentación puede ser dada por el terapeuta o por otros miembros del grupo.

Se debería especificar por adelantado las conductas sometidas a retroalimentación, de manera que durante la representación de papeles los observadores puedan concentrarse en las respuestas relevantes, además esta debe ser detallada y específica a las conductas que se les ha enseñado, debe concentrarse en lo positivo con sugerencias para mejorar.

El proceso de ofrecer retroalimentación proporciona a los pacientes la oportunidad de hacer prácticas en hablar directamente a otra persona y ayuda a los miembros del grupo a concentrarse en el actor manteniéndolos implicados con el grupo y aumentando la probabilidad de aprendizaje observacional de aquellas conductas que tienen éxito y en consecuencia son reforzadas.

- **Tareas para casa.**

Las tareas para casa son parte esencial del entrenamiento en habilidades sociales, lo que sucede en la vida real proporciona material que servirá para ensayos en el grupo.

Entre las tareas que se mandan a los pacientes se encuentra el registro de su nivel de ansiedad en situaciones determinadas, el registro de situaciones en las que ha actuado habilidosamente, de situaciones en las que les hubiera gustado actuar así, etc.

Las tareas para casa deben ser diseñadas específicamente para alcanzar los objetivos de la terapia, la dificultad de las tareas se debe ir aumentando gradualmente según los avances del grupo.

- **Procedimientos cognitivos.**

De una u otra manera los procedimientos cognitivos están implicados en casi todo el programa. La información del terapeuta puede modificar las expectativas y metas del paciente, el modelado puede alterar las atribuciones de autoeficacia, el ensayo de conducta puede suministrar evidencia conductual que altere las atribuciones negativas de uno mismo y la retroalimentación social sobre la manifestación de la nueva conducta más efectiva dentro del grupo y en las tareas para casa debería tener también un efecto en las concepciones que el individuo tienen sobre sí mismo.

Técnicas para el entrenamiento en Habilidades Sociales:

- **Estrategias iniciales y de calentamiento:**

La primera actividad que tienen lugar en grupo de EHS es la presentación de cada miembro ante el resto del grupo un ejercicio utilizado habitualmente para este fin consiste en juntar a los miembros en parejas, dar diez minutos de conversación en la que cada miembro de la pareja pasa 5 minutos hablando. En esos cinco minutos cada miembro del grupo debería conseguir una pequeña biografía del otro, describirse a sí mismo expresando los 5 adjetivos que piensa que mejor lo identifiquen y señalar sus tres puntos fuertes, posteriormente la gente vuelve al grupo y cada miembro ofrece una pequeña biografía de su compañero.

Se reúnen los participantes por parejas, a cada pareja se le proporcionará un papel y un lápiz o esfero; sin hablar tienen que dibujar conjuntamente sobre el papel un árbol, una persona y una casa. Una vez que todas las parejas hayan terminado se reúne el grupo y se discute brevemente que miembro de

la pareja fue el más activo en la realización del dibujo y si esta actuación refleja su comportamiento en la vida real también se debe explicar que señales no verbales se empleó para tener una mayor participación en la realización del dibujo. Si los dos han participado por igual se resaltan las señales no verbales que emplearon para conseguirlo.

- **Ejercicios para la determinación de la ansiedad:**

Se entrega a los participantes una hoja con una descripción de “ posibles señales de ansiedad”, los miembros del grupo repasarán esta lista por unos minutos para que luego teniendo una idea de cuales de estos síntomas de ansiedad se manifiestan en ellos puedan discriminar en que situaciones estos síntomas se disparan; además se elabora una escala de ansiedad en la que cada uno identificará cuales son las situaciones en las que se siente más relajado y en cuales se siente más nervioso, este ejercicio se complementa con una tarea en la que cada uno deberá identificar y registrar una breve descripción de las situaciones que tienen lugar en su vida y que le provocan diferentes niveles de ansiedad.

- **Ejercicios de relajación:**

En el caso de que los miembros identifiquen que las situaciones sociales les provocan un alto grado de ansiedad se les debe enseñar a relajarse. El entrenamiento en relajación requiere de una práctica regular si se quiere que posteriormente pueda ayudar al sujeto a reducir su ansiedad ante situaciones de la vida diaria; las personas suelen darse cuenta de su ansiedad sólo cuando se dan elevados niveles de ella, pero en esos momentos la capacidad para controlar la situación de manera apropiada y de reducir rápidamente la tensión se encuentra disminuida, por esto es muy importante que aprendan a darse cuenta de su ansiedad cuando se encuentra todavía en un nivel bajo.

Se puede utilizar el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, además el terapeuta debe asegurarse de que cada sujeto se encuentre lo más cómodo posible, en un ambiente adecuado para este fin.

A veces puede ser útil pedirles que imaginen que se encuentran en una situación relajante describiéndoles imágenes de lugares como el campo, la playa, etc.

- **Ejercicios para los derechos humanos básicos:**

Se empieza con una explicación breve de lo que son los derechos básicos para todo ser humano independientemente del rol que desempeñe, posteriormente se entrega al grupo una hoja que contenga una lista de

“derechos humanos básicos” se les pide que un miembro del grupo la lea de manera clara y pausada para que luego cada miembro escriba en una hoja cual es el derecho que más practican o que más fácil se les hace poner en práctica y cual es el derecho que más les cuesta practicar o que no lo practican nunca. Para finalizar cada miembro va exponiendo cuales fueron los derechos escogidos en cada caso, por que creen que les resulta fácil o difícil practicarlos y cómo se sentirían si no tuvieran esos derechos.

- **Mantra del Nombre.**

Es un ejercicio en que cada paciente debe dar a conocer su nombre o sobre nombre de manera dinámica y espontánea, influye el tono, la forma y la repetición del mismo. Es una manera de darse a conocer y de reconocer como soy y como quiero que las personas me identifiquen.

- **Ejercicios para la distinción entre conducta asertiva/ no asertiva y agresiva:**

Se inicia con una explicación por parte del terapeuta sobre cada uno de estos estilos de conducta.

Conducta asertiva: implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos u opiniones sin amenazar, castigar o violar los derechos de los demás, su objetivo es una comunicación clara, directa y no ofensiva, aclarando que al ser asertivos tenemos una mayor probabilidad de conseguir consecuencias favorables.

Conducta no asertiva: implica la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y

emociones; permitiendo por consiguiente que los demás violen nuestros derechos al adoptar una posición pasiva.

Conducta agresiva: implica la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera que a menudo es deshonesto, inapropiada violando los derechos de los demás y siendo su objetivo la dominación.

La agresión verbal incluye ofensas, insultos, amenazas o humillaciones, el componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes.

Luego se plantea una situación X y se los divide en tres grupos, se pide que cada grupo represente la situación descrita actuando de forma asertiva, no asertiva y agresiva; para finalizar cada miembro expresará cómo se sintió en el papel que le tocó representar y cual es su forma de actuar generalmente en su vida evaluando las consecuencias positivas o negativas de su modelo de conducta.

- **Expresión de Sentimientos.**

Utilizamos como iniciación una caminata descalzos que nos permitiera situarnos en el espacio en el que nos encontrábamos, luego nos pusimos en posición cómoda para realizar ejercicios de respiración por medio de los cuatro elementos: tierra, agua, fuego y aire, para producir en el paciente una desensibilización y que el mismo logre conectarse.

A continuación, hicimos dos círculos uno dentro del otro en donde el paciente debía contarle al de afuera su infancia, rotar y explicarle al siguiente su adolescencia y a un último compañero rotando también hablarle de su presente.

Finalizamos, cerrando los ojos y brindándole al compañero del frente un abrazo, y registrando, es decir, sintiendo que causaba en mí.

- **Terapia Racional Emotiva:**

Una conducta socialmente inadecuada puede provenir de pensamientos irracionales e incorrectos que conducen a conductas disfuncionales, es importante mostrar a los pacientes cómo influyen los pensamientos en los

sentimientos y hacer que se den cuenta de que muchas veces nuestros pensamientos son automáticos y no siempre racionales por lo que es necesario modificarlos.

Se les pide a los participantes que se sienten en un círculo y que cada uno cierre los ojos y piense en algo de su pasado, algún secreto o algo que hayan hecho y que normalmente no contarían a nadie, luego se les dice que uno de ellos deberá contar detalladamente lo que estaba pensando, pero antes de seleccionar a un participante se les pide que describan que están sintiendo.

Luego de esto se indica al grupo que muchas veces es el pensamiento de hacer algo y no el hacerlo lo produce sentimientos de ahí la importancia de identificar que pensamientos son irracionales o rígidos para modificarlos resaltando la importancia de controlar mis propios pensamientos y que esto se verá reflejado en su conducta.

- **La iniciación, el mantenimiento y la terminación de conversaciones:**

La manera exacta con que se debe iniciar una conversación depende del contexto: la situación material (el trabajo, el autobús, una fiesta), la hora del día (el desayuno, la comida, la salida del trabajo) y la persona en cuestión (hombre, mujer, subordinado, superior). Antes de empezar una interacción es importante atender a los elementos no verbales que manifiesta la persona a quien nos dirigimos, el siguiente paso es mantener contacto visual, manifestando interés y agrado.

Una vez que la conversación ha empezado es importante saber mantenerla, saber cómo cambiar el contenido para mejorar la conversación. Hay que tomar en cuenta que durante el diálogo uno puede verse rechazado o no causar en el otro interés alguno por lo que decimos, lo importante es saber que lo sucedido no es el fin del mundo, solo no fue la circunstancia apropiada para la interacción.

Las conversaciones tienen un límite temporal, y una habilidad necesaria en las interacciones sociales implica en terminar las conversaciones y la planificación de posibles futuros encuentros. Para disfrutar de las conversaciones es importante aprender a terminar con aquellas que no nos

gustan, prolongar aquellas que nos resultan agradables, saber arreglar futuros contactos con quienes quisiéramos volver a ver y rechazar peticiones de encuentros posteriores que no nos interesen.

Lo ideal sería que como grupo simuláramos tres contextos distintos en donde se pueda diferenciar las formas de comunicación, como por ejemplo: El encuentro con un amigo, una conversación con el jefe de la empresa y, el momento que paso con mi pareja.

- **Hacer y recibir cumplidos y peticiones:**

Los cumplidos son conductas no verbales específicas que resaltan características positivas de una persona. Los cumplidos funcionan como reforzadores sociales y ayudan hacer más agradables las interacciones sociales. Los demás disfrutan al oír expresiones positivas, sinceras, sobre como nos sentimos con respecto a ellos.

El hacer cumplidos ayuda a fortalecer y profundizar las relaciones entre dos personas, así no nos sentimos olvidados o no apreciados.

La categoría de hacer peticiones incluye el pedir favores, ayuda y pedir a otra persona que cambie su conducta. Esta categoría implica que el paciente sea capaz de pedir lo que quiera sin violar los derechos de los demás. Una petición se hace de tal manera que no intente facilitar el rechazo por parte de la otra persona, la persona que hace la petición espera que esta sea aceptada.

El rechazar peticiones de forma adecuada implica que el paciente será capaz de decir “no” cuando quiera hacerlo y que no se sienta mal por decirlo. Tenemos el derecho de decir que “no” a peticiones poco razonables y a peticiones que, aunque son razonables, no queremos acceder a ellas.

Antes de rechazar una petición hay que estar seguros de que entendemos perfectamente lo que nos piden. En caso contrario, tenemos que pedir que nos la clarifiquen hasta que la entendamos.

Como grupo deberíamos reunirnos en subgrupos y definir que son cumplidos, peticiones y lo contrario de ambas. Luego hacer parejas para

decir cumplidos, recibirlos y proseguir con pedir peticiones y negarnos también.

- **Afrontar y expresar críticas:**

Sin importar lo buenas que sean nuestras relaciones sociales todos seremos criticados de vez en cuando, por eso la manera en que afrontemos las críticas determinará en gran medida la calidad de las relaciones. Ante una crítica las personas suelen responder de forma defensiva ignorándola, negándola, restándole importancia o respondiendo con otra crítica.

Para afrontar la crítica de forma constructiva podemos seguir las siguientes pautas:

- Pedir detalles, solicitar a la persona que expresa su crítica que se a específica se puede incluso preguntar cómo, cuando, donde, que, por que.
- Estar de acuerdo con la verdad: frecuentemente si las personas que nos rodean nos critican es por que al menos parte de esa crítica es verdad, es importante estar dispuestos a aceptar la verdad y admitir que nuestra conducta puede ser un problema para la otra persona.
- Dejar que la critica de la otra persona fluya sin interrumpirla, una vez que ha finalizado puedo expresar mi punto de vista refutando sus argumentos si no estoy de acuerdo o aceptándola y planteando cambios.
- Estar de acuerdo con el hecho del crítico a una opinión, al hacer esto nos abrimos a puntos de vista diferentes.

Al expresar mi crítica hacia otras personas debo tener en cuenta:

- Determinar si la conducta o situación merece realmente ser criticada, sin dejar que tu estado de ánimo influya en esto.
- Ser breve, no dar vueltas.
- Ser específico al describir cual es la conducta criticada.
- Criticar la conducta, no a la persona.
- Pedir un cambio de conducta específico, quisiera que.., me gustaría que..
- Estar dispuesto a escuchar el punto de vista del otro.

- Terminar la conversación si veo que ha subido de tono y puede terminar en riña.

Se pide a los participantes que formen parejas y que cada uno exprese críticas a su compañero, luego se les dará pautas sobre la forma constructiva de hacer y recibir críticas y al finalizar cada participante expresará cual es su forma habitual de criticar o de reaccionar ante las críticas comparando estos modelos con las pautas que se indicó.

3.5 Fases del Entrenamiento en Habilidades Sociales.

El procedimiento de EHS esta compuesto en tres fases: educativa o de reconceptualización, de entrenamiento o práctica en el contexto terapéutico y de aplicación o práctica en contextos naturales.

a.- Educativa: Es la primera sesión en donde el terapeuta expone al paciente el modelo explicativo de la adquisición de las habilidades sociales y de aparición de problemas en las interacciones sociales. Nos centramos en modificar creencias erróneas del paciente, que distinga entre conductas habilidosas y no habilidosas, para finalizar se discute las ventajas e inconvenientes de las diferentes formas de actuar.

Al comienzo de cada una de las restantes sesiones el terapeuta defina la habilidad social específica que va a entrenar (formular una queja) y describe los diferentes componentes específicos que la constituyen (la mirada o los gestos). “Comenta la importancia de ese componente o de esa habilidad social, resaltando las ventajas de la conducta social habilidosa a nivel molecular (mirada, gestos, postura) y/o a nivel molar (formular quejas adecuadamente), y los inconvenientes de comportarse de forma inadecuada (generar conflictos interpersonales, hacer daño a los demás o a sí mismo)”.

b.- Entrenamiento o práctica en el contexto terapéutico: El entrenamiento de una habilidad social concreta en una situación específica representada en la consulta se lleva a cabo de acuerdo con la siguiente secuencia:

1. Instrucciones: El terapeuta proporciona al cliente una descripción precisa de la conducta social habilidosa, como *mira a los ojos al interlocutor cuando hablas*.
2. Modelado: El terapeuta u otro modelo realiza al cliente una demostración de la conducta social habilidosa, por ejemplo *Fíjate como miro yo a los ojos de mi*

interlocutor mientras le hablo y el modelo ejecuta el comportamiento correspondiente.

3. Ensayo de conducta: El cliente efectúa prácticas de la conducta social habilidosa instruida y modelada; así, *ahora vas hablar tu mirando a los ojos de tú interlocutor del mismo modo que has visto como yo lo he hecho*; el sujeto ensaya la conducta social objetivo.
4. Reforzamiento positivo: El terapeuta (y otras personas) refuerza socialmente la realización adecuada de la conducta social ensayada por el cliente, como *¡muy bien!, has mirado a los ojos de tu interlocutor cuando le estabas hablando*.
5. Retroalimentación: El terapeuta (y otras personas) informa sobre los aspectos no habilidosos de la ejecución del cliente , por ejemplo, *el interlocutor ha valorado tu mirada fija como agresiva, vas a repetir la conducta que vas hacer, es decir, vas a volver a hablarle mirándole a los ojos, pero esta vez no le mires tan fijamente*.

Práctica en contextos naturales: Durante el entrenamiento el terapeuta propone al cliente *tareas para casa*, esto es, la realización de las conductas sociales entrenadas en situaciones naturales. Esta práctica en vivo promueve la generalización y contribuye al mantenimiento de los cambios terapéuticos.

Por último, respecto a la planificación del EHS ésta dependerá de factores relativos a el sujeto, como su grado de participación, si presenta algún problema psicológico asociado o retraso mental, etc. Influirá la habilidad social objeto de intervención, como el número de componentes en los que presenta déficit el sujeto, la complejidad de la misma, etc. También el entrenamiento, como el número de terapeutas, los recursos materiales disponibles, el tipo de aplicación individual o grupal, etc. es de suma importancia en el EHS.

3.6 Asertividad.

La Asertividad se define como: "la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás. Negociando con ellos su cumplimiento"¹¹. Está en el tercer vértice de

¹¹ info@depsicoterapias.com

un triángulo en el que los otros dos son la pasividad y la agresividad. Situados en el vértice de la pasividad evitamos decir o pedir lo que queremos o nos gusta, en la agresividad lo hacemos de forma tan violenta que nos descalificamos nosotros mismos

Emplear la asertividad es saber pedir, saber negarse, negociar y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere, respetando los derechos del otro y expresando nuestros sentimientos de forma clara. La asertividad consiste también en hacer y recibir cumplidos, y en hacer y aceptar quejas.

El elemento básico de la asertividad consiste en atreverse a mostrar nuestros deseos de forma amable, franca, etc., pero el punto fundamental consiste en lanzarse y atreverse. Lo que se expone en esta página puede ayudarnos a mostrar lo que sentimos y deseamos, porque sabemos que lo estamos haciendo de forma adecuada, que nadie se puede ofender. Esto nos ayudará a atrevernos a hacerlo. La práctica de la asertividad conduce a una reducción notable de la ansiedad.

Existen técnicas y reglas que aprendidas y aplicadas nos permiten ejercerla de forma eficiente. Para ello hay que prepararse a negociar y hay que cumplir las reglas que implican una negociación eficiente.

Para poder practicar la asertividad tenemos que tener capacidad de negociación. En la negociación se intenta conseguir lo que se quiere con el consentimiento del otro, que lógicamente también va a tener algunos beneficios.

La realización de una negociación comprende varias fases. La primera, es la de preparación. En ella tenemos que pensar la estrategia que tenemos que seguir en el encuentro con el otro en el que se va a plantear los problemas y se va a hacer la negociación propiamente dicha.

Fase de preparación.

Para poder conseguir algo tenemos que saber como hacerlo y para ello hay que prepararse. Ir a un encuentro sin tener una mínima guía de comportamiento, cuando, además, no somos negociadores experimentados, nos expone a no lograr para nada los objetivos que perseguimos. Por tanto hay que preparar lo que se va a decir y a hacer en la negociación cara a cara con el otro.

Dentro de la preparación habría que distinguir dos subfases. La primera de preparación personal para evitar caer en la pasividad o en la agresividad y la segunda de preparación del diálogo que vamos a plantear al otro.

Fase de preparación personal.

Se trata de una fase previa, necesaria para Tener muy claros los objetivos que perseguimos en el encuentro. Es lo que nos motiva a la negociación. Cuando negociamos tenemos que tener la vista puesta en nuestros objetivos. Hay algunas cosas que nos pueden distraer de ellos y hacernos fracasar. Por ejemplo, nuestra emoción. No podemos confundir la emoción con el objetivo. Nos gustaría quedar bien, pero normalmente ese no es el objetivo. Nos gustaría machacar al otro, pero así no lograremos lo que realmente queremos. Nos gustaría que el otro reconociese que tenemos razón y que él estaba equivocado, pero nos tenemos que preguntar si ese es nuestro objetivo o si así solamente conseguiremos una recompensa de tipo emocional, mientras que nuestro objetivo se pierde. No hay que olvidar la máxima: “lo que cuenta son los hechos y no las palabras”. Si nos explayamos y nos descargamos emocionalmente puede que hayamos conseguido una recompensa a corto plazo, pero la pregunta que tenemos que hacernos es si hemos conseguido nuestros objetivos.

Hay que huir de juicios de intenciones. Si juzgamos las intenciones de la otra persona y nos basamos en ellas para plantear la relación con el otro, corremos el riesgo de contestar y reaccionar a las intenciones que pensamos que tiene el otro y perdemos de vista nuestros objetivos. Así podemos llegar a ser agresivos o a ser pasivos. Si nos han hecho algo que nos ha dolido y pensamos que lo ha hecho con buenas intenciones, podemos estar tentados de dejarlo pasar y no decir nada. Si juzgamos que lo ha hecho con mala intención, vamos a atacar su “maldad” y no los hechos y seremos agresivos. En una negociación no se trata de agredir y someter al otro, aunque lo veamos como un rival. Hay que darle una salida, más o menos airosa porque si no se revolverá contra nosotros. Querer que nos reconozca lo equivocado que está y se someta completamente a nuestros deseos puede ser un objetivo emocional, que compense la humillación que hemos sentido, pero ¿es realmente nuestro objetivo? Sí tenemos que intentar entender que cosas son las pueden motivar al otro para hacer lo que nosotros queremos que haga.

Tenemos que pensar en como crear la oportunidad de la negociación. Si es algo pendiente desde hace mucho tiempo y que queremos abordar, hay que buscar al otro y plantear un tiempo y un espacio en el que se pueda dar la negociación. Es lo primero que tenemos que conseguir del otro. Sin ellos no se consigue, no es posible hacer la negociación. En muchas ocasiones no hay que buscar la oportunidad, es la propia situación en la que se genera el problema. Pero en ella nos puede ocurrir que cuando el otro se va es cuando se nos ocurre aquello teníamos que haber dicho. Recuerda: Siempre hay una segunda oportunidad aunque haya que crearla. Crear la oportunidad es buscar al otro y plantear, aunque sea por enésima vez, el tema que nos ocupa. Cualquier frase introductoria como decirle, “de lo que hablamos ayer me gustaría comentarte algo” o frases parecidas para iniciar la conversación son ayudas inestimables para crear la oportunidad.

Con los objetivos claros podemos controlar nuestra agresividad y motivarnos para dejar de ser pasivos, con la oportunidad creada y el entendimiento de lo que el otro espera podemos preparar el momento concreto de la negociación.

Preparación del diálogo.

Sin perder de vista que lo importante es lo que hagamos y lo que decimos solamente puede ser una guía para que el otro sepa cuales van a ser nuestros siguientes pasos, tenemos que preparar aquello que vamos a decirle. El diálogo que tengamos con él tiene que cumplir los siguientes requisitos para ser un diálogo asertivo:

Describir los hechos concretos.

Se trata de poner una base firme a la negociación, en la que no pueda haber discusión. Cuando describimos hechos que han ocurrido el otro no puede negarlos y así podemos partir de ellos para discutir y hacer los planteamientos precisos. En este punto es donde más tenemos que evitar hacer los juicios de intenciones. No se trata de decir “eres un vago” sino decir, “vengo observando que te levantas desde hace ya varias semanas a la hora de comer”. Diremos me has dicho 10 veces “no sirves para nada” en lugar de “me quieres denigrar y hundir” (juicio de intenciones.)

Manifestar nuestros sentimientos y pensamientos.

Es decir comunicar de forma contundente y clara como nos hace sentir aquello que ha ocurrido y que juicio moral o de pensamiento nos despierta. Es el momento de decir “estoy hasta las narices de esta situación y no la soporto más”, o “me he sentido humillado y denigrado”. Hay que recordar que no se trata de que el otro lo encuentre justificado o no. Le puede parecer desproporcionado, o injusto, o... pero es lo que nosotros sentimos y tenemos derecho a hacerlo así, no aceptaremos ninguna descalificación, defenderemos nuestro derecho a sentirnos tal y como le decimos. Le estamos informando, no le pedimos que nos entienda o nos comprenda, por eso no puede descalificarnos ni aceptaremos críticas a nuestros sentimientos, emplearemos la técnica del banco de niebla combinado con el disco rayado (ver más abajo.)

Pedir de forma concreta y operativa lo que queremos que haga. No se trata de hablar de forma general o genérica, “quiero que seas más educado”, “quiero que me respetes” “quiero que no seas vago”; sino que hay que ser concreto y operativo: “quiero que quites los pies de mi mesa”, “quiero que cuando hablo me mires a los ojos y contestes a lo que te pregunto”, “quiero que estudies tres horas diarias”. Son conductas concretas que el otro puede entender y hacer.

Especificar las consecuencias.

Es decir, aquello que va a ocurrir cuando haga lo que se le ha pedido. Se le podría plantear también las consecuencias que tendrá para él no hacerlo, pero es preferible especificar lo que va a obtener de forma positiva. De otra manera lo que planteamos es un castigo y los castigos son mucho menos efectivos que los premios o refuerzos. Muchas veces se trata solamente de una forma de presentación, hay que tener en cuenta que frecuentemente algo que puede ser planteado como un castigo, si no lo hace, se puede ver como algo positivo si lo hace. “Si no lo haces tendrás un castigo” se puede convertir en “Si lo haces evitarás que haga lo que no quiero hacer que es lo que supone un castigo para ti, que es algo que, por supuesto, yo tengo que hacer para ser consecuente con mis objetivos y los sentimientos que ya he expresado”.

Ensayo.

Lo que se ha preparado, preferentemente por escrito, se tiene que ensayar hasta aprendérselo de memoria. Cuando vamos a un examen nos ponemos nerviosos y se nos

olvidan muchas cosas, puede pasarnos lo mismo en este caso y por eso hay que aprendérselo de memoria.

Si la situación nos causa alguna ansiedad, es una razón más para el ensayo. Cuando nos imaginamos la situación de la negociación nos estaremos exponiendo a ella en la imaginación y al menos cuando pensemos en hablar con el otro no nos pondremos nerviosos y comenzaremos nuestra negociación en mejor posición anímica. Si nos ponemos nerviosos podemos acogernos al diálogo que hemos preparado en la seguridad de que vamos a expresar nuestros deseos de forma completa.

Ejecución.

En la fase de ejecución hay que tener en cuenta algunas técnicas básicas que nos permiten llevar a cabo lo que hemos preparado. No hay que olvidar nunca que nuestros objetivos están plasmados en el diálogo que hemos preparado y que nuestra meta inmediata es decirlo. No se trata de contestar a todas las digresiones que nos hagan, no es necesario ser rápido y agudo para poder responder de forma inmediata a todo lo que nos digan. Se trata de emplear la técnica del banco de niebla, que también se llama aceptar en principio, seguida de la del disco rayado.

La forma de hacerlo es diciendo que “puede que lleves razón; pero...” (banco de niebla) lo que yo quiero decir es que... “y se sigue con el diálogo en el punto en el que fuimos interrumpidos o repitiéndolo desde el principio (disco rayado.) Puede parecer muy limitado y que vamos a hacer el ridículo, pero es sorprendente lo efectivo y natural que resulta. Si saca otros temas, también importantes, no perdamos de vista nuestro objetivo, tenemos que acabar con lo que ha motivado la negociación para poder seguir más tarde con lo que acaba de plantear: en ningún momento hay que perder de vista nuestro objetivo, plasmado en el diálogo preparado.

3.7 Comunicación.

La comunicación es un fenómeno inherente a la relación grupal de los seres vivos por medio del cual éstos intercambian información acerca de su entorno siendo capaces de compartirla a otros. Usualmente, los seres vivos usan sonidos, gestos, señales visuales y olores como medio de comunicar información.

La existencia de las denominadas Ciencias de la Comunicación reconoce dar a la comunicación una entidad autónoma y un campo de investigación propio en el conjunto del saber. El problema que cabe plantearse es si la comunicación es una disciplina como tal, o si por el contrario es un ámbito concreto del conocimiento al que disciplinas ya consolidadas tratan de estudiar, como la psicología, sociología, política, antropología, lingüística.

“La comunicación es un proceso de interrelación entre dos (o más) personas donde se transmite una información desde un emisor que es capaz de codificarla en un código definido hasta un receptor el cual decodifica la información recibida, todo eso en un medio físico por el cual se logra transmitir, con un código en convención entre emisor y receptor, y en un contexto determinado. El proceso de comunicación emisor - mensaje - receptor, se torna bivalente cuando el receptor logra codificar el mensaje, lo interpreta y lo devuelve al emisor originario, quien ahora se tornará receptor”¹².

En los seres humanos, la comunicación es un acto propio de su actividad psíquica, derivado del lenguaje y del pensamiento, así como del desarrollo y manejo de las capacidades psicosociales de relación con el otro. A grandes rasgos, permite al individuo conocer más de sí mismo, de los demás y del medio exterior mediante el intercambio de mensajes principalmente lingüísticos que le permiten influir y ser influidos por las personas que lo rodean.

Es importantísimo recordar que ésta puede ser verbal y no verbal, lo que comprende un "todo" donde los diferentes sentidos de percepción del hombre actúan para decodificar e interpretar lo escuchado, pues puede ser claro, que llegue la información, pero, ¿es lo que se quiere transmitir? o el receptor, ¿es el que verdaderamente puede descifrar la información?, allí los canales entonces juegan un papel importante así como la disposición de transmitir la información de la mejor manera para ser entendido correctamente.

El funcionamiento de las sociedades humanas es posible gracias a la comunicación. Esta consiste en el intercambio de mensajes entre los individuos. Desde un punto de vista

¹² Caballo, V. E, 2007, Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales, séptima edición, Siglo XXI, Madrid.

técnico se entiende por comunicación el hecho que un determinado mensaje originado en el punto A llegue a otro punto determinado B, distante del anterior en el espacio o en el tiempo. La comunicación implica la transmisión de una determinada información. La información como la comunicación supone un proceso; los elementos que aparecen en el mismo son: fuente, emisor o codificador, código (reglas del signo, símbolo), mensaje primario (bajo un código), receptor o decodificador, canal, ruido (barreras o interferencias) y la retroalimentación o realimentación (feed-back, mensaje de retorno o mensaje secundario).

Fuente: Es el lugar de donde emana la información, los datos, el contenido que se enviará, en conclusión: de donde nace el mensaje primario.

Emisor o codificador: Es el punto (persona, organización...) que elige y selecciona los signos adecuados para transmitir su mensaje; es decir, los codifica para poder llevarlo de manera entendible al receptor. En el emisor se inicia el proceso comunicativo.

Receptor o decodificador: Es el punto (persona, organización...) al que se destina el mensaje, realiza un proceso inverso al del emisor ya que en él está el descifrar e interpretar lo que el emisor quiere dar a conocer. Existen dos tipos de receptor, el pasivo que es el que sólo recibe el mensaje, y el receptor activo o perceptor ya que es la persona que no sólo recibe el mensaje sino que lo percibe y lo almacena. El mensaje es recibido tal como el emisor quiso decir, en este tipo de receptor se realiza el feed-back o retroalimentación.

Código: Es el conjunto de reglas propias de cada sistema de signos y símbolos que el emisor utilizará para transmitir su mensaje, para combinarlos de manera arbitraria porque tiene que estar de una manera adecuada para que el receptor pueda captarlo. Un ejemplo claro es el código que utilizan los marinos para poder comunicarse; la gramática de algún idioma; los cifras en la informática..., todo lo que nos rodea son códigos.

Mensaje: Es el contenido de la información (contenido enviado): el conjunto de ideas, sentimientos, acontecimientos expresados por el emisor y que desea transmitir al receptor para que sean captados de la manera que desea el emisor. El mensaje es la información.

Canal: Es el medio a través del cual se transmite la información-comunicación, estableciendo una conexión entre el emisor y el receptor. Mejor conocido como el

soporte material o espacial por el que circula el mensaje. Ejemplos: el aire, en el caso de la voz; el hilo telefónico, en el caso de una conversación telefónica.

Referente: Realidad que es percibida gracias al mensaje. Comprende todo aquello que es descrito por el mensaje.

Situación: Es el tiempo y el lugar en que se realiza el acto comunicativo.

Interferencia o barrera: Cualquier perturbación que sufre la señal en el proceso comunicativo, se puede dar en cualquiera de sus elementos. Son las distorsiones del sonido en la conversación, o la distorsión de la imagen de la televisión, la alteración de la escritura en un viaje, la afonía del hablante, la sordera del oyente, la ortografía defectuosa, la distracción del receptor, el alumno que no atiende aunque esté en silencio. También suele llamarse ruido.

Retroalimentación o realimentación (mensaje de retorno): Es la condición necesaria para la interactividad del proceso comunicativo, siempre y cuando se reciba una respuesta (actitud, conducta...) sea deseada o no. Logrando la interacción entre el emisor y el receptor. Puede ser positiva (cuando fomenta la comunicación) o negativa (cuando se busca cambiar el tema o terminar la comunicación). Si no hay realimentación, entonces solo hay información más no comunicación.

Funciones de la Comunicación Informativa:

Tiene que ver con la transmisión y recepción de la información. A través de ella se proporciona al individuo todo el caudal de la experiencia social e histórica, así como proporciona la formación de hábito, |habilidades y convicciones. En esta función el emisor influye en el estado mental interno del receptor aportando nueva información.

Afectivo-valorativa: El emisor debe otorgarle a su mensaje la carga afectiva que el mismo demande, no todos los mensajes requieren de la misma emotividad, por ello es de suma importancia para la estabilidad emocional de los sujetos y su realización personal. Gracias a esta función, los individuos pueden establecerse una imagen de sí mismo y de los demás.

Reguladora: Tiene que ver con la regulación de la conducta de las personas con respecto a sus semejantes. De la capacidad autorreguladora y del individuo depende el éxito o fracaso del acto comunicativo Ejemplo: una crítica permite conocer la valoración que

los demás tienen de nosotros mismos, pero es necesario asimilarse, proceder en dependencia de ella y cambiar la actitud en lo sucedido.

Hechos sociales como la mentira son una forma de comunicación informativa (aunque puede tener aspectos reguladores y afectivo-valorativos) en la que el emisor trata de influir sobre el estado mental del receptor para sacar ventaja.

Otras Funciones de la comunicación:

Se emplea en las siguientes funciones principales dentro de un grupo o equipo:

- Control: La comunicación controla el comportamiento individual. Las organizaciones, poseen jerarquías de autoridad y guías formales a las que deben regirse los empleados. Esta función de control además se da en la comunicación informal.

- Motivación: Lo realiza en el sentido que esclarece a los empleados qué es lo que debe hacer, si se están desempeñando de forma adecuada y lo que deben hacer para optimizar su rendimiento. En este sentido, el establecimiento de metas específicas, la retroalimentación sobre el avance hacia el logro de la meta y el reforzamiento de un comportamiento deseado, incita la motivación y necesita definitivamente de la comunicación.

- Expresión emocional: Gran parte de los empleados, observan su trabajo como un medio para interactuar con los demás, y por el que transmiten fracasos y de igual manera satisfacciones.

- Información: La comunicación se constituye como una ayuda importante en la solución de problemas, se le puede denominar facilitador en la toma de decisiones, en la medida que brinda a información requerida y evalúa las alternativas que se puedan presentar

3.8 Resolución de Problemas.

Definimos la Resolución de Problemas como un proceso metacognitivo mediante el cual las personas comprenden los problemas de la vida y se esfuerzan por alterar la naturaleza problemática de la situación, sus reacciones hacia éstas y ambas cosas a la vez.

De acuerdo con este enfoque, una resolución eficaz de los problemas implica cinco procesos interactivos, cada uno de los cuales realiza una contribución distinta a una buena resolución del problema. Nos referimos a la orientación hacia el problema, la definición y formulación del problema, la búsqueda de alternativas, la toma de decisiones y, la ejecución y verificación de la solución.

La orientación hacia el problema incluye un proceso motivacional, mientras que los restantes procesos consisten en habilidades específicas que permiten a las personas resolver eficazmente sus problemas estresantes. La orientación hacia el problema representa las reacciones cognitivo-afectivas inmediatas de un individuo cuando se enfrenta por primera vez a un problema. Incluye creencias, atribuciones y expectativas acerca de los problemas de la vida en general y a nuestra habilidad para resolverlos eficazmente. Una orientación individual puede ser tanto positiva, facilitando la resolución efectiva del problema, o negativa, que impide el éxito en la solución del problema.

Los cuatro restantes componentes de la resolución de problemas constituyen una amplia dimensión que puede definirse como la aplicación racional, deliberada, constante y hábil de un conjunto de tareas dirigidas hacia unos objetivos que permiten a los individuos resolver los problemas satisfactoriamente. La meta de la formulación y definición del problema es aclarar y comprender la naturaleza del problema y especificar metas y objetivos realistas. La búsqueda de alternativas implica pensar creativamente en la mayor cantidad posible de soluciones, utilizando estrategias con el objetivo de incrementar la probabilidad de definir las soluciones más efectivas.

La meta de la toma de decisiones es realizar un análisis de costo-beneficio para cualquiera de las soluciones propuestas para identificar la/s más efectivas y ponerlas en acción. La ejecución y verificación de soluciones implica poner a prueba la solución elegida, observar sus consecuencias y evaluar su efectividad.

En general, la terapia de resolución de problemas se ha utilizado con individuos o grupos de clientes para disminuir su malestar emocional y poder brindarles estabilidad y decisión.

3.9 Diferencias entre individuos socialmente habilidosos y no habilidosos:

Las personas socialmente habilidosas y no habilidosas difieren en una serie de elementos conductuales, cognitivos y/o fisiológicos. El empleo de grupos de contraste, es decir grupos de alta y baja habilidad social, ha sido un método empleado con frecuencia para la investigación de los componentes conductuales de las habilidades sociales, los mismos que hasta el momento han sido los más arduamente investigados; sin embargo últimamente se está dando cada vez más importancia a los elementos cognitivos que influyen facilitando o inhibiendo un comportamiento socialmente adecuado; en lo referente a los componentes fisiológicos existen pocos estudios acerca de la variabilidad de respuestas fisiológicas entre individuos de alta y baja habilidad social, incluso algunos de estos estudios han resultado contradictorios, además que la investigación en este terreno requiere de métodos bastante sofisticados.

Dentro de las investigaciones realizadas a cerca de los componentes conductuales se han encontrado diferencias en la frecuencia e intensidad de variables como el contacto ocular, la fluidez, el tiempo de habla y la entonación. Las diferencias encontradas en lo cognitivo son: los pensamientos negativos u obsesivos, autoverbalizaciones negativas, temor a la evaluación negativa; encontrándose una mayor frecuencia de dichos pensamientos en personas con una baja habilidad social. En el plano fisiológico aún no se ha realizado muchas investigaciones y las pocas que se han realizado no han dado resultados consistentes como para que se pueda hablar de diferencias específicas entre ambos grupos.

3.10 Influencia del Aprendizaje Social en el Entrenamiento de Habilidades Sociales.

El hombre es eminentemente un ser social, aunque todos contamos con nuestra personalidad que es lo que nos hace ser únicos e irrepetibles no podemos vivir aislados. Todo hombre se comunica, todos deseamos hacernos comprender y comprender a los demás, nacemos y participamos con otros para desarrollarnos buscando mantener nuestra identidad y bienestar en una sociedad, pero no siempre sabemos hacerlo ya que no nacemos sabiendo.

La sociedad está definida más ampliamente como "la matriz de las relaciones sociales dentro de la cual se desarrollan otras formas de vida de grupo". Desde pequeños crecemos dentro de una sociedad ya establecida, el proceso por el cual un niño aprende a ser un miembro de ésta se denomina socialización. Es aquí donde se generan los patrones normativos, los valores, las costumbres, habilidades, creencias, etc. y todos surgen del proceso de la interacción, el ser humano por tanto debe hacerse partícipe de esta.

Podemos afirmar que el proceso de socialización permite el desarrollo de las aptitudes sociales del ser humano para que este pueda desenvolverse de forma adecuada. El individuo es un ser activo de este proceso, por que además de imitar conductas, es capaz de innovar y crear nuevas formas de interacción.

Todo este proceso de aprendizaje sucede en relación con otros seres humanos, mientras más cercana o estrecha sea la relación con el otro (educador, amigo, tío, etc.) más efectivo será este como agente de socialización, "los padres, los profesores y los compañeros pueden estimular o desalentar la sensibilidad hacia las actitudes de otra gente ya sea disminuyendo o acentuando la importancia de la impresión social que uno produce, o ya sea por las actitudes hacia la idiosincrasia, las relaciones interpersonales y el ajuste social" (Introducción a la Sociología, pág. 356). Básicamente el proceso de socialización es una compleja interacción del individuo con los otros en que las personas deben equilibrar la tradición, los patrones personales, y las expectativas sociales.

Las relaciones interpersonales no son sólo una de las tantas actividades del hombre, sino que también un componente principal en las relaciones clave que determinan, en gran medida, la calidad de vida. Por esto mismo, es necesario educar al individuo para mantener relaciones interpersonales sanas, para acceder y contar con redes de apoyo firmes que brinden asistencia emocional, material o de información pertinente en el momento que se necesite. De ahí la importancia de fortalecer las interacciones y la manera más efectiva de hacerlo es desarrollando competencias. Las Habilidades Sociales son el vehículo principal de este proceso, de hecho la existencia o ausencia de este afecta y repercute enormemente en nuestro desarrollo como personas.

El tema de las Habilidades Sociales ha recibido una marcada atención en los últimos años, este incremento se debe fundamentalmente a la constatación de su importancia en el desarrollo infantil y en el posterior funcionamiento social y psicológico. Existe un alto grado de conformidad de los estudiosos en la idea de que las relaciones entre iguales en la infancia contribuyen al desarrollo interpersonal y proporcionan oportunidades únicas para el aprendizaje de habilidades específicas que no pueden lograrse de otra manera ni en otros momentos. Asimismo existen datos que nos alertan acerca de las consecuencias negativas que la falta de Habilidades Sociales puede tener para las personas, tanto a corto plazo (en la infancia), como a mediano y largo plazo (adolescencia y adultez). La falta de habilidad social se relaciona con variadas dificultades: baja aceptación, rechazo, aislamiento, problemas escolares, desajustes psicológicos, delincuencia juvenil, etc. Es necesario, por ende, enfatizar en la enseñanza de la conducta interpersonal a la población de niños, niñas y jóvenes, con el objeto de promover su competencia social, prevenir posibles desajustes y, en definitiva, contribuir al desarrollo integral.

TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL DE BANDURA

Esta perspectiva teórica plantea el desarrollo del individuo en cuanto a la adquisición de nuevas conductas gracias a la influencia constante del ambiente, conocimiento y conducta del individuo, lo que en definitiva le permite aprender y sobrevivir en la compleja dinámica de las relaciones sociales. Este proceso de influencia recíproca se produce a través de los "procesos simbólicos", "procesos vicarios", y los procesos "autoregulatorios".

La capacidad de aprender observando las experiencias de otros abrevia considerablemente el proceso de aprendizaje por ensayo – error y amplía la capacidad de adquirir nuevas pautas de conductas y evaluar las consecuencias de estas, lo que afirma que para aprender conductas complejas (como aprender un idioma, pautas culturales, relaciones sociales, etc.) sólo pueden adquirirse a través de la observación de modelos y la ausencia de esto impediría desarrollar pautas culturales, lo que generaría en el sujeto una ineptitud en manejo de relaciones sociales, en el aprendizaje de conductas aprobadas y rechazadas etc. Además los individuos desarrollarán más o menos una conducta por las consecuencias que ésta genere en los demás o en el medio.

Otro factor que también interviene en la adquisición de nuevas conductas es la capacidad del observador de procesar la información obtenida. Para ejecutar las nuevas conductas es necesario que el individuo tenga mas o menos desarrollados los factores que se requieren para llevar a cabo la conducta, esto por lo tanto dará como resultado una realización adecuada o defectuosa, en este ultimo caso se hace necesario desarrollar las habilidades necesarias para una buena ejecución de la conducta de acuerdo a la edad, sexo y ambiente del individuo todo esto se logra a través del modelado.

Básicamente las personas adquieren conductas nuevas observando a los modelos, practicando ellos mismos las consecuencias (o viéndolas) y obteniendo información.

El medio otorga información a través de señales de qué cosas pueden ocurrir si se realizan determinadas acciones, entonces las personas relacionan unas experiencias con otras, las cuales adquieren un carácter predictivo que permite al individuo regular su conducta, evitar errores y potenciar todos estos factores para producir experiencias gratas.

A través del Aprendizaje Social además de perfeccionar conductas es posible el aprendizaje de emociones y actitudes que se observan más en las relaciones interpersonales.

Cuando el desarrollo de la competencia social se inicia puede resultar bastante tedioso, por esto, para obtener un mejor desarrollo o hacerlo más estimulante es necesario recurrir a los incentivos positivos hasta que el individuo sea capaz por sí solo de realizar la conducta, una vez aprendida ya no necesitarán refuerzos externos y pueden enfrentarse a su medio con las herramientas necesarias.

Los individuos tienen diversas formas de aplicar incentivos, existe el incentivo grupal e individual. Estos dos tipos de refuerzos tienen diferentes matices de los cuales se obtienen diferentes consecuencias. Otra forma de reforzamiento es el reforzamiento vicario que se produce a través de la observación.

Las potencialidades personales (conversar fluidamente, ser arrogante, payaso, etc.) afectarán al otro en la medida que el individuo se muestre con estas potencias, así la conducta determina en parte cual de las influencias entrará en juego en el complejo social.

Finalizamos este capítulo concluyendo que las relaciones sociales constituyen una parte fundamental en la vida de toda persona, es por esto que la calidad de las relaciones sociales determinará en gran medida el desenvolvimiento de una persona en sus diversas facetas.

Con el Entrenamiento en Habilidades Sociales se busca proporcionar a las personas herramientas que les permitan aprender o perfeccionar modelos de interacción con los que puedan acceder a relaciones sociales más satisfactorias y en consecuencia mejorar su calidad de vida.

La intención de vincularnos al tema de las habilidades sociales, ha sido gratificante y de gran enseñanza debido a que el consumo habitual de sustancias produce problemas que interfieren con el funcionamiento social de un individuo, muchas veces el consumo de sustancias constituye para el adicto un medio para afrontar la vida y las presiones externas, de ahí deriva la necesidad de que en un programa de tratamiento para adictos se incluya el trabajo en Habilidades Sociales con el fin de proporcionar a los pacientes estrategias para mejorar su forma de afrontar situaciones conflictivas y solucionar problemas sin tener que recurrir al consumo.

CAPÍTULO IV. “Aplicación de la Terapia para el Entrenamiento en Habilidades Sociales: Análisis de Casos”.

4.1 Metodología

Esta investigación se realizó con una muestra de ocho pacientes internos en el C.R.A. (Centro de Reposo y Adicciones), desde el primero hasta el veintiséis de Diciembre del 2008. La frecuencia con que se realizó las intervenciones terapéuticas fue de tres veces por semana para evitar el riesgo de deserción

De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión que se exponen mas adelante resulto difícil conformar el grupo de trece personas que se había puesto como meta inicialmente, por lo que considerando que el tamaño del grupo puede variar entre cuatro y quince personas decidimos realizar la terapia con ocho pacientes que cumplieran con los siguientes criterios, con respecto a la edad se extendió el límite hasta los 35 años.

- **Criterios de Inclusión.**

1. Pacientes hospitalizados por el consumo de alcohol y drogas durante un período de tres meses en el CRA. (Centro de Reposo y Adicciones).
2. Sexo masculino
3. Edad comprendida entre 15 y 30 años

- **Criterios de Exclusión.**

1. Pacientes que no han alcanzado el nivel de instrucción primaria.
2. Pacientes con un periodo de internamiento menor a 3 meses.
3. Pacientes que presenten deterioro de las funciones cognitivas.
4. Pacientes que presenten trastornos mentales.

Luego de haber seleccionado a los pacientes se aplicó de manera individual la escala de habilidades sociales de Elena Gismero González; este cuestionario compuesto

por 33 elementos explora la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas y valora hasta qué punto las habilidades sociales modulan a esas actitudes.

La información que ofrece el cuestionario queda contenida en las siguientes áreas:

1. Capacidad de hacer cumplidos y Expresión de enfado o disconformidad
2. defensa de los propios derechos como consumidor
3. toma de decisiones en relación con el sexo opuesto
4. expresión de opiniones, sentimientos y peticiones
5. decir no o defender tus derechos frente a conocidos y amigos
6. expresarse en situaciones sociales
7. cortar una interacción

4.2 Planificación del Proceso Terapéutico.

Objetivo General:

Realizar una terapia de grupo de doce sesiones enfocada a mejorar las habilidades sociales de los pacientes hospitalizados en el área de adicciones del CRA.

Fecha	Duración	Actividad: Técnica.	Materiales	Evolución
01-12-08.	60 Minutos.	Estrategias iniciales y de calentamiento.	Papel y un lápiz o esfero.	Los pacientes en un inicio mostraron cierta resistencia a ser parte del grupo psicoterapéutico debido a que el horario planificado para realizar la terapia era en horas extras de su trabajo dentro del programa de rehabilitación. Una vez que el tema fue presentado, que dimos a conocer los objetivos y la modalidad de trabajo, su

				<p>perspectiva cambio, acogiendo con gran interés el trabajo. Interactuaron en pares, describiendo datos concretos de su vida, empalizando el uno con el otro. Al momento de realizar la técnica de participante activo o pasivo a través del dibujo, ellos se dieron cuenta cuanta frustración les causaba algo tan simple y que podía resolverse solo con sentir que el compañero dirigía la acción</p>
03-12-08.	60 Minutos.	Ejercicios para la determinación de la ansiedad.	Papel.	<p>Los pacientes lograron identificar situaciones en las que son mas propensos a perder el control, analizamos en grupo medidas preventivas para estos hechos y ellos pudieron descargar y comunicar lo que les afligía.</p>

05-12-08.	60 Minutos.	Ejercicios de relajación	Música adecuada para el trabajo.	Se les brindo un espacio para encontrarse con ellos mismos, se sintió gran alivio y al mismo tiempo algunos de ellos requerían de un proceso mas prolongado se les dificultaba expresar sus sentimientos.
08-12-08.	60 Minutos.	Ejercicios para los derechos humanos básicos.	Papel.	En esta etapa de terapia se constato el hecho de que los pacientes se veían involucrados en el proceso, para algunos esto era también un método de psicoeducación.
10-12-08.	60 Minutos.	Mantra del Nombre		Este ejercicio logro que ellos se establecieran ya como un grupo de trabajo, pudimos notar su madurez y

				<p>respeto para la forma en que cada uno debía presentarse, no hubo en ningún momento un ambiente que no implicara interactuar de manera adecuada.</p>
12- 12-08.	60 Minutos.	Ejercicios para la distinción entre conducta asertiva/ no asertiva y agresiva.		<p>Los pacientes fueron los protagonistas de lo que sucede en su vida, se logró que a través de la dinámica de la imitación ellos identificarán que ese personaje era cada uno de ellos, en algunos casos arrepentimiento y en otros gran desilusión por sus actitudes.</p>
15-12-08.	60 Minutos.	Expresión de Sentimientos.		<p>Esta técnica conmovió a cada uno con lo que le había sucedido o le sucedía al otro.</p>

				<p>Lo gratificante fue que ellos habían olvidado que el abrazar a un ser humano implicaba un sentimiento de apoyo de comunicación. Se constato en el grupo entero un ambiente de solidaridad.</p>
17-12-08.	60 Minutos.	Terapia Racional Emotiva.		<p>Nos situábamos en un terreno que ya habíamos experimentado con algunas de las técnicas anteriormente. Este proceso fortaleció en ellos un modo de comunicar, de expresar y de sentir libremente.</p>
19-12-08	60 Minutos.	La iniciación, el mantenimiento y la terminación de conversaciones.		<p>Los pacientes trabajaron con esta técnica activamente, para todos era necesario aprender a</p>

				comunicarse de manera correcta.
22-12-08	60 Minutos.	Hacer y recibir cumplidos y peticiones.		Fue importante tocar este aspecto del comportamiento de los seres humanos, ellos reconocían que el hacer y recibir cumplidos no formaba parte de sus vidas, se esmeraron en encontrar la forma adecuada para que el compañero entendiera cual era su propósito.
24-12-08	60 Minutos.	Afrontar y expresar críticas.		Esta fue una de las técnicas mas controversiales, su inseguridad reflejaba una conducta de predisposición a todo lo que ocurría a su alrededor. Lo satisfactorio fue que cada uno tomo la opinión

				del otro con humildad.
26-12-08.	60 Minutos.	Cierre del Proceso: Retroalimentación del trabajo Grupal.		La retroalimentación nos permitió a nosotras como terapeutas y a los pacientes como participantes del proceso, encontrar el tiempo y tener cada uno disposición para analizar su comportamiento y pensamientos.

Tabla 2. Planificación del proceso.

4.3 Fichas de los Pacientes:

Paciente A:

Fecha de Nacimiento: 16/06/1982

Edad: 26 años.

Sexo: Masculino.

Historia Clínica: 22845.

Procedencia: Chunchi.

Residencia: -----

Instrucción: Primaria Completa.

Ocupación: Albañil.

Estado Civil: Casado.

Religión: Católico.

Fecha de Ingreso: 18/10/08.

Motivo de Consulta: Alucinaciones auditivas, ideas delirantes y agitación psicomotriz.

- **FORMULACION DINAMICA DEL TRASTORNO O PROBLEMA:**

Paciente de 26 años, casado, padre y abuelo alcohólicos; inicia el consumo de alcohol etílico a los 14 años, el mismo que le ha causado problemas a nivel familiar debido a que en intoxicación es irritable y agresivo, presenta celotipia; su esposa decide separarse de él hace algunos meses por lo que últimamente vive con sus hermanos quiénes lo ingresan en este centro.

- **DX FORMAL:**

Presenta un trastorno de dependencia al Alcohol etílico y síndrome de abstinencia moderado, rasgos de personalidad ciclotímica, además una hepatopatía alcohólica.

- **RESULTADOS DE LOS TEST APLICADOS:**

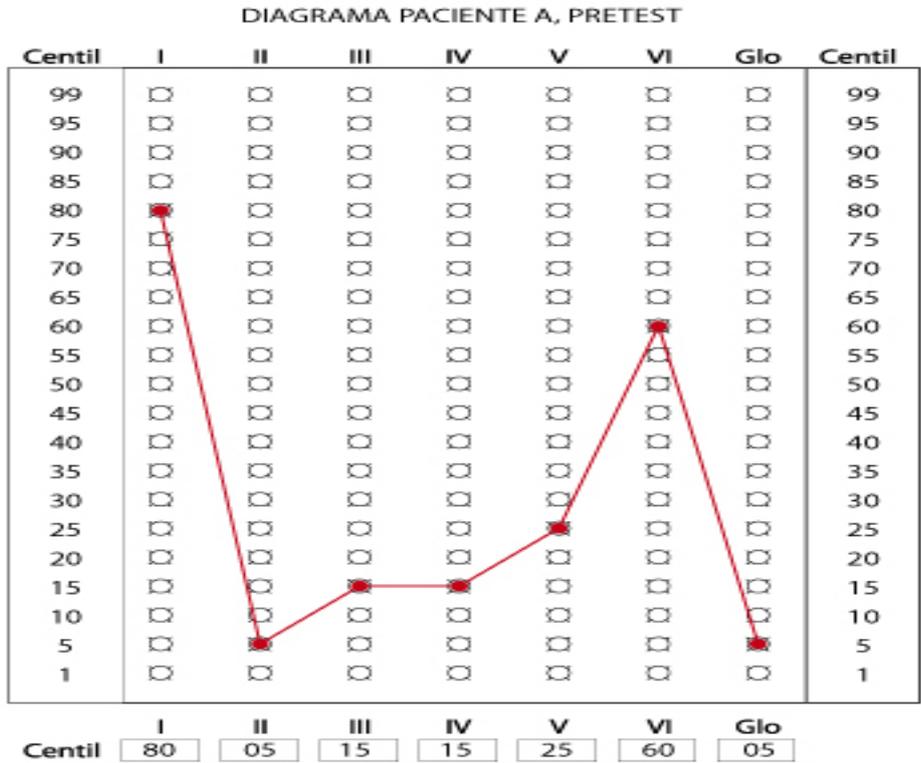


Tabla 3

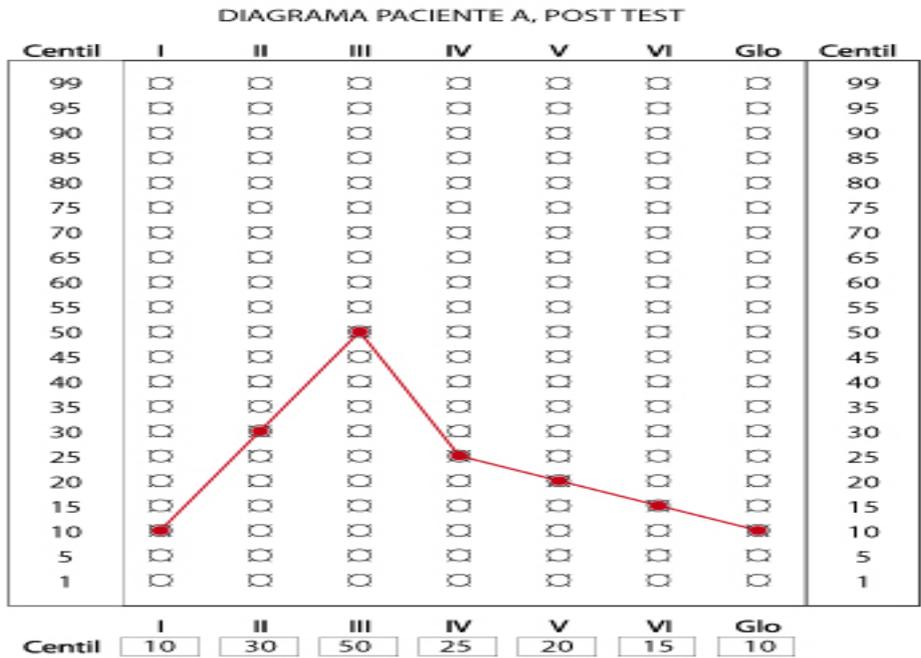


Tabla 4

- EVOLUCION:

La aplicación del pre test muestra deficiencias significativas en las siguientes áreas: toma de decisiones en relación con el sexo opuesto, expresión de opiniones, sentimientos y peticiones, decir no o defender tus derechos frente a conocidos y amigos, expresarse en situaciones sociales. El paciente muestra una favorable puntuación en el área de defensa de los propios derechos como consumidor y en su habilidad para cortar interacciones.

En la expresión de opiniones, sentimientos y peticiones hay menor dificultad que en las anteriores; sin embargo se consideró que también se debía reforzar esta área ya que en las primeras sesiones se observa que al paciente le cuesta expresar sus sentimientos y opiniones de forma espontánea. A lo largo del proceso se notan cambios, que a pesar de no ser muy drásticos si se pueden apreciar al momento de interactuar en el grupo y participar en las diferentes técnicas, además hay un mayor interés por participar y mediante la retroalimentación mejora su capacidad para expresarse.

En el post test las puntuaciones obtenidas continúan siendo relativamente bajas en algunas áreas e inclusive aquellas que tenían puntajes altos bajan. Lo importante es que el paciente equilibrio su área emocional lo que creemos era muy conveniente para seguir reforzando las otras áreas.

Paciente B:

Fecha de Nacimiento: 04/10/81.

Edad: 31 años.

Sexo: Masculino.

Historia Clínica: 22863.

Procedencia: Quingueo.

Residencia: -----.

Instrucción: Secundaria Completa.

Ocupación: Relojero.

Estado Civil: Casado.

Religión: Católico (no practicante).

Fecha de Ingreso: 29/10/08.

Motivo de Consulta: Ingesta de Alcohol etílico.

- **FORMULACION DINAMICA DEL TRASTORNO O PROBLEMA:**

Paciente de 31 años, casado sin hijos, toda la vida su padre lo ha protegido mucho, vive y trabaja con él, inicia el consumo de alcohol etílico a los 15 años, afirma que ha consumido también otras sustancias de manera ocasional, su adicción le ha causado problemas conyugales debido a que gran parte del dinero que gana lo gasta en alcohol por lo que le miente a su esposa a cerca de sus ingresos.

- **DX FORMAL:**

Presenta un trastorno de dependencia al alcohol etílico, síndrome de abstinencia moderado y alucinosis alcohólica; rasgos de personalidad evitativa y una esteatosis hepática G1 II.

- **RESULTADOS DE LOS TEST APLICADOS:**

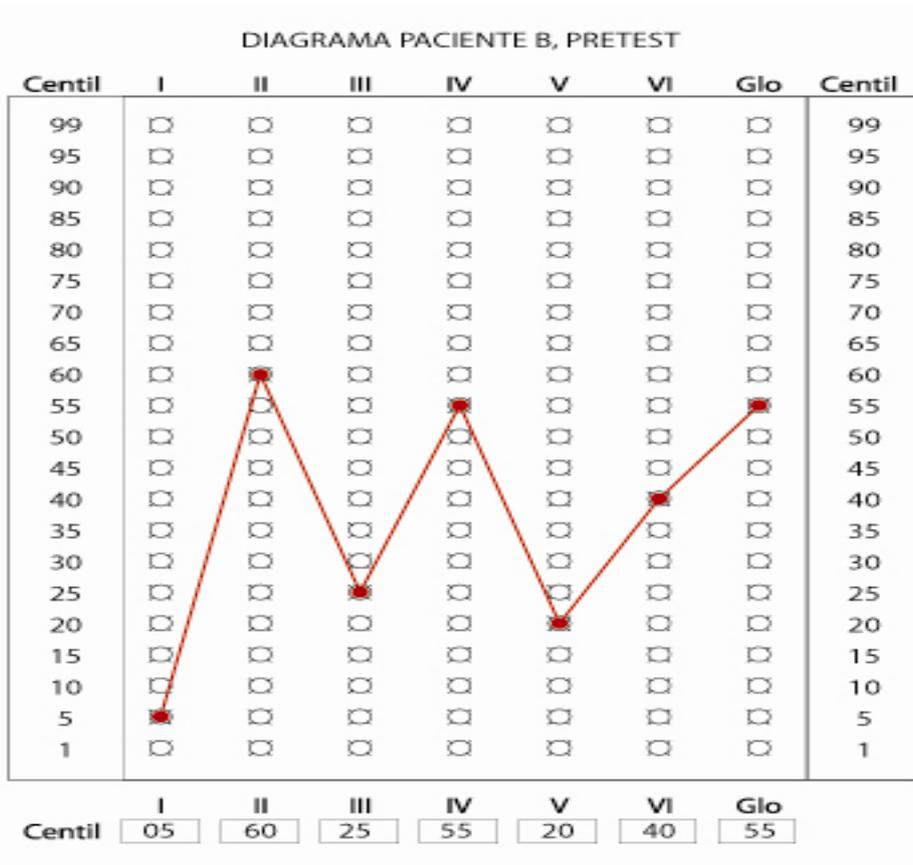


Tabla 5

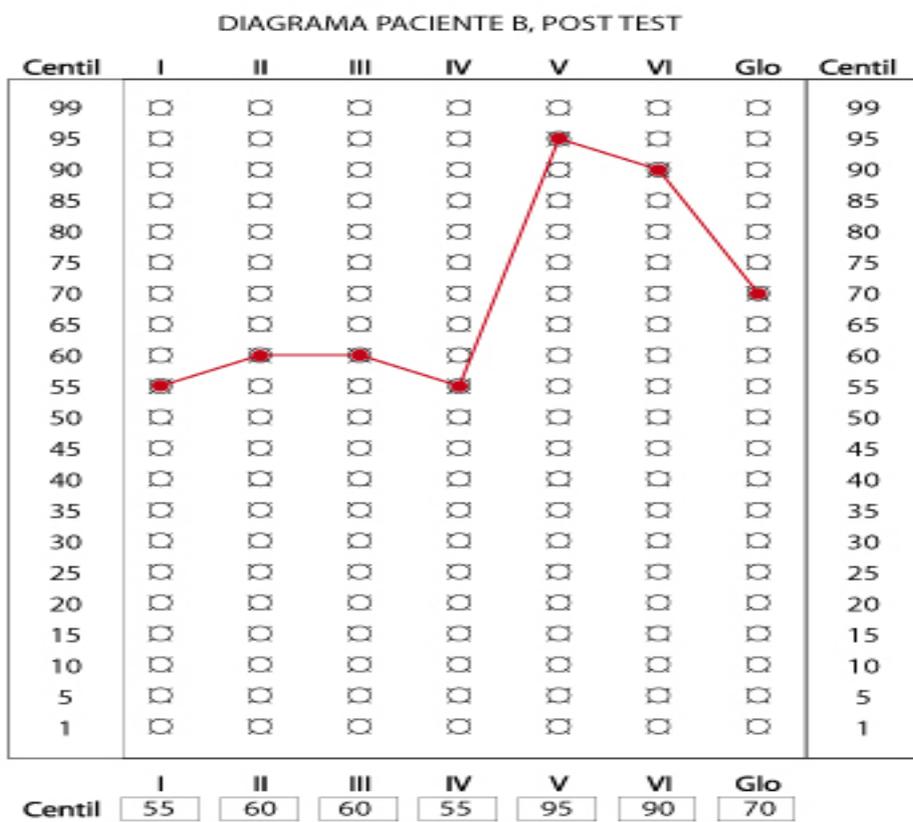


Tabla 6

- **EVOLUCION:**

Paciente que obtiene los siguientes resultados en la aplicación del pre test: expresión de opiniones, sentimientos y peticiones, habilidad para cortar una interacción se encuentran por debajo de la media, las otras áreas se encuentran por encima.

Durante el proceso se refuerzan sus habilidades para expresar sentimientos y opiniones y en su capacidad para decir no o defender tus derechos frente a conocidos y amigos.

Su actitud al inicio era bastante pasiva, sus participaciones son superficiales y evitaba hablar de aspectos de su vida personal como lo hacían algunos de sus compañeros. Al realizar el cierre de la terapia en la que se trabajó expresión de sentimientos él se abrió hacia sus compañeros y hacia nosotras, habló de cosas dolorosas de su vida y se permitió llorar y mostrarse sin barreras lo que afianzó la relación con el resto del grupo quienes le mostraron su apoyo.

En la aplicación del post test el paciente obtiene puntuaciones por encima de la media en todas las áreas y una puntuación alta en el área de expresarse en situaciones sociales.

Paciente C:

Fecha de Nacimiento: 27/01/74.

Edad: 34 años.

Sexo: Masculino.

Historia Clínica: 22891

Procedencia: Machala.

Residencia: -----.

Instrucción: Secundaria Completa.

Ocupación: Empleado Público.

Estado Civil: Casado.

Religión: Católico.

Fecha de Ingreso: 19/11/08.

Motivo de Consulta: Consumo de Alcohol etílico.

- **FORMULACION DINAMICA DEL TRASTORNO O PROBLEMA:**

Paciente de 34 años, casado, padre de dos hijas, inicia el consumo de alcohol etílico a los 14 años, afirma que por varios años el consumo era ocasional, luego emigra a Cuenca y aquí aumenta su patrón de consumo llegando a tomar hasta por cuatro días consecutivos y a veces lo hacía en su casa; presenta problemas familiares debido a que cuando está bajo los efectos del alcohol es violento con su esposa.

- **RESULTADOS DE LOS TEST APLICADOS:**

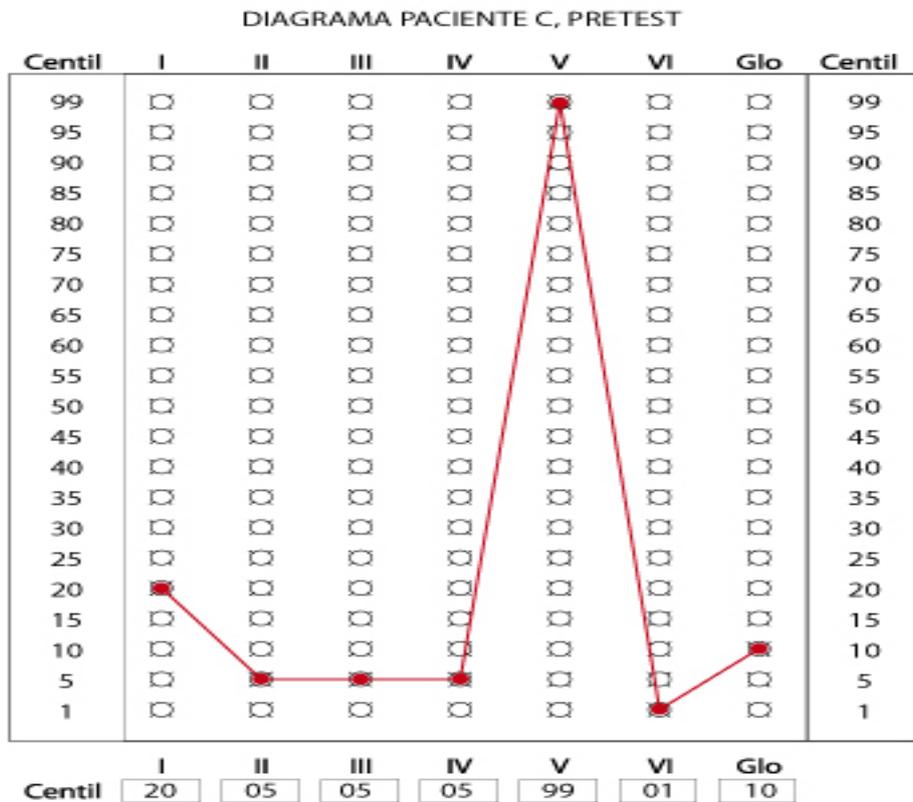


Tabla 7

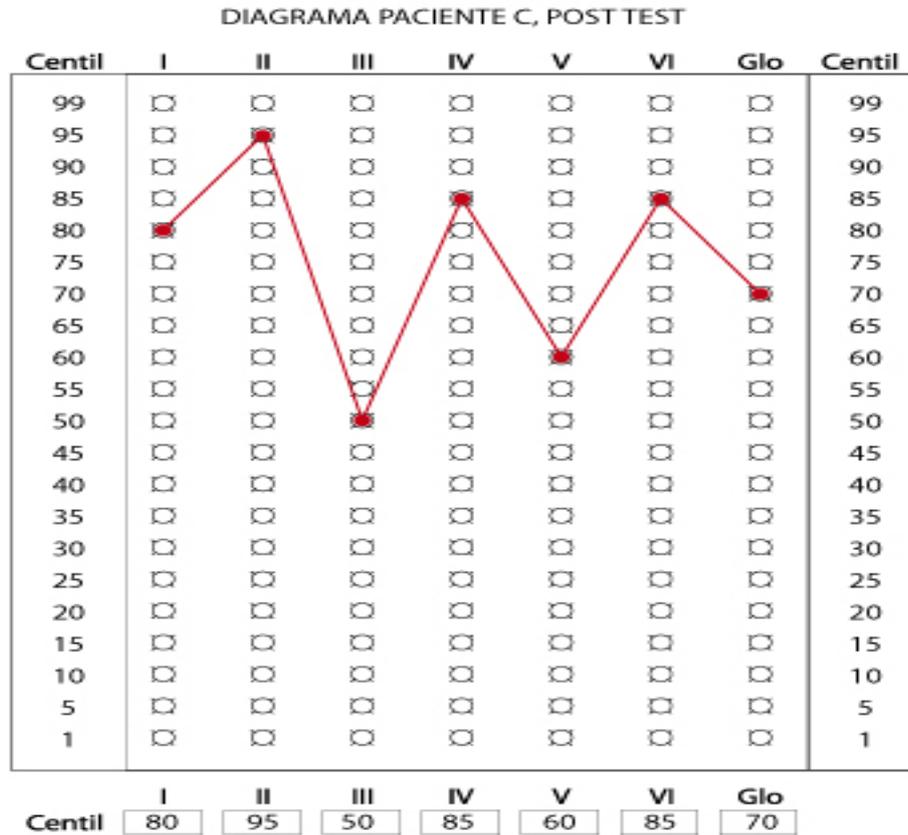


Tabla 8

• **EVOLUCION**

El pre test muestra deficiencias en casi todas las áreas a excepción de la que corresponde a expresarse en situaciones sociales en la que obtuvo una puntuación muy alta.

En la primera cesión el paciente se muestra renuente a iniciar el proceso manifestando que no le parece justo que se utilicen sus tiempos libres dentro del centro para tener más terapias; se le indica que no se le puede obligar a participar y que si decide no hacerlo se lo manifieste a su médico tratante, pero se le invita a asistir a la siguiente terapia indicándole que si no desea hablar puede escuchar a los demás y conocer más sobre la necesidad de trabajar en las habilidades sociales. En la segunda cesión se realiza una actividad en parejas y a Ángel le tocó hacerlo con un compañero con el que no tenía una buena relación por lo que se negó a hablar. Al cerrar ese día sus compañero lo confrontaron y le mostraron lo intolerante que estaba siendo. Luego de estas dificultades en las primeras cesiones el paciente cambió rotundamente su actitud, aceptó que se estaba negando una oportunidad y se convirtió en uno de los más

colaboradores y participativos del grupo incluso al final manifestó su deseo de que las terapias continuaran ya que él consideró que le habían ayudado mucho y que quisiera seguir trabajando en el tema luego de ser dado de alta.

El post test muestra cambios muy significativos, todas las áreas se encuentran por arriba de la media.

Paciente D:

Fecha de Nacimiento: 07/12/73.

Edad: 35 años.

Sexo: Masculino.

Historia Clínica: 22917.

Procedencia: Cuenca.

Residencia: Cuenca.

Instrucción: Primaria Completa.

Ocupación: Chofer.

Estado Civil: Casado.

Religión: Católico.

Fecha de Ingreso: 02/12/08.

Motivo de Consulta: Consumo de Alcohol etílico, consumo ocasional de THC.

• **FORMULACION DINAMICA DEL TRASTORNO O PROBLEMA:**

Paciente de 34 años, casado, padre de 3 hijos; inicia el consumo de alcohol etílico a los 17 años y a los 18 inicia el consumo de THC, afirma que el consumo de THC es ocasional pero el consumo de alcohol es diario por lo que ha tenido problemas legales varias veces por manejar en estado de embriaguez; además presenta conflictos familiares y laborales por agresiones verbales y físicas.

- **DX FORMAL:**

Presenta un trastorno de dependencia al alcohol etílico y abuso de THC, rasgos de personalidad histriónicos y un deterioro global de las relaciones.

- **RESULTADOS DE LOS TEST APLICADOS:**

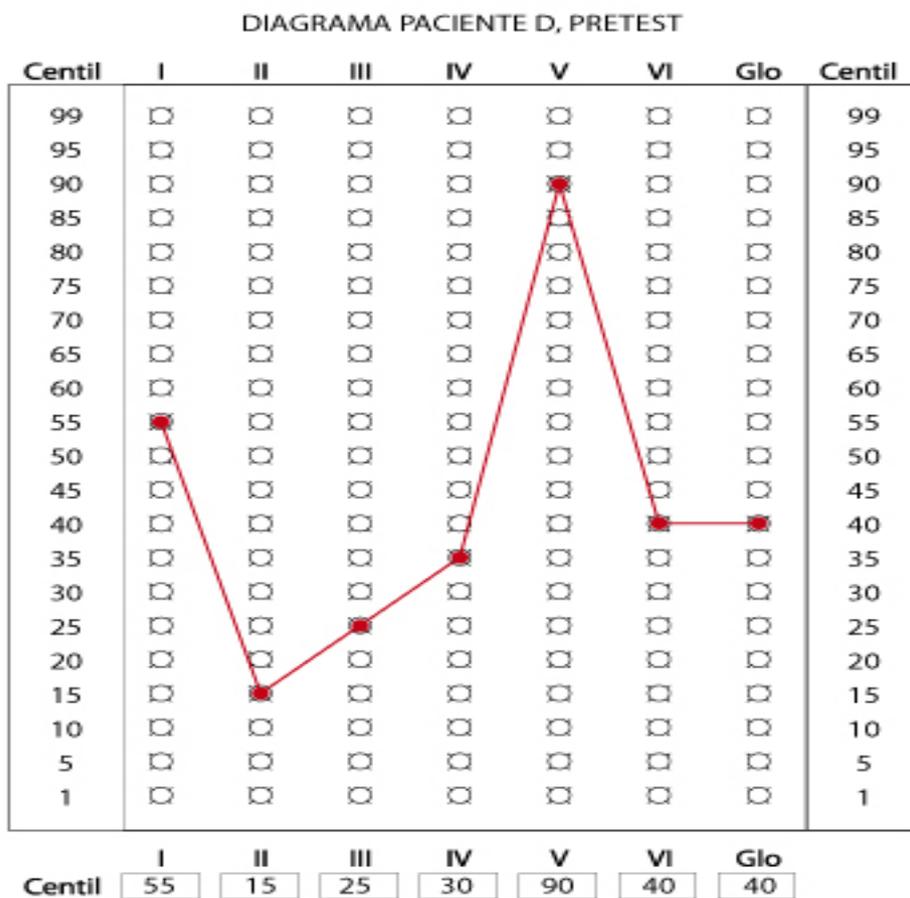


Tabla 9

DIAGRAMA PACIENTE D, POST TEST

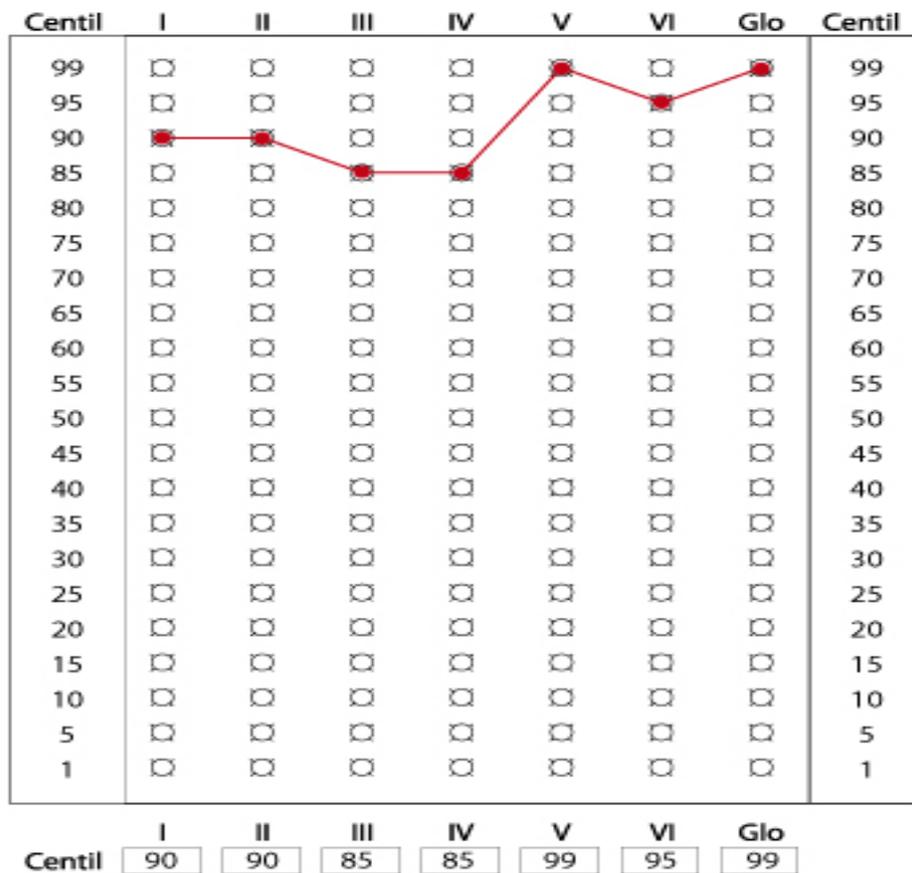


Tabla 10

• EVOLUCION

El pre test indica una puntuación alta en el área de expresarse en situaciones sociales; las otras áreas están apenas por debajo de la media. Inicia el proceso motivado y se muestra muy abierto con los miembros del grupo. Durante las cesiones se hace evidente que a pesar de que él expresa lo que siente y lo que piensa hace falta trabajar en el cómo; es decir en la asertividad para comunicarse. Al finalizar se ven cambios significativos en sus interacciones dentro del grupo con quienes tienen una muy buena relación.

En el post test la puntuación alta que obtuvo se mantiene y las otras áreas se elevan considerablemente.

Paciente E:

Fecha de Nacimiento: 12/03/91.

Edad: 17 años.

Sexo: Masculino.

Historia Clínica: 22843.

Procedencia: Cuenca.

Residencia: Cuenca.

Instrucción: Secundaria Incompleta.

Ocupación: Estudiante.

Estado Civil: Soltero.

Religión: Católico.

Fecha de Ingreso: 18/10/08.

Motivo de Consulta: Consumo de THC Y PBC.

- **FORMULACION DINAMICA DEL TRASTORNO O PROBLEMA:**

Paciente de 17 años, hijo único, padre alcohólico y depresivo; inicia el consumo de PBC hace 4 años y hace un año también consume THC y alcohol étlico. Vive con su mamá y su padrastro con quienes tiene muchos conflictos, hace 4 años intenta ahorcarse por problemas con su mamá, su padrastro ingiere alcohol casi todos los fines de semana, prácticamente no tienen relación con su padre desde que se divorció de su mamá.

- **DX FORMAL:**

Presenta un trastorno de dependencia a THC y PBC, además hay abuso de alcohol; sus rasgos de personalidad corresponden al tipo ciclotímico, hay un deterioro de las relaciones a nivel familiar, social y académico.

- **RESULTADOS DE LOS TEST APLICADOS:**

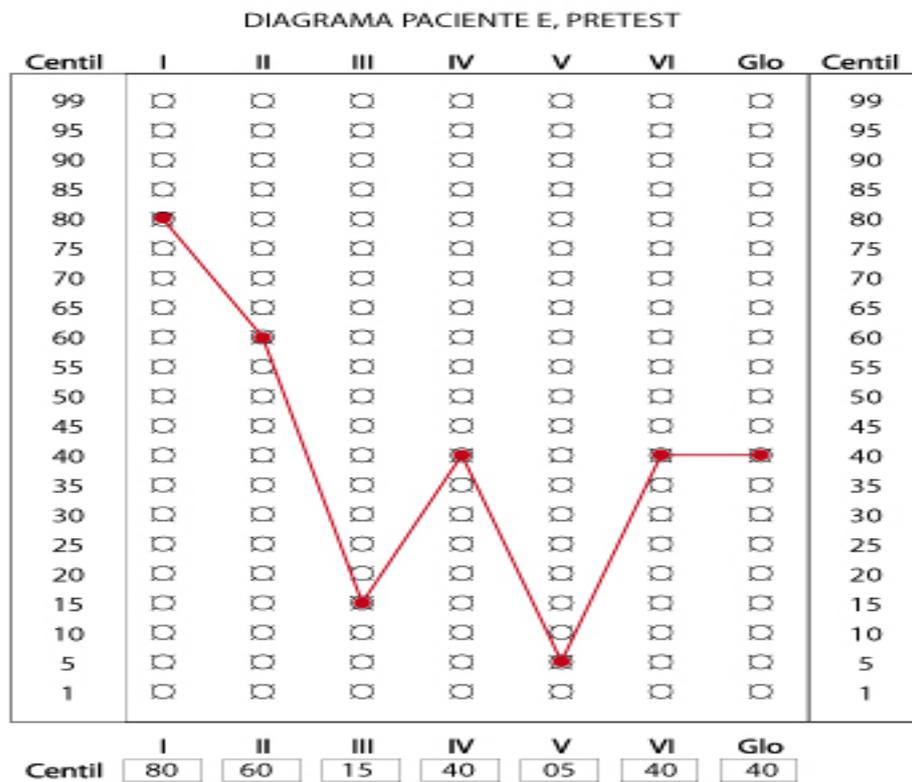


Tabla 11

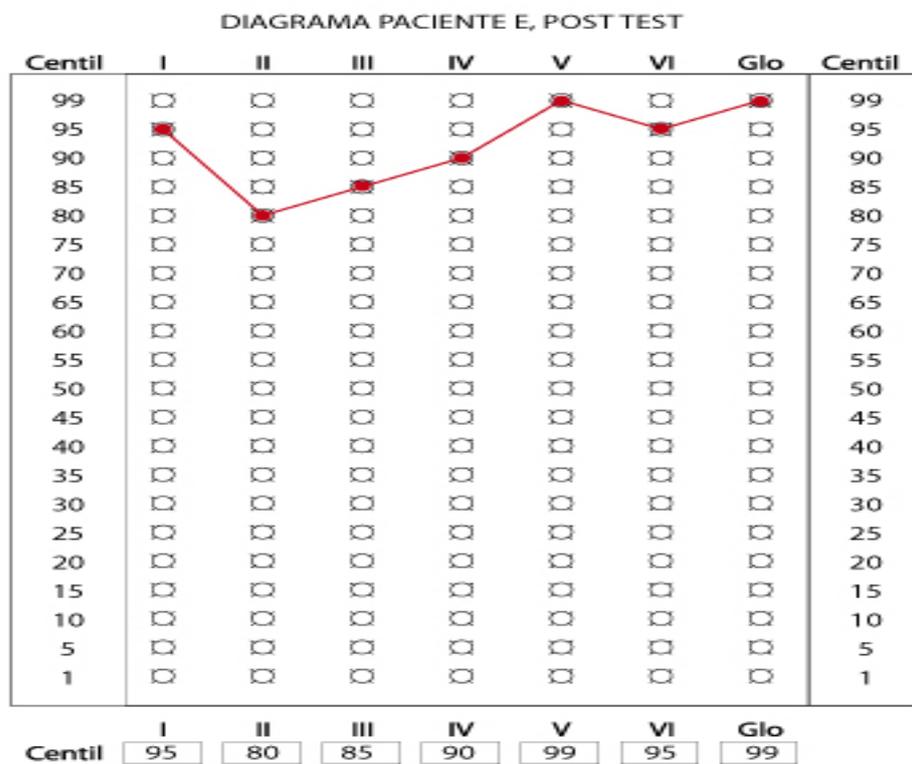


Tabla 12

- **EVOLUCION**

El paciente presenta en los resultados de la aplicación del test dificultad en las siguientes áreas: expresión de opiniones, sentimientos o peticiones; decir no o defender tus derechos frente a conocidos o amigos; expresarse en situaciones sociales y cortar una interacción.

Durante el proceso terapéutico se presenta dispuesto a interactuar con el grupo, a medida que avanzamos en el tema de comunicación asertiva, identificamos intolerancia hacia un compañero, su comportamiento impide que el reconozca y admita que hay puntos de su interacción que deben ser trabajados durante el proceso. Su puntualidad y participación disminuyen.

Mientras la terapia transcurre, el logra equilibrar su frustración, se confronta al compañero de grupo y logra llegar a un acuerdo de aprender a respetar el límite de la otra persona, a no cruzar una barrera que es ajena.

El post test demuestra a través de su diagramación la evolución satisfactoria del paciente durante el proceso, las seis áreas de evaluación de la prueba práctica se encuentran arriba del término medio, lo que nos permite constatar que el realizó durante la terapia un encuentro con sus propias dificultades y asumió un papel responsable que le proporciona mayor seguridad en sus propias opiniones y decisiones.

Paciente F:

Fecha de Nacimiento: 12/12/73.

Edad: 34 años.

Sexo: Masculino.

Historia Clínica: 10546.

Procedencia: Malacatos.

Residencia: -----.

Instrucción: Secundaria

Ocupación: Militar.

Estado Civil: Casado.

Religión: Católico.

Fecha de Ingreso: 11/11/08.

Motivo de Consulta: Consumo de Alcohol etílico.

1. FORMULACION DINAMICA DEL TRASTORNO O PROBLEMA:

Paciente de 34 años, casado, padre de dos niños, inicia el consumo de alcohol a los 13 años, afirma que tenía muchos problemas con su padre que era un hombre muy violento y castigador por lo que huye de su casa hacia Quito en donde empieza a consumir marihuana, se ve envuelto en muchos problemas callejeros hasta que decide formar parte del ejercito. Contrae matrimonio a los 20 años, durante su matrimonio ha seguido consumiendo alcohol sobre todo en sus días francos, tienen conflictos con su esposa debido a violencia intrafamiliar.

2. DX FORMAL:

Presenta trastorno de dependencia al alcohol etílico, rasgos de personalidad anancásticos y deterioro de sus relaciones familiares.

3. RESULTADOS DE LOS TEST APLICADOS:

DIAGRAMA PACIENTE F, PRETEST

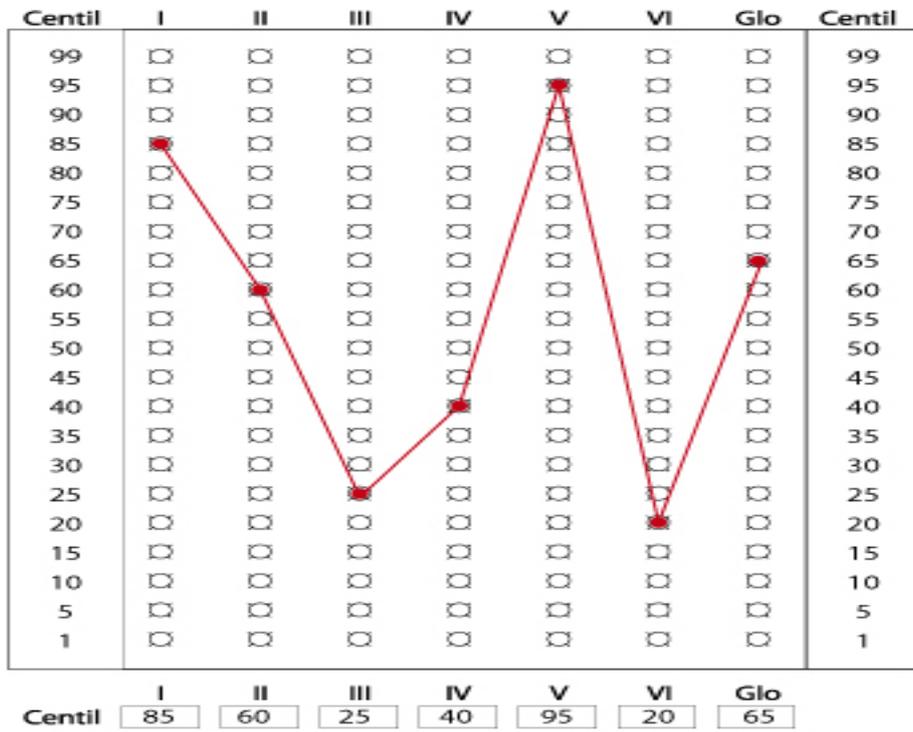


Tabla 13

DIAGRAMA PACIENTE F, POST TEST

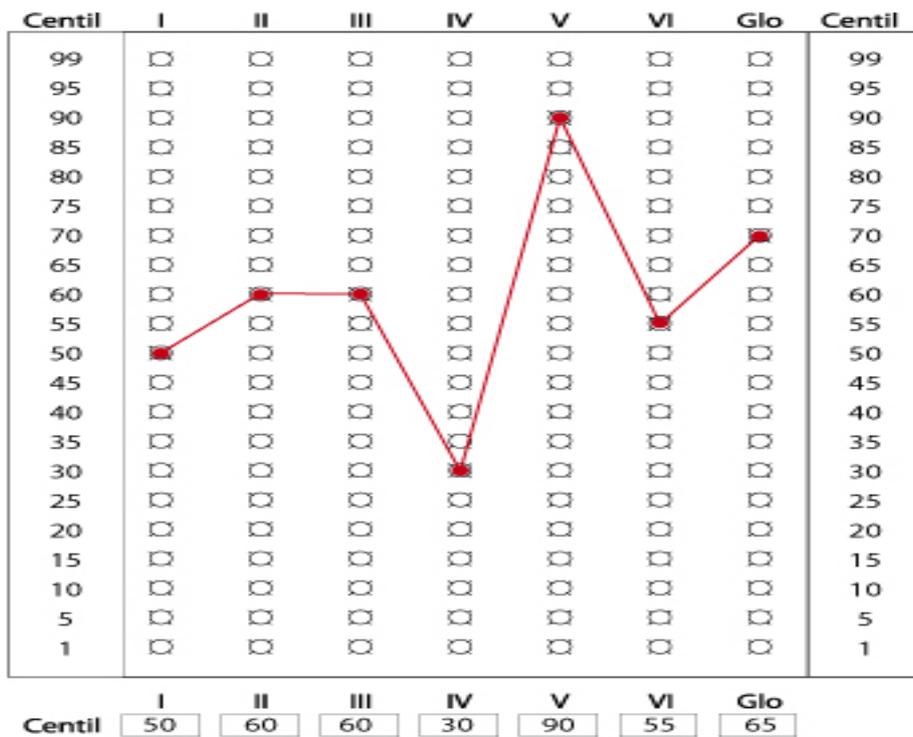


Tabla 14

4. EVOLUCION

En la evaluación realizada antes del inicio del proceso terapéutico, el paciente presenta un puntaje bajo en el área en donde se le dificulta decir no o defender sus derechos frente a conocidos o amigos, así como no poder cortar con interacciones.

Al iniciar con la terapia, pudimos observar en él represión para expresar sus sentimientos e ideas, se limitaba a cortar sus propios testimonios. En la sesión en donde practicamos un autoconocimiento y sensibilización de grupo, pudimos notar una liberación, un desahogo que hizo que el aprendiera a reconocer sus sentimientos. Su participación dentro de la terapia fue gratificante ya que logro asumir su papel como miembro del grupo y dio apoyo a aquellos que se presentaban en ciertos momentos más vulnerables por su situación.

Al realizar la nueva aplicación del test luego de la culminación del proceso, encontramos que hace falta fortalecer el aprendendizaje a decir no y defender sus propios derechos frente a los demás. En su diagramación, disminuyo también el área de defensa de los derechos como consumidor, lo que nos hace pensar que su limitación esta en como comunicar sus opiniones ya no solo sus sentimientos.

Paciente G:

Fecha de Nacimiento: 10/03/76.

Edad: 32 años.

Sexo: Masculino.

Historia Clínica: 22820.

Procedencia: New York.

Residencia: Cuenca.

Instrucción: Superior Incompleta.

Ocupación: Desocupado.

Estado Civil: Unión libre.

Religión: Creyente.

Fecha de Ingreso: 05/12/08.

Motivo de Consulta: Consumo de PBC.

1. FORMULACION DINAMICA DEL TRASTORNO O PROBLEMA:

Paciente de 32 años, hijo único a firma que vivió mucha violencia física y psicológica por parte de su padre que era alcohólico, ha vivido la mayor parte del tiempo en estados Unidos con su madre con quien tienen una buena relación; se casa por primera vez a los 20 años pero fracasa y se separa luego de poco tiempo, tienen un hijo de 9 años con el que actualmente no tienen relación; hace 7 meses aproximadamente se une con una chica de 23 años, ella está embarazada y en poco tiempo será padre nuevamente. Este es su séptimo internamiento, manifiesta que esta vez está convencido de querer cambiar porque desea compartir con su hijo, acude a consulta voluntariamente luego de haberse mantenido en abstinencia por 1 mes.

2. DX FORMAL:

Presenta un trastorno de dependencia a la cocaína y THC, rasgos de personalidad dependiente, deterioro a nivel familiar y laboral.

RESULTADOS DE LOS TEST APLICADOS:

DIAGRAMA PACIENTE G, PRETEST

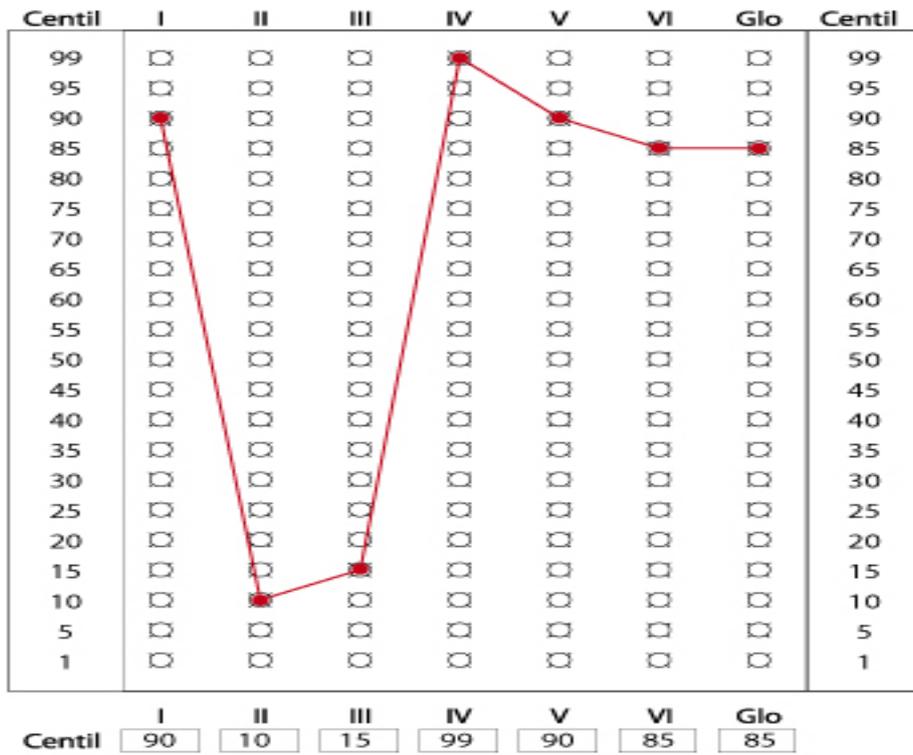
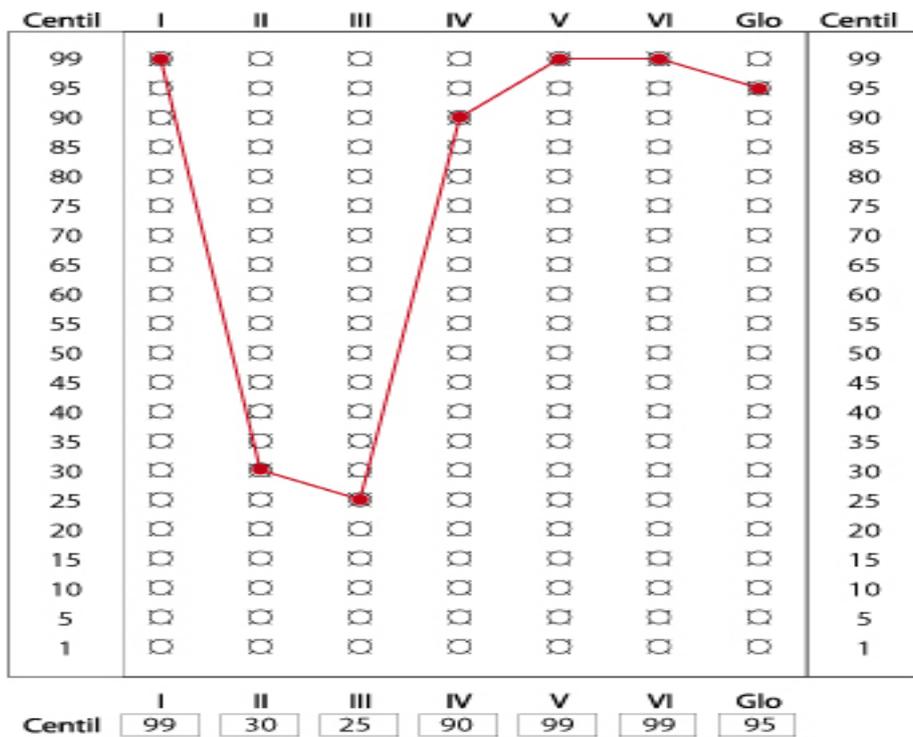


Tabla 15

DIAGRAMA PACIENTE G, POST TEST



3. EVOLUCION

Paciente que presenta carencias en como tomar la iniciativa en relación con el sexo opuesto y expresar opiniones, sentimientos o peticiones.

Durante la terapia el se muestra participativo, motivado y se expresa de manera asertiva a pesar de que tenia mucho resentimiento consigo mismo. Su proceso terapéutico lo realizó con total responsabilidad y sensatez. Se logró que él aceptara sus propias culpas y que hiciera un reconocimiento de aspectos positivos que como ser humano posee, se incentivo a que buscara terapias alternativas que lo ayuden a manejar la frustración y la ansiedad como la meditación o el yoga.

En su segunda aplicación del test se observa que había elevado su puntaje en las áreas en las que presentaba dificultad, pero era necesario trabajar más su seguridad, todavía se encontraba por debajo de la media del puntaje.

Paciente H:

Fecha de Nacimiento: 10/02/86.

Edad: 22 años.

Sexo: Masculino.

Historia Clínica: 22931.

Procedencia: Machala.

Residencia: -----.

Instrucción: Secundaria Completa.

Ocupación: Ninguna.

Estado Civil: Casado.

Religión: Católico.

Fecha de Ingreso: 07/12/08.

Motivo de Consulta: Consumo de Alcohol.

- **FORMULACION DINAMICA DEL TRASTORNO O PROBLEMA:**

Paciente de 22 años, inicia su consumo a muy temprana edad, recuerda que su niñez fue muy difícil, se ha visto envuelto en graves conflictos por lo que ha tenido que cambiar su lugar de residencia algunas veces , manifiesta que cuando toma es extremadamente agresivo tanto con su pareja como con personas de su entorno. Ingresa a este centro luego de haber tenido una pelea muy fuerte con un conocido por lo que su tío hace que lo internen antes que lo lleven preso.

- **DX FORMAL:**

Presenta trastorno de dependencia al alcohol etílico y rasgos de personalidad disocial; problemas familiares y sociales.

- **RESULTADOS DE LOS TEST APLICADOS:**

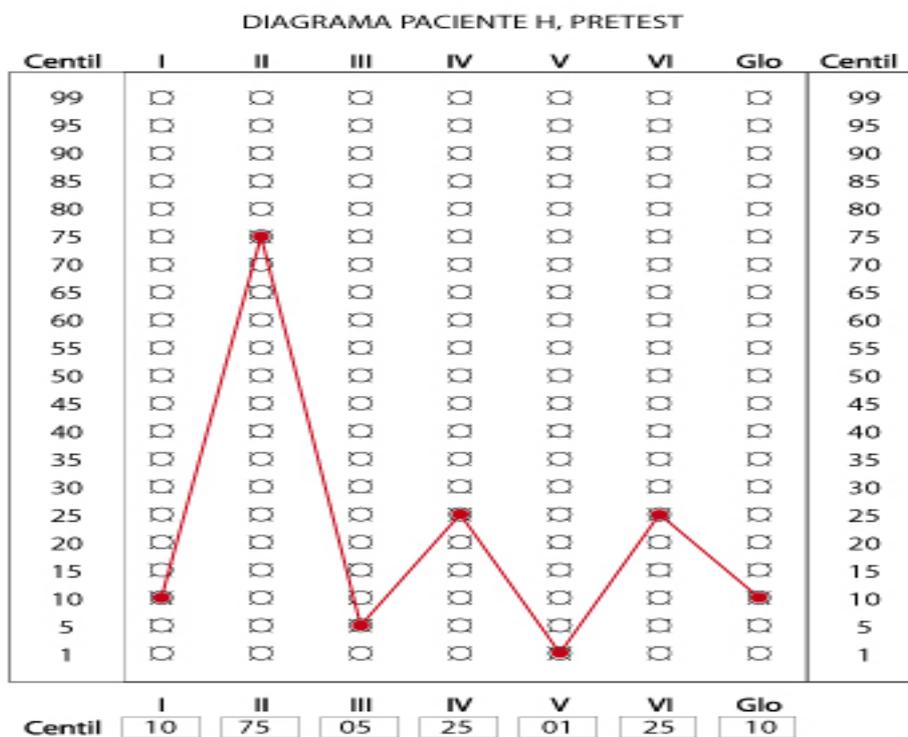


Tabla 17

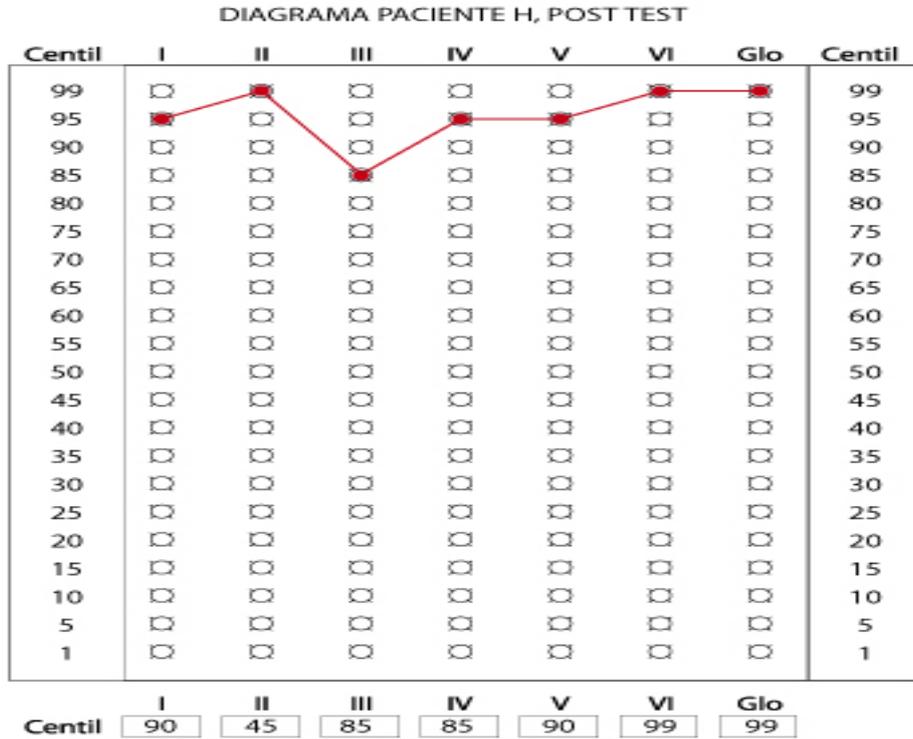


Tabla 18

• **EVOLUCION**

Paciente que en los resultados de la aplicación del pre test presenta dificultad en las siguientes áreas: defensa de los propios derechos como consumidor; expresión de opiniones, sentimientos o peticiones; decir no o defender tus derechos frente a conocidos y amigos; expresarse en situaciones sociales y cortar una interacción.

El paciente mostraba en el inicio del proceso terapéutico una actitud participativa, pero en sus testimonios no había remordimiento alguno de sus actos delictivos, lo que generaba controversia en el grupo debido a su frialdad para comunicar y expresar lo que había vivido.

En el transcurso de las sesiones pudimos identificar en el gran carencia afectiva y la necesidad de decir que estaba pensando y sintiendo.

La posibilidad de interactuar en un grupo más pequeño y confidencial le permitió abrirse y no solo relatar hechos de su vida, sino experimentar sensaciones que no había sentido sobre lo sucedido. En cierta forma apaciguamos la violencia que el emana,

hablamos de un muchacho que se crió creyendo que la única forma de sobrevivir era venciendo al más débil.

No solo su post test revela un cambio muy satisfactorio, su actitud para buscar ayuda inmediata y de emergencia en el centro, nos hizo entender que la rehabilitación no era una necesidad en su vida, sino más bien una prioridad.

4.4 Comparación de los resultados obtenidos a nivel general del grupo en las aplicaciones de pre y post test

CONCLUSIONES.

Al abordar el tema de las adicciones estamos haciendo consciente una problemática social que sabemos que existe y que esta a nuestro alrededor, pero a la que muchas veces no nos permitimos visualizar en la magnitud que amerita. En la actualidad, se genera gran controversia por el consumo de sustancias de manera prematura, pero muchas veces no hay las suficientes campañas de prevención que nos proporcionen información verídica y que esté al alcance de todos.

Al finalizar el proceso de entrenamiento en habilidades sociales consideramos que en gran medida se cumplió con los objetivos propuestos al inicio, ya que con la aplicación del pre test y el post test se pudo comprobar que en todos los pacientes el nivel de habilidades sociales mejoró luego de haber finalizado la terapia de grupo; obviamente no en todos se puede hablar de grandes cambios, pero es importante rescatar el hecho de haberles dado a conocer la importancia de un tema inexplorado para la mayoría de los pacientes y que luego ellos mismos pudieran visualizar cómo las diferentes técnicas utilizadas podían ser aplicadas a su vida diaria mejorando la calidad de las relaciones con las personas de su entorno.

Hemos podido concluir no sólo por las evaluaciones realizadas antes y después de la intervención terapéutica, sino a través de la interacción dentro del grupo que una de las áreas en la hay más deficiencias es la habilidad para expresar sus opiniones, sentimientos o peticiones; esta área ha sido reforzada y trabajada con mucho énfasis ya que la capacidad de expresarse en forma asertiva y con seguridad son muy importantes para promover un ambiente que les permita a los pacientes aplicar lo aprendido en el grupo en otros entornos y a largo plazo, dirigiendo así este aprendizaje a las múltiples situaciones que en su vida cotidiana se les pueda presentar en un futuro.

Fue también un punto importante en el trabajo el reforzar la iniciativa del paciente con el sexo opuesto. El deterioro en la capacidad de comunicación y uso de técnicas positivas de interacción se han visto disminuidas y en algunos casos anuladas por el consumo compulsivo de los pacientes; en muchos casos los pacientes pierden la confianza en la posibilidad de que los seres humanos pueden cambiar, por esta razón el

trabajo terapéutico no se limitó a modificar conductas, sino que se buscó explorar dentro de cada uno y reconocer los pensamientos y sentimientos negativos que guardaba cada uno dentro de sí mismo, además fue gratificante como terapeutas elaborar un material con las técnicas utilizadas en el proceso, para que cada paciente cuente con el material y así lo puedan utilizar en sus grupos de apoyo posteriormente, este material fue entregado a petición de los pacientes quienes expresaron que les gustaría compartir sus experiencias con otras personas.

BIBLIOGRAFIA.

- Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Corey F. Newman, Bruce S. Liese, , “Terapia Cognitiva de las Drogodependencias”, Paidós, Buenos Aires, 1999.
- Bandura, A. (1982). Teoría del Aprendizaje Social. Madrid. Espasa-Calpe, S.A.
- Breitman P, Hatch C, “Como decir no sin sentirse culpable”.
- Burns, David, “ Sentirse Bien” una nueva terapia contra las depresiones, editorial Paidós España, 1990.
- Caballo, V. E, “Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales”, séptima edición, Siglo XXI, Madrid 2007.
- Caro, Isabel “ Manual de Psicoterapias Cognitivas”. España, Editorial Paidós, 1997.
- DSM- IV “ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, esditorial Masson SA, Barcelona 1995.
- Eric Berne, “Introducción al Tratamiento de Grupo”, tercera edición, ediciones GRIJALBO, S. A., Barcelona, 1983.
- G. Martin, J. Pear, “ Modificación de Conducta”, quinta edición, editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1998
- Gorskl Millar, “Sobriedad”.
- Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock, “Terapia de Grupo”, tercera Edición, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1966.
- Lucio A. Balarezo Ch, “Psicoterapia” , segunda edición, centro de publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, 2006.

- Marlatt, G, A. “La prevención de recaídas en las conductas adictivas”: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En *Recaída y prevención de recaídas*. Ed. Neurociencias, 1993.
- Rodríguez Naranjo, C. “De los principios de la psicología a la práctica clínica.” Madrid: Pirámide, 2000.
- Toro; Ricardo; Yepes, Luis “Psiquiatría”, fondo editorial CIB, cuarta edición, Colombia, 2004.
- Varios Autores, “ Enciclopedia de la Psicología “, Editorial Océano, España.

ANEXOS.
Ficha de los Pacientes.

- Código de paciente:
- Fecha de Nacimiento:
- Edad:
- Sexo:
- Historia Clínica:
- Procedencia:
- Residencia:
- Instrucción:
- Ocupación:
- Estado Civil:
- Religión:
- Fecha de Ingreso:
- Motivo de Consulta:
- Formulación dinámica del trastorno o problema:
- Diagnóstico formal:
- Resultados de la evaluación:
- Evolución:

Ejemplar: “EHS”.