

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado - Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
“Entrenamiento en Habilidades Sociales para Pacientes Alcohólicos”
Hospital de Día San Antonio de Padua
Lorenzoni Marconi Maria Julia
Leg. PSI02777
Tutor: Dr. Y Lic. Rubén M. Pereyra
Córdoba, Junio 2019

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1 DELIMITACIÓN DE LÍNEA TEMÁTICA	7
CAPÍTULO 2 SÍNTESIS DE LA ORGANIZACIÓN INSTITUCIÓN	10
<i>NUEVO HOSPITAL RÍO CUARTO SAN ANTONIO DE PADUA</i>	10
<i>SERVICIO DE SALUD MENTAL</i>	13
CAPÍTULO 3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA/NECESIDAD	20
CAPÍTULO 4 OBJETIVOS	24
CAPÍTULO 5 JUSTIFICACIÓN	25
CAPITULO 6 MARCO TEÓRICO	32
<i>CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL DE LAS ADICCIONES</i>	32
<i>ALCOHOL Y ADICCIÓN</i>	34
<i>SISTEMA DE CREENCIAS ADICTIVAS</i>	37
<i>HABILIDADES SOCIALES (HS)</i>	41
<i>TÉCNICAS DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (EHS)</i>	50
<i>EL TALLER COMO UNA HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN</i>	56
CAPÍTULO 7 PLAN DE INTERVENCIÓN	58
<i>ACTIVIDADES</i>	58
<i>CRONOGRAMA</i>	87
<i>RECURSOS</i>	88

<i>PRESUPUESTO</i>	89
<i>EVALUACIÓN DE IMPACTO</i>	91
RESULTADOS ESPERADOS	93
CONCLUSIÓN	94
REFERENCIAS	96
ANEXOS	99
<i>ANEXO I</i>	
<i>DERECHOS INTERPERSONALES</i>	99
<i>ANEXO II</i>	
<i>ADJETIVOS DESCRIPTIVOS</i>	100
<i>ANEXO III</i>	
<i>PLANILLA DE REGISTRO CONDUCTUAL</i>	102
<i>ANEXO IV</i>	
<i>“ESQUEMA DICES” REGISTRO CONDUCTUAL</i>	103
<i>ANEXO V</i>	
<i>EVALUACIÓN DE IMPACTO IHS-DEL-PRETTE</i>	104

RESUMEN

El presente Plan de Intervención, corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, perteneciente a la Universidad Siglo 21. En función de un exhaustivo análisis, sobre el funcionamiento y las características de la institución hospitalaria de la ciudad de Rio Cuarto, San Antonio de Padua, se identificó la necesidad de abordar una nueva línea de acción particularizada, para los pacientes alcohólicos que acuden al dispositivo de Salud Mental, Hospital de Día. La propuesta implica, el desarrollo de Habilidades Sociales, por medio de un taller psicoeducativo, planificado con un total de seis encuentros y una frecuencia de uno por semana. Las actividades pautadas para cada encuentro, apuntan al desarrollo de habilidades sociales básicas; conductas asertivas y; la comunicación y el manejo emocional asertivo, bajo una dinámica de aprendizaje escalonado. Por último, Al comenzar y terminar el taller, se aplicará una Evaluación de Impacto, con el objetivo de valorar los logros obtenidos y efectuar recomendaciones a dicha institución.

Palabras Claves: Alcoholismo, Habilidades Sociales, Taller, Hospital de Día.

INTRODUCCIÓN

La siguiente propuesta de intervención, es trabajada bajo los nuevos lineamientos epistemológicos y filosóficos, de los actuales modelos de Salud Mental, los cuales, instituyen el abordaje de la Salud Mental desde un perfil holístico, humanitario e integrador. En sintonía con esta línea estratégica y, en función de los datos obtenidos por la plataforma virtual Canvas (Universidad Siglo 21, 2019), se identifica la convergencia de dicho perfil, el cual, subyace en las normativas vigentes, que apuntalan el perfil de abordaje psicopatológico del Servicio de Salud Mental, del Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua, siendo sus ejes principales, el enfoque de derechos para el campo de la salud; especial atención a los derechos humanos en torno a la salud mental; la importancia del abordaje interdisciplinario de carácter holístico, integral e integrador y consecuentemente; el desaliento de las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva, conocidas como “Modelo Manicomial”.

En correlación con estos lineamientos, dentro del dispositivo de Salud Mental, “Hospital de Día” (HD, en adelante), se delimitó la necesidad de implementar una nueva línea de acción, destinada particularmente al abordaje de los pacientes alcoholistas que acuden al dispositivo, a fin de optimizar sus recursos, dentro de las competencias, objetivos y abordajes, llevados a cabo desde HD, ya que, se observa una ausencia de Actividades/Talleres que puntualicen sobre dicha problemática. Necesidad que aumenta, con la reciente incorporación de la Sección Infanto-Juvenil al área de Salud Mental, a partir del cual, solo los casos de alcoholismo son habilitados para incorporarse al dispositivo HD, luego de un exhaustivo proceso de admisión. Paralelamente, dicha propuesta adhiere en simultaneo a los objetivos formulados para

el servicio HD y, a la demanda de mejora y crecimiento contante, en la búsqueda de una reinserción de calidad del paciente, tanto social; laboral; familiar como psíquica.

Partiendo del profundo interés, por la preocupación asociada a los tiempos actuales y la incertidumbre que los atraviesa, sustentados desde un discurso sociocultural dominante, en el que se promueven y se sostienen mayoritariamente conductas de consumo, sumado a la importancia atribuida, por varios autores e investigaciones, al mejoramiento de las habilidades sociales, en post de favorecer el bienestar biopsicosocial de pacientes con problemas de adicción, para responder a dicha necesidad, el Plan de Intervención planteado implica, el desarrollo de un Taller Psicoeducativo de Entrenamiento en Habilidades Sociales, destinado a pacientes alcohólicos que acude al servicio Hospital de Día.

Es de público conocimiento, que el consumo de alcohol se ha convertido en un problema de salud pública, que requiere acciones inmediatas tanto preventivas, como de promoción de la salud. Tal como lo enuncian oficialmente en sus informes, diversos organismos regionales, nacionales e internacionales, como SEDRONAR (2016); la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) y; la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015), los cuales, aseguran que el alcohol provoca daños graves, no solo a quienes beben en exceso, sino también, a las personas que los rodean. Entre ellos, los síndromes de alcoholismo fetal, la violencia, los traumatismos (incluidos los accidentes de tránsito y los laborales), el sufrimiento emocional y la inestabilidad económica, ya que, paralelamente, el alcohol también se cobra costos importantes en la sociedad, sobre todo en detenciones, pérdida de puestos de trabajo o consultas a los servicios de salud.

En sintonía con lo anterior, numerosos autores tales como Caballo (2000), Del Prette y Del Prette (2002), entre otros, declaran que el déficit en Habilidades Sociales

es considerado un factor de riesgo para el consumo de bebidas alcohólicas, aunque no es un factor directo y determinante para que se inicie un problema de alcoholismo, un número considerable de investigaciones lo han señalado como una variable importante que influye en la conducta adictiva. En este sentido, los esfuerzos para mejorar el repertorio de habilidades sociales del paciente adicto constituyen un factor clave, ya que, considerando los antecedentes y las conceptualizaciones abordadas, en lo referido a habilidades sociales el paciente alcohólico sufre serios déficits, los cuales, afectan directamente al consumidor e indirectamente a su círculo de pertenencia y a la sociedad.

En efecto, Con el Taller Psicoeducativo de Entrenamiento en Habilidades Sociales, se pretende lograr que el paciente pueda adquirir las competencias, los recursos y las herramientas básicas y complejas, para resistir o decir que no, por ejemplo ante situaciones de riesgo de consumo o ante un agudo craving (intenso deseo de consumir); la capacidad de pedir favores y hacer peticiones, por ejemplo aprender a pedir ayuda para dejar de consumir o cómo afrontar una entrevista de trabajo; la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos, favoreciendo el auto registro y el registro del otro, a fin de lograr una comunicación asertiva; la capacidad de iniciar, mantener y terminar una conversación y no tener que recurrir necesariamente al consumo, para no sentirse solo o incomprendido.

En síntesis, la propuesta de intervención contextualizada desde estos planteamientos, se dirige en general, al logro de una mayor autonomía y autosustento del paciente, a fin de convertirse en un sujeto socialmente productivo, ya que, en definitiva, no solo es parte del deber ético y técnico de los profesionales pertinentes, sino que, tal como lo expresa el corte epistemológico y filosófico de este Trabajo Final de Grado, también es su derecho.

CAPÍTULO 1

DELIMITACIÓN DE LÍNEA TEMÁTICA

El siguiente Trabajo Final de Graduación, se perfila bajo la propuesta de un Plan de Intervención, destinado al Servicio de Salud Mental del “Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua”. El mismo, en función de los lineamientos temáticos propuestos por la Universidad Siglo 21, extraídos de la plataforma virtual Canvas (2019) será abordado desde la línea temática: Nuevos Paradigmas en Salud Mental.

Partiendo de la delimitación conceptual, expresada en la plataforma virtual Canvas (Universidad Siglo 21, 2019), un paradigma es definido como un modelo; patrón; ejemplo o prototipo, el cual, debe seguirse ante una determinada acción. En efecto, pensar en salud y enfermedad, es repensar un modelo de conceptualización del hombre como tal, es decir, hombre en tanto sujeto de derecho, sujeto biopsíquico y sujeto social. Desde esta perspectiva, los modelos de abordaje de salud y enfermedad de las personas, han estado en constante cambio en paralelo con la historia de la humanidad. Actualmente, este recorrido histórico del hombre, lleva a pensar en la posibilidad de instaurar nuevos modelos de salud mental, que contemplen la complejidad de la naturaleza humana en todas sus formas de expresión.

A partir de una síntesis de las conceptualizaciones de Novella (2008), este autor comienza retomando las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, en las que se desplegaron ambiciosos proyectos institucionales, destinados a promover transformaciones en el Sistema de Salud Mental, conocidas como “Reformas Psiquiátricas”. En este contexto, se generó un consenso internacional, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en torno a la necesidad de un cambio

profundo en la asistencia psiquiátrica y en las políticas de Salud Mental, siendo el objetivo primordial y declarado de estas reformas, el de superar el viejo modelo de asistencia, basado en los asilos o manicomios de corte clásico y establecer un nuevo sistema de atención comunitaria para la Salud Mental.

Continuando con este autor (Novella, 2008), en 1960 dentro del marco de las nuevas corrientes de Psiquiatría, el médico psiquiatra italiano Franco Basaglia, introdujo el término “desmanicomialización” y planteó la apertura de las puertas de los manicomios bajo la convicción de que, en los mismos, los pacientes no se encontraban en condiciones óptimas, sino todo lo contrario, sufrían estigmatización, recibían medicación inadecuada, maltratos, etc. Cabe señalar, que el interés por la Reforma Psiquiátrica en Italia, remite al hecho de que, hasta el momento, se la considera una de las más controvertidas y paradigmáticas, a pesar de haber sido precedida por otras. Desde allí, se llevó adelante el movimiento antipsiquiátrico italiano bajo el lema “¡Abajo los muros!”, estableciéndose como una alternativa a la psiquiatría del momento, con resonancia en diversos países.

En conformidad con este enfoque, los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), adhiriendo a la necesidad de adecuar asertivamente el modo de abordaje de la salud mental, actualmente responden a un perfil holístico, humanitario e integrador. Dicho perfil, en función de los datos obtenidos por la plataforma virtual Canvas (Universidad Siglo 21, 2019), subyace en las normativas vigentes, que apuntalan el perfil de abordaje psicopatológico del Servicio de Salud Mental, del Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua, de la provincia de Córdoba, plasmado en las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N.º 9848, como nacional N.º 26657, siendo sus ejes principales, el enfoque de derechos para el campo de la salud; especial

atención a los derechos humanos en torno a la salud mental; la importancia del abordaje interdisciplinario de carácter holístico, integral e integrador y consecuentemente; el desaliento de las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva, conocidas como “Modelo Manicomial”.

CAPÍTULO 2

SÍNTESIS DE LA ORGANIZACIÓN INSTITUCIÓN

NUEVO HOSPITAL RÍO CUARTO “SAN ANTONIO DE PADUA”

El Servicio de Salud Mental, sobre el cual se centrará el plan de intervención, funciona dentro del Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”. Para lograr maximizar su contextualización, por medio de los datos obtenidos de la plataforma virtual Canvas (Universidad Siglo 21, 2019), se describirán algunas características generales de dicho hospital.

En el año 1948, como parte de un plan nacional de creación de hospitales, se fundó el Hospital Regional de Río Cuarto, ubicado al sur de la ciudad, con dirección en calle General Mosconi 486. En ese momento, el ministro de Salud Pública era Ramón Carrillo, un destacado neurólogo y neurocirujano que, durante el desempeño de sus funciones, fue precursor de un proceso de transformación en la salud pública de Argentina, bajo una concepción social de la medicina.

La misión de la institución, es atender la salud de la población en general perteneciente a la región de la integración sanitaria, la cual, comprende los 4 departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con una población estimada en 450.000 habitantes. Las acciones llevadas a cabo para lograr esta misión, son principalmente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (acciones de mediana y alta complejidad). En menor medida y solo secundariamente, despliega acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (baja complejidad), dado que este es competencia de la jurisdicción municipal.

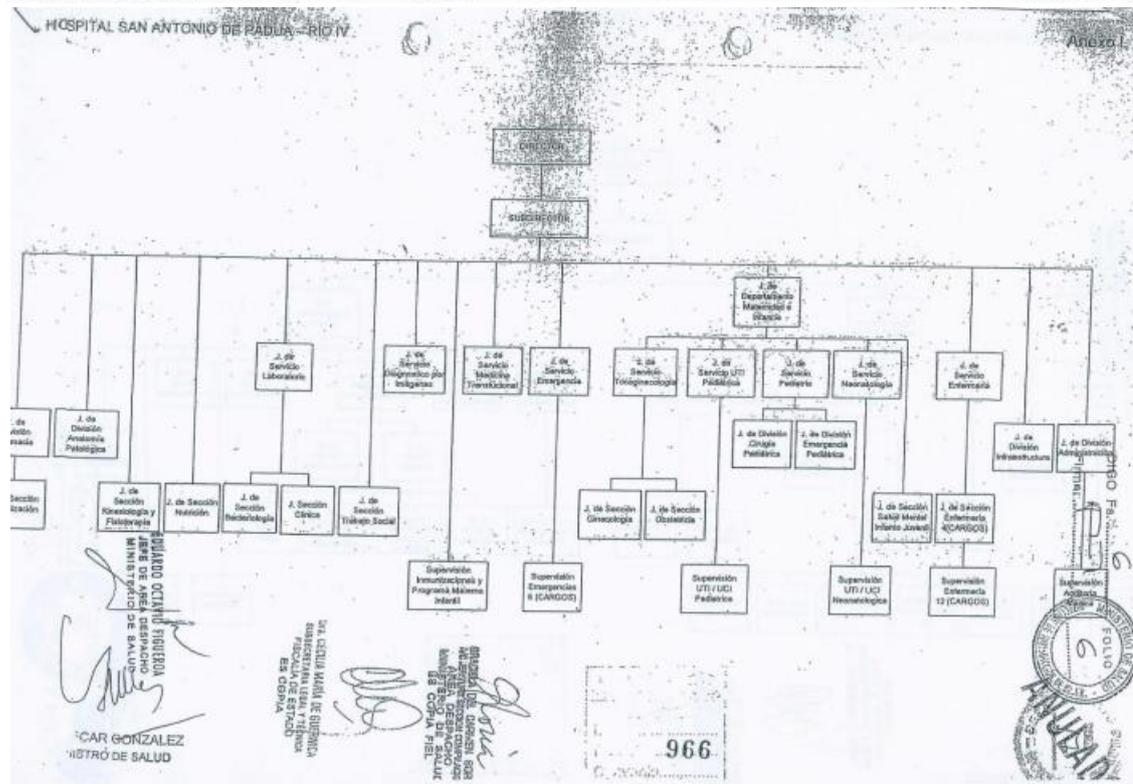
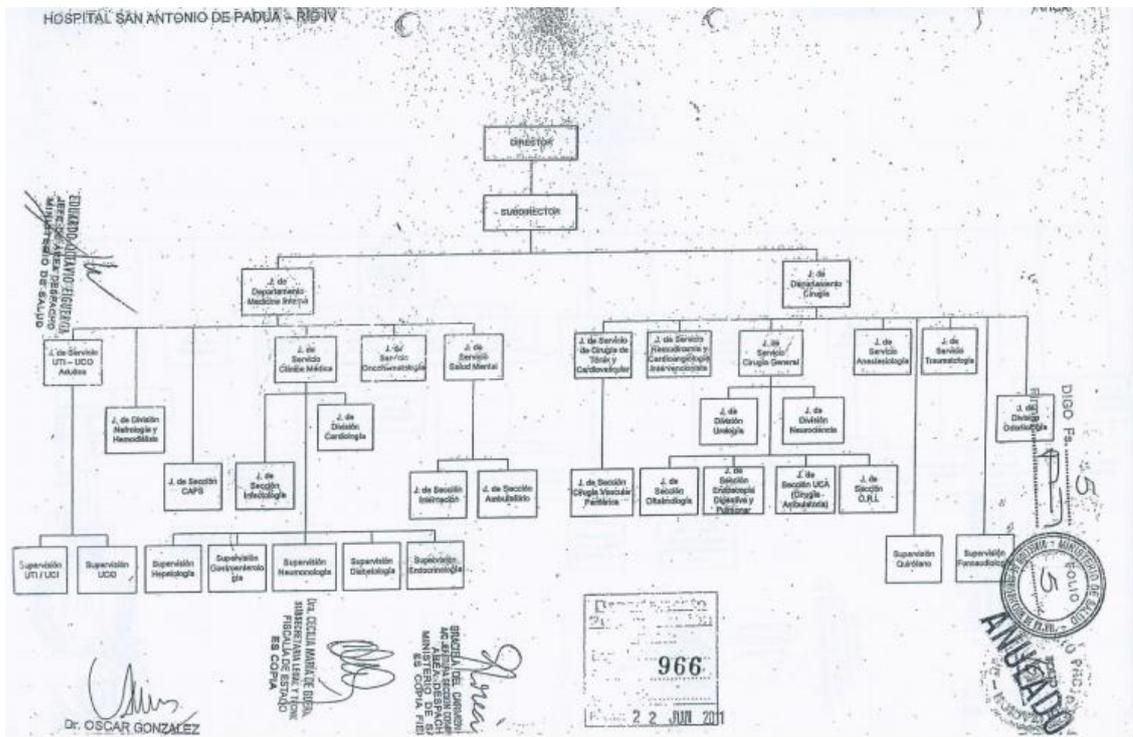
En cuanto a la visión, la actual política provincial de salud está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos

transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas se orientan a preservar la salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población (alimentación, condiciones sanitarias, educación, inmunizaciones). Del mismo modo, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando sus efectos y consecuencias mediante una rehabilitación integral, no solo del daño físico, sino también, de los aspectos psicológicos y sociales.

En el hospital trabajan en general, aproximadamente 780 personas, incluidos los profesionales residentes. Estos trabajadores pertenecen a diferentes categorías: personal de planta, personal contratado y suplentes.

La estructura orgánica de la institución, cuenta con su última aprobación en el año 2011, registrado en el Decreto N° 966, sin embargo, cabe señalar que, Posterior a este, se han realizado modificaciones en la estructura orgánica, pero el hospital aún no cuenta con el decreto actualizado que incluya estas modificaciones. Se espera que para principios de 2019 se apruebe el decreto correspondiente. Es importante destacar que, entre estas modificaciones, una corresponde a la Sección de Salud Mental Infanto Juvenil, que no depende del Departamento de Maternidad e Infancia, como en la orgánica decretada, sino que actualmente está incluida dentro del Servicio de Salud Mental.

Estructura orgánica de la institución, oficializado en el decreto N°966, año 2011.



“SERVICIO DE SALUD MENTAL”

A mediados del año 1969, el doctor Lucero Kelly, médico psiquiatra, realizó gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental, para abrir el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto, que en ese tiempo tenía dependencia nacional. A partir de esas gestiones, se habilitó su funcionamiento y comenzó sus actividades ese mismo año, bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica, ubicándose en lo que luego se llamó el “Pabellón 5”, dentro del viejo Hospital Central (General Mosconi 486) aunque, su funcionamiento era independiente del hospital, tanto en lo administrativo como en lo técnico.

Desde sus inicios, este servicio, se estableció con un perfil multidisciplinario, formado por un amplio equipo de salud que incluía a psiquiatras; psicólogos; fonoaudiólogos; terapistas ocupacionales; técnicos en electroencefalogramas y personal de enfermería. En cuanto a elementos materiales de utilidad e infraestructura, se contaba con una cámara Gesell, un salón de actos y un horno de cerámica. Los recursos humanos, técnicos, de infraestructura y financieros, eran propios y posibles debido a los fondos derivados por el Estado Nacional. Por tal razón, la cobertura de este servicio pudo efectuarse de manera autónoma durante diez años.

Cabe destacar, que la creación de unidades efectoras de salud mental, formaba parte de una incipiente política de transformación, que había comenzado en la Europa de la posguerra, con algunos movimientos que fueron precursores de aquello que luego se denominó “salud mental como disciplina”. Si bien, los fundamentos de esa época no contaban con un marco de desarrollo sólido, como lo están las actuales políticas de salud mental, la inspiración provenía de una política de transformación que ya se orientaba a un enfoque de derechos y desestigmatización social de la enfermedad mental.

En el año 1978, Salud Mental es trasladada al Hospital San Antonio de Padua y como consecuencia, la Comunidad Terapéutica deja de funcionar como entidad independiente y se convierte en un servicio del Hospital San Antonio de Padua, este cambio produjo múltiples controversias, conduciendo a que muchos profesionales presentaran su renuncia. En ese contexto, se constituyó casi totalmente en un servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas.

En el año 1981, se incorporaron más camas, más profesionales al servicio y se comenzó a trabajar con pacientes alcohólicos.

Tres años más tarde, en 1984, se creó la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba y al mismo tiempo la apertura democrática, significando una mayor afluencia de profesionales y una notoria preocupación por la salud mental, razón por la cual, se operó un cambio en la dinámica de trabajo. En efecto, en el año 1987 ya se contaba con tres psicólogos, una psicopedagoga y un licenciado en enfermería, entre otros, y se conformó el equipo de Atención Comunitaria. Un año más tarde, se creó el Área de Rehabilitación, desde la cual se implementaron las denominadas estrategias terapéuticas no convencionales, que incluían teatro, revistas, talleres literarios, artesanías, cestería japonesa, huerta, entre otras actividades.

En el año 1993, como consecuencia del cierre del Hospital San Antonio de Padua, se llevó a cabo un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto. A partir de ese momento, se la denominó “Unidad Programática de Salud Mental del sur”, con dependencia directa de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Estos sucesos, estaban enmarcados dentro de las nuevas políticas de transformación de la salud mental, en las cuales, se reconoce un nuevo enfoque que, en general, se lo llamó “democratización de la salud mental”, en conformidad y a partir de la propuesta del médico psiquiatra italiano Franco Basaglia.

Al mismo tiempo, en ese año (1993) se incorpora la RISaM (Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental).

En el año 1997, por Resolución Ministerial, se comenzó a trabajar bajo la denominación “Servicio de Salud Mental del Hospital Central de Río Cuarto”.

En el año 2004, todo el hospital se trasladó al edificio actualmente denominado Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”, exceptuando el Servicio de Salud Mental, el cual, quedó funcionando en el viejo predio, aunque, con total dependencia del hospital general.

En el segundo semestre del año 2005, comenzaron los trabajos de la “Práctica profesional” de alumnos de cuarto año de la Licenciatura en Psicología, de la Universidad Empresarial Siglo 21.

A partir del año 2011, comenzó a funcionar dentro del Servicio de Salud Mental el área de Hospital de Día. La idea directriz, fue crear un nuevo espacio de abordaje interdisciplinario, con el objetivo de lograr la restitución psicológica, social y familiar del paciente, para evitar la exclusión familiar y/o social y la cronificación del enfermo mental. Hasta ese momento, el Servicio no contaba con estrategias ni programas de reinserción y rehabilitación para los pacientes.

En septiembre de 2014, se produce un nuevo traslado del Servicio de Salud Mental hacia el edificio central del NHRC SAP, en dirección Guardias Nacionales 1027, ubicación que mantiene en la actualidad. Uno de los objetivos que motivó el traslado, fue el de adecuar el modo de abordaje de la salud mental, a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N.º 9848 como nacional N.º 26657. Aunque, a pesar de la justificación del traslado, no fue posible impedir que, por diversos motivos fuera controversial.

El Servicio de Salud Mental, tiene una modalidad de Hospital Escuela, en la cual, se forma a profesionales de Medicina, en la especialidad de Psiquiatría y a profesionales de Psicología, Enfermería y Trabajo Social.

En cuanto a los recursos humanos, allí se encuentran trabajando, Psicólogos; Médicos psiquiatras; Trabajadores Sociales y Enfermeros.

El abordaje de la Problemática Psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador, ya que, se parte de una concepción de sujeto como un entramado Bio-Psico-Social, comprendiendo que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente, es el lugar donde la problemática subjetiva emerge, siendo innegable, que todo padecimiento subjetivo interactúa recíprocamente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación.

El Sistema de Atención se compone del siguiente modo:

- Asistencia por guardia.
- Atención ambulatoria.
- Sección Infante Juvenil.
- internación.
- Sección Intervención Comunitaria.
- Hospital de Día (en adelante, HD).

A fines del año 2010, comienza a gestarse el proyecto de HD y al año siguiente, en 2011, se puso en funcionamiento. Es un dispositivo terapéutico grupal, se inicia con la intención de crear un nuevo espacio terapéutico intermedio, entre la hospitalización completa y la asistencia por consultorio externo. Se trabaja de manera interdisciplinaria para lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas con algún padecimiento psíquico y evitar la exclusión familiar y/o social. Por medio del mismo, se aspira a la no cronificación de los sujetos en una institución de salud mental.

Los objetivos de HD son:

- Atender a pacientes con problemáticas psiquiátricas, realizando un seguimiento de su tratamiento farmacológico, asistencia a terapia psicológica y controles médicos generales, con la idea de prevenir recaídas.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Reducir costos respecto a la hospitalización.
- Promover destrezas que le permitan al paciente la integración al medio social en el que se encuentra inserto.
- Generar un lugar de contención y psicoeducación para familiares.
- Crear un espacio que permita favorecer y estimular el vínculo paciente-familia.
- Realizar actividades orientadas a la inserción laboral, educacional y comunitaria.

En cuanto a la población, este dispositivo está pensado para personas mayores de 18 años, con residencia en la ciudad de Río Cuarto o región sur de la Provincia de Córdoba, que padecen una patología psiquiátrica neurótica o psicótica, se encuentran en tratamiento y permanecen estables en su afección o cuadro psicopatológico. Se trata de personas que no requieren permanecer con una internación total y, sin embargo, no pueden pasar rápidamente a la vida en comunidad, ya que, necesitan adquirir progresivamente las destrezas necesarias para lograr autonomía e independencia, siendo HD un espacio facilitador de esta transición.

En general, asisten personas de escasos recursos económicos y por diversos motivos, carecen de una contención familiar adecuada influyendo directamente en la estabilidad y el orden que se requiere para un adecuado tratamiento. Este contexto sociofamiliar, evidencia que los sujetos necesitan una atención intermedia entre el servicio de asistencia por consultorio externo y una internación. A diario, asisten al dispositivo un promedio de 15 personas, frecuentemente en su mayoría hombres.

Para la admisión a HD, se tienen en cuenta determinados Criterios de Inclusión, entre ellos, se contemplan los casos de personas que padecen una patología

psiquiátrica neurótica o psicótica y se encuentran en condiciones de concurrir diariamente o en días definidos, a las actividades programadas. Es requisito indispensable estar previamente bajo tratamiento.

También están determinados los Criterios de Exclusión, a partir de los cuales, se consignan las patologías que no estarían incluidas para la atención mediante este dispositivo terapéutico. Según estos criterios, no se admiten personas con cuadros psicóticos agudos, con excitación psicomotriz, psicopatías, adicciones (a cocaína, opiáceos, inhalantes, ácidos, heroína), retrasos mentales graves y profundos y demencias de cualquier tipo. Sí se admiten pacientes con adicción al alcohol.

Luego de obtenerse la derivación a HD, la admisión no es inmediata, requiere un arduo proceso que dura aproximadamente un mes, en el cual, se realizan varias entrevistas, se elabora un diagnóstico clínico, psicopatológico, social y familiar, a partir de allí, se decide la inclusión o no al dispositivo. Si se valora que es favorable el ingreso de la persona a HD, se establece un plan de atención individualizado, modificable según su evolución. Las actividades en las que participe, se eligen en cada caso de acuerdo con el diagnóstico psicopatológico, sus intereses, aptitudes, habilidades y en función de lo que consideren apropiado los profesionales tratantes. Por último, como parte del protocolo de ingreso a HD, se completa una Planilla de Admisión (ver Anexos) y el aspirante debe firmar un consentimiento informado, con similar formato al que se utiliza en el área de Internación.

Hospital de Día funciona de lunes a viernes, con modalidad de media jornada, de 8 a 13 horas. Se trabaja principalmente con la modalidad de talleres disciplinares, los cuales tienen una finalidad terapéutica.

A través de los años, en función de las demandas; la funcionalidad; la asistencia; entre otros, HD ha contado con diversos talleres tales como: Asamblea de Pacientes, Actividades con Perros, Arte, Cine, Cocina, Comunicación, Computación,

Deporte y Recreación, Estimulación Cognitiva, Filosofía, Folklore, Huerta, Literatura, Música, Teatro, entre otros. Actualmente, muchos de estos talleres no están en funcionamiento.

En consideración con los datos descriptos hasta el momento, es posible identificar una tendencia dirigida a desalentar las prácticas puramente institucionales, a fin de disminuir la institucionalización del sujeto y promover prácticas de salud en y para la comunidad. Una de las consecuencias más visibles se observa en el cambio de estatus del recurso Internación, que pasa a ser un recurso más, dentro de un amplio espectro de herramientas para el abordaje del padecimiento psíquico, junto con la dimensión social y comunitaria de la enfermedad. Dicho perfil responde a un marco político de atención en salud mental, cuyo desarrollo se viene promoviendo desde hace varias décadas a nivel mundial. Esta política tiene como uno de sus ejes principales, en general, el enfoque de derechos para el campo de la salud y una especial atención a los derechos humanos, en lo que refiere a la salud mental. Consecuentemente, se desalientan las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva, conocidas como “Modelo Manicomial”.

CAPÍTULO 3

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA/NECESIDAD

El problema/necesidad, es identificada dentro del servicio “Hospital de Día” (HD, en adelante), dispositivo terapéutico grupal del Área de salud mental, del Nuevo Hospital Rio Cuarto San Antonio de Padua (NHRC SAP, en adelante), siendo este, el lugar destinado para abordar el plan de intervención.

En función de un análisis exhaustivo, de la estructura y el funcionamiento de la institución NHRC SAP y particularmente sobre el servicio “HD”, se ha podido evidenciar claras concordancias entre, sus objetivos generales y su perfil de abordaje psicopatológico, con los lineamientos planteados por los nuevos paradigmas de Salud Mental, en los que, dentro de sus principales objetivos, se plantea promover una mirada y una intervención holísticamente integral sobre el sujeto, brindando respuestas inclusivas de carácter social, para aquellos que padecen problemáticas de orden psíquico. En correlación con estos lineamientos, dentro del dispositivo “HD”, se identifica la Necesidad de implementar una nueva línea de acción, destinada al abordaje de los pacientes alcoholistas que acuden al dispositivo, a fin de optimizar los recursos, dentro de las competencias, objetivos y abordajes llevados a cabo desde HD, ya que, se observa una ausencia de Actividades/Talleres que puntualicen sobre dicha problemática. Necesidad que aumenta, con la reciente incorporación de la Sección Infanto-Juvenil al área de Salud Mental, a partir del cual, solo los casos de alcoholismo son habilitados para incorporarse al dispositivo HD, luego de un exhaustivo proceso de admisión. Por otro lado, atender a esta necesidad, no solo responde a las premisas de los nuevos modelos de Salud Mental, también, adhiere en simultaneo, a los objetivos formulados para el servicio HD y, a la demanda de mejora y crecimiento contante, en la búsqueda de lograr una reinserción de calidad, tanto social, familiar y psíquica del paciente, tal como lo declaran

Mabel Nieto, Coordinadora del “Hospital de Día” y la Dra. Gloria Jure, Médica Psiquiatra de la institución, en entrevistas extraídas de la plataforma Canvas (Universidad Siglo 21, 2019).

Partiendo del profundo interés, por la preocupación asociada a los tiempos actuales y la incertidumbre que los atraviesa, sustentados desde un discurso sociocultural dominante, en el que se promueven y se sostienen mayoritariamente conductas de consumo. Para responder a dicha necesidad, el Plan de Intervención planteado implica, el desarrollo de un “Taller Psicoeducativo de Entrenamiento en Habilidades Sociales, destinado a pacientes alcohólicos que acuden al servicio Hospital de Día, del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua”.

Según un Informe estadístico del año 2016, llevado a cabo por el organismo público nacional SEDRONAR (2016), en población de 16 a 65 años, de la provincia de Córdoba, las sustancias psicoactivas con mayores proporciones de consumo del último año son: alcohol (63,1%), marihuana (2,5%), tranquilizantes (1,4%) y cocaína (0,8%). Otros datos indican que, en relación al consumo problemático de alcohol, en la localidad de Río Cuarto, de las personas que buscaron tratamiento dentro del último año (2015-2016), las mujeres tuvieron menor acceso y permanecieron menor tiempo en los dispositivos de rehabilitación que los hombres (Hombres: 22,4; Mujeres: 8,9). Por otro lado, en un informe interno, elaborado por el Área de Prevención de SEDRONAR “Análisis cualitativo de provincias”, de enero del 2014, se expresa que, la segunda ciudad más importante de Córdoba y, por lo tanto, de mayor incidencia y asistencia en adicciones, es la ciudad de Río Cuarto, en cantidad de habitantes (246.393 personas). En síntesis, dado los resultados de estos datos, se resalta la importancia de establecer una línea de acción particularizada en dicha población alcohólica.

En consideración con lo anterior, y en sintonía con los nuevos lineamientos epistemológicos y filosóficos de los actuales modelos de Salud Mental, la propuesta de intervención parte de la importancia atribuida, por varios autores e investigaciones, al mejoramiento de las habilidades sociales, con el fin de favorecer el bienestar biopsicosocial de pacientes con problemas de adicción.

Al respecto, Caballo (2000) considera, que las habilidades sociales son un conjunto de capacidades de actuación o conductas aprendidas, que permiten la interacción social mediante la expresión adecuada de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, respetando esas conductas en los demás, permitiendo resolver los problemas inmediatos de la situación y minimizando la probabilidad de futuros problemas. también, manifiesta que, por ser aprendidas, son habilidades susceptibles de ser modificadas. Continuando con Caballo (2000), las habilidades sociales tienen tres dimensiones: situacional, cultural y personal, en las que existen destrezas cognitivas y conductuales, es por ello, que considera a la conducta como una expresión de opiniones, sentimientos, deseos, etc., que a su vez pueden verse reforzada por el contexto social, ya sea, la realidad socio-económica del sujeto, como su entorno inmediato (familiares, amigos, etc.), ante esto, la drogodependencia, la recuperación y la posible recaída o no, no sólo depende del sujeto, sino que, se convierte en una problemática social.

Por otra parte, Alberti y Emmons (1978), plantean que la habilidad social se relaciona directamente con la autoestima, basados en la idea de que, si un sujeto es habilidoso socialmente es probable que tenga éxito en sus interacciones y esto ayude a aumentar su autoestima. En concordancia con estos autores, Según Saavedra (2008), los sujetos que poseen una baja autoestima se encuentran más vulnerables de caer en alguna adicción, e insiste en que, si se considera que las habilidades sociales apropiadas, son exigidas para que las personas adictas puedan entrar en recuperación

y mantenerse sobrios una vez reinsertados socialmente, es importante que éstas sean reforzadas, buscando generar en el sujeto adicto o ex-adicto conductas asertivas.

En conclusión, si bien, existen múltiples estudios e investigaciones en torno a estos constructos, a continuación, por su relevancia teórica y metodológica, se presentará una breve síntesis de algunos de ellos.

Scheier y Botvin (1998) realizaron un estudio llamado, “Las relaciones de las habilidades sociales, competencias personales y el consumo de alcohol en adolescentes”, allí se descubrió que, el entrenamiento en habilidades sociales promueve la capacidad académica, desarrolla el razonamiento cognitivo y las estrategias de autoregulación, lo que lleva a una mayor eficacia social y provee de una barrera efectiva contra el uso de alcohol, el estudio también reflejó, que el déficit en las habilidades sociales facilitaba el consumo de alcohol.

Por último, Secades y Fernández (2001) plantean que el entrenamiento en habilidades sociales es un tratamiento eficaz en adicciones, ya que, dota a las personas con problemas de consumo, de recursos y herramientas para afrontar y/o evitar situaciones de riesgo ante el consumo. Estos autores también realizaron una compilación de las investigaciones realizadas, acerca de las habilidades sociales para personas con problemas de consumo de sustancias.

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar Habilidades Sociales en los pacientes alcohólicos que asisten al dispositivo de Salud Mental, “Hospital de Día” del NHRCSAP, a través de un Taller Psicoeducativo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales básicas.
- Promover el desarrollo de conductas asertivas.
- Promover la comunicación y el manejo asertivo de sentimientos y emociones.

CAPÍTULO 5

JUSTIFICACIÓN

Es de público conocimiento, que el consumo de alcohol se ha convertido en un problema de salud pública, que requiere acciones inmediatas tanto preventivas, como de promoción de la salud. Tal como lo enuncian oficialmente en sus informes, diversos organismos internacionales, destacándose entre ellos, el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en mayo del 2014, sobre el alcohol y la salud en el mundo, el cual, ofrece un análisis situacional a nivel mundial, que incluye un resume detallado de los datos más importantes de cada país, sobre las tendencias en el consumo de alcohol, los efectos perjudiciales y las políticas emprendidas. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2015 propone un informe regional vinculado con el alcohol y la salud en las Américas, allí se examinan los patrones de consumo y las consecuencias en la región. Cabe destacar que, dicho informe se dirige a amplía los análisis publicados en el año 2014 por la OMS. Ambos informes (OMS, 2014; OPS, 2015) aseguran que el alcohol provoca daños graves, no solo a quienes beben en exceso, sino también, a las personas que los rodean. Entre ellos, los síndromes de alcoholismo fetal, la violencia, los traumatismos (incluidos los accidentes de tránsito y los laborales), el sufrimiento emocional y la inestabilidad económica. Paralelamente, el alcohol también se cobra costos importantes en la sociedad, sobre todo en detenciones, pérdida de puestos de trabajo o consultas a los servicios de salud.

Dentro de los datos extraídos del informe de la OPS (2015) el consumo de alcohol contribuye al desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, incluidas las neoplasias, la infección por el VIH/SIDA y diversos trastornos mentales; en el 2012, tuvo que ver con 274.000.000 de años de vida sana perdidos en las Américas; se estima

que 5,7% de la población de la región declaró sufrir algún trastorno debido al consumo de alcohol, aunque el número probablemente sea mayor; ese mismo año (2012, en las Américas) los trastornos por consumo de alcohol, la cirrosis hepática y la violencia interpersonal, se registran como las tres primeras causas de muerte y discapacidad ocasionadas por el alcohol.

Por otro lado, en ese mismo informe (OPS, 2015) refiere al “costo del alcohol para los consumidores, para su círculo cercano y para la sociedad” en términos de: - Efecto nocivo para la salud: aquí se incluye el costo en tiempo y dinero por parte de los tres términos, ya sea, en atención y asistencia sanitaria, renuncias y sacrificios en y para su cuidado, etc. -Pérdida de productividad en el lugar de trabajo: íntimamente asociado al anterior, refiere al ausentismo, la pérdida de productividad y los accidentes laborales, por parte de los tres términos. -Perjuicios para los demás: en esta categoría, se engloban las lesiones (intencionadas o no), la negligencia o los maltratos (a menudo de los familiares), la desatención de las responsabilidades sociales (hacia la familia, las amistades y los compañeros de trabajo), los daños materiales, los trastornos alcohólicos del feto y la inestabilidad emocional (insomnio, miedos o preocupación por los seres queridos).

Como ha de observarse, se está ante la presencia de un gigante con características multidimensionales, por lo que, es alarmante como esta problemática de resonancia mundial, que afecta a millones de personas, continua propagándose cual pandemia viral sin tener reparo en fronteras de edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico, en sustento de un discurso sociocultural dominante, en el que se promueven y se sostienen mayoritariamente conductas de consumo, llevando al aumento de su nivel de nocividad.

En efecto, el llamado de atención al abordaje particularizado de esta problemática es inminente, tal como lo denuncian diversas fuentes internacionales y regionales, tales como la OMS (2014), la OPS (2015) y el organismo público nacional SEDRONAR (2016), en el cual, los datos presentados en apartados anteriores (Delimitación del Problema/Necesidad, p.14), hablan por sí solos al expresar que, en la provincia de Córdoba, la localidad de Río Cuarto y la región: una de las sustancias psicoactivas de mayor consumo es el alcohol; en relación a las consultas sanitarias, con incidencia en salud mental, el alcoholismo es una de las adicciones más concurrentes en los últimos años; la localidad de Río Cuarto, es la segunda ciudad más importante de Córdoba y, por lo tanto, de mayor incidencia y asistencia en adicciones, por último, otro dato de interés, manifiesta que las mujeres tuvieron menor acceso y permanecieron menor tiempo en los dispositivos de rehabilitación que los hombres.

En consonancia con estos datos, considerando particularmente la información sobre las características, criterios de admisión y población asistente al dispositivo “hospital de día” del NHRC SAP, recabada desde la plataforma Canvas (Universidad siglo 21, 2019), se encuentra significativamente importante establecer una línea de acción particularizada hacia esta adicción, ya que, durante el análisis de la información, siendo el único tipo de adicción admitida en HD, se detectó un vacío dentro de las Actividades/Talleres destinadas al abordaje de los pacientes alcohólicos que a él acuden. Población incrementada, con la reciente incorporación de la Sección Infanto-Juvenil al área de Salud Mental, a partir del cual, solo los casos de alcoholismo son habilitados para incorporarse al dispositivo HD. Ante las características de esta necesidad y en conformidad con los nuevos lineamientos, propuestos por los paradigmas de Salud Mental vigentes; el perfil psicopatológico de la institución (NHRC SAP); los modelos de abordaje y objetivos estipulados para el dispositivo de salud mental “Hospital de Día”, se propone intervenir desde el desarrollo de un “Taller

Psicoeducativo de Entrenamiento en Habilidades Sociales”, destinado particularmente para los pacientes alcohólicos que acuden al servicio HD. Desde allí, se apunta a compensar dicho vacío, al logro de un abordaje holístico, funcional y complejo, respondiendo a la multidimensionalidad y severidad de esta problemática.

Partiendo de las conceptualizaciones de Caballo (2000), las habilidades sociales son un conjunto de capacidades de actuación o conductas aprendidas, que permiten la interacción social mediante la expresión adecuada de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, respetando al mismo tiempo esas conductas en los demás, permitiendo resolver los problemas inmediatos de la situación y minimizando la probabilidad de futuros problemas. también, manifiesta que, por ser aprendidas, son habilidades susceptibles de ser modificadas y considera que tienen tres dimensiones: Situacional, Cultural y Personal, en las que existen destrezas cognitivas y conductuales, de catéter verbal, no verbal y paraverbal, que a su vez, pueden verse reforzada por el contexto social, ya sea, la realidad socio-económica del sujeto, como su entorno inmediato (familiares, amigos, etc.), ante esto, la drogodependencia, la recuperación y la posible recaída o no, no sólo depende del sujeto, sino que, se convierte en una problemática social.

Continuando con Caballo (1993), en base a sus estudios declara que la posibilidad de que las personas actúen de manera no adecuada o no aceptada socialmente, remite a diferentes factores, pudiendo esto causar situaciones de fracaso en diversas esferas del sujeto, ya sea la familia, el estudio, el trabajo o los diferentes ámbitos donde haya interacción con otros. Al mismo tiempo, afirma que los bebedores encuentran cada vez más difícil establecer y mantener relaciones sociales; sus respuestas sociales son aprendidas de forma parcial o inadecuada; en los sujetos pre-alcohólicos hay un doble proceso implicado que evita la adquisición de respuestas

sociales más apropiadas y que sirve para mantener un repertorio de respuestas inadecuado y poco adaptativo. Al respecto, Caballo (1993), plantea que el déficit en habilidades sociales puede ser situacionalmente específico; los individuos que presentan pequeños o moderados problemas de abuso de alcohol u otras drogas pueden ser muy hábiles en otras situaciones, pero no son hábiles para resistir las presiones del grupo para la ingesta de estas sustancias y, de esta manera, su déficit de habilidades puede limitarse a una falta de asertividad frente a esa coerción; en cambio, los individuos con problemas de adicción más graves podrían tener problemas de habilidades básicas a lo largo de una serie de situaciones; este déficit podría conducir, en casos más graves, al aislamiento social o a la dependencia extrema de la subcultura del alcohol u otras drogas.

En efecto, numerosos autores declaran que el déficit en Habilidades Sociales es considerado un factor de riesgo para el consumo de bebidas alcohólicas, aunque no es un factor directo y determinante para que se inicie un problema de alcoholismo, un número considerable de investigaciones lo han señalado como una variable importante que influye en la conducta de beber en exceso, entre ellos, Bellack y Morrison (1982, Citados en: Londoño y Valencia, 2008), descubrieron que los alcohólicos carecían de las habilidades sociales necesarias para enfrentarse a situaciones conflictivas y, señalan que, los hijos de personas bebedoras probablemente aprenderán que el exceso de bebida, es un requisito para un afrontamiento adecuado de las situaciones sociales, por lo que, nunca aprendieron las habilidades sociales necesarias que pudiesen utilizarse en ausencia del alcohol. Por otro lado, otros autores consideran que, si una persona cuenta con una baja asertividad general o poca capacidad específica para responder oponiéndose a las demandas de su grupo, el riesgo de abuso del alcohol aumenta (Botvin, 2000; Colder, Campbell, Ruel, Richardson y Flay, 2002; Costa, Dong, Zhang y Wang, 2006; Bellack y Morrison 1982; Dilorenzo, Stucky-Ropp,

Vander-Wal y Gothman, 1998; Field, Diego y Sanders, 2001; Maisto, Connors y Zywiack, 2000; Suelves, 1998; Tobbler y Stratton, 1997; Turbin, Jessor, Londoño, y, Valencia, Hernández y León, 2007, Citados en: Londoño y Valencia, 2008).

Desde el modelo cognitivo de las drogodependencias, planteado por Beck, Wright, Newman y Liese, (1999), se parte de la premisa de que, la mayor parte de las personas consumidoras tienen ciertas características que predisponen la práctica adictiva y, declaran que el componente esencial del trabajo terapéutico en la problemática de consumo de alcohol u otras drogas, es darle posibilidad al paciente de crear un nuevo estilo de vida, que le permita reconocerse como actor principal y activo de su proceso de cambio, que experimente las consecuencias positivas de hacerlo y que se distinga como un ente de control de sus propias decisiones. De allí la importancia de estos autores, en considerar el desarrollo favorable de la autoeficacia y las habilidades para interactuar de forma más sana ante las situaciones vitales o vicisitudes de la vida. dentro de este paradigma, según Secades y Fernández (2001), se distinguen tres modelos de intervención: el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, la prevención de recaídas y la terapia conductual familiar y de pareja.

En este sentido, los esfuerzos para mejorar el repertorio de habilidades sociales del paciente adicto constituyen un factor clave, ya que, considerando todo lo expuesto hasta aquí, las personas que presentan algún tipo adicción, en este caso específicamente alcoholismo, en lo referido a Habilidades Sociales se pueden observar serios déficits, que, como se ha expuesto anteriormente, afecta directamente al consumidor e indirectamente a su círculo de pertenencia y a la sociedad. Con el Taller Psicoeducativo de Entrenamiento en Habilidades Sociales, se pretende lograr que el paciente pueda adquirir las competencias, los recursos y las herramientas básicas y

complejas, para resistir o decir que no, por ejemplo ante situaciones de riesgo de consumo o ante un agudo craving (intenso deseo de consumir); la capacidad de pedir favores y hacer peticiones, por ejemplo aprender a pedir ayuda para dejar de consumir o cómo afrontar una entrevista de trabajo; la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos, favoreciendo el auto registro y el registro del otro, a fin de lograr una comunicación asertiva; la capacidad de iniciar, mantener y terminar una conversación y no tener que recurrir necesariamente al consumo, para no sentirse solo o incomprendido.

En síntesis, la propuesta de intervención contextualizada desde estos planteamientos, se dirige en general, al logro de una mayor autonomía y autosustento del paciente, a fin de convertirse en un sujeto socialmente productivo, ya que, en definitiva, no solo es parte del deber ético y técnico de los profesionales pertinentes, sino que, tal como lo expresa el corte epistemológico y filosófico de este trabajo final de graduación, también es su derecho.

CAPITULO 6

MARCO TEÓRICO

CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL DE LAS ADICCIONES

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre, premisa básica en la que concuerdan la mayoría de los autores que abordan la temática, tal como lo expresan Becoña y Cortés (2010), prácticamente a inicios de la historia, el hombre ha utilizado productos, sustancias o preparados, con fines medicinales, placenteros, míticos, ritualistas religiosos o simplemente para modificar la percepción de la realidad, en la constante búsqueda de oprimir el sufrimiento, sea éste físico, psíquico, social o espiritual. fumar cigarrillos, beber alcohol, masticar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, etc., son algunos de los antecedentes del uso y el abuso de sustancias que se atestiguan y acompañan la actualidad del hombre.

La Organización Mundial de la Salud (2010) comprende a la adicción como una enfermedad física y psicoemocional, que crea dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación; se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales; por último, declara que es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.

Retomando a Becoña et al. (2010), en relación a la adicción refieren que:

Una característica común y central a las conductas adictivas es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su

vida, que va a ser, en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le fueren a buscarlo (p.15).

Por su parte, Gossop (1989, Citado en Becoña et al., 2010, p.17) define como elementos característicos de una adicción:

-Un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); -La capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); -Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; -Persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

Dentro de estos elementos, se destaca nuevamente la Compulsión o Pérdida de Control, demostrando ser la característica principal de este problema. Adhiriendo a los criterios teóricos de Becoña et al. (2010), el segundo aspecto destacado en toda adicción, es el Síndrome de Abstinencia, entendido como un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa, provocado ante la interrupción voluntaria o no, de la conducta adictiva. El tercer aspecto es la Tolerancia, definida como el acostumbramiento del organismo a ciertos efectos producidos por una sustancia o una conducta, se la asocia al concepto de neuroadaptación y se manifiesta por la necesidad de aumentar la dosis o el tiempo dedicado a la conducta adictiva. El cuarto aspecto, es la Intoxicación, producida en todas las sustancias químicas, o la cuasi-disociación, estado este último que se encuentra tanto en las sustancias químicas, como en las conductas que producen adicción, en este estado la persona parece que se encuentra

fuera de sí, como si fuese otra (Jacobs, 1989 Citado en Becoña et al., 2010). El quinto aspecto, considerado significativo en todas las conductas adictivas, refiere a que el individuo con una adicción padece Graves Problemas en la esfera física y/o sanitaria, en la esfera personal, familiar, laboral y social, destacando que estos, en mayor o menor grado siempre están presentes (Becoña et al., 2010).

ALCOHOL Y ADICCIÓN

En efecto, en lo que respecta a la adicción al alcohol, el primer factor común identificado en la bibliografía consultada, es la importancia otorgada por los autores en remarcar que, el potencial destructivo de este tipo de adicción, incrementa con la legalidad y la facilidad de acceso a esta sustancia, sumado a que se presenta como una práctica socialmente motivada y aceptada.

Partiendo de los datos aportados por el informe denominado, “Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol” redactado por la OMS (2010), el alcohol es contemplado como un depresor del sistema nervioso central; es la droga legal de más alto consumo; cuenta con un mayor número de adictos, debido a su gran aceptación social y arraigado cultural; por último, expresa que la embriaguez es producto del alcohol etílico que contienen las bebidas, producido durante la fermentación de los azúcares por las levaduras.

Por otro lado, Di Pardo (1993, Citado en Becoña, 2002) enumera algunas de las funciones más significativas de esta sustancia: psicotrópica, terapéutica, alimentaria, como fuente de calorías para el esfuerzo laboral, como mecanismo de cohesión, integración y estructuración cultural, de control social, como instrumento de identificación y diferenciación cultural y/o social, como mecanismo de transgresiones estructurales, de adaptación en situaciones de cambio, de solución al tiempo vacío

social y/o individual, y como mecanismo casi irremplazable de sociabilidad. De allí que el alcohol se consume frecuentemente, acarreado a un gran número de personas graves problemas, a nivel físico, familiar, psicológico, psiquiátrico y social, ya que, los riesgos del alcohol son muchos y variados, algunos pueden derivarse directamente del efecto del alcohol o ser producto de la interacción con otros factores.

En virtud de la problemática expuesta, desde un panorama global, en Mayo del año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) publicó su informe sobre el alcohol y la salud en el mundo, en el cual, expresa en síntesis que: el consumo nocivo del alcohol contribuye de modo importante a la carga mundial de morbilidad y mortalidad; ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial; en los países de ingresos medios es el mayor factor de riesgo; en los países con ingresos altos tienen el más alto consumo de alcohol, sin embargo, ingresos altos y alto consumo no siempre se traducen en mayores problemas o riesgos relacionados con la bebida; el uso nocivo de alcohol, es el principal factor de riesgo de muerte en hombres con edades entre 15 y 59 años, debido principalmente a heridas, violencia y enfermedades cardiovasculares, en términos globales, 6,2% de todas las muertes de hombres son atribuibles al alcohol, en comparación con 1,1% de las muertes de mujeres; los hombres también tienen las tasas más altas de carga de discapacidad atribuida al alcohol (7,4% frente a 1,4% para las mujeres); bajos niveles socioeconómico y de educación, exceden en un mayor riesgo de muerte, enfermedad o lesión relacionada con el alcohol (un determinante social que es mayor para los hombres que para las mujeres).

Desde un panorama regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015), en su informe vinculado con el alcohol y la salud en las Américas, entre sus ideas expone que, las Américas tienen una larga tradición de producción y consumo

de alcohol y estos vínculos le han pasado a la región, una factura muy cara en ambos sexos y en todas las clases sociales y grupos étnicos, una carga que seguirá aumentando si no se adoptan de inmediato medidas eficaces, evidenciando que el consumo y los patrones de ingesta de alcohol se encuentran ya, en niveles perjudiciales y superan las medias globales. Revela que, por término medio, en las Américas se consume más alcohol que en el resto del mundo, en particular, en los últimos cinco años han aumentado los episodios de consumo excesivo, pasando de una tasa del 4,6% al 13,0% en el caso de las mujeres y del 17,9% al 29,4% en el de los varones (OPS, 2015). Como consecuencia, la OPS (2015) también declara que, el consumo de alcohol contribuye al desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, incluidas las neoplasias, la infección por el VIH/SIDA y diversos trastornos mentales; en el 2012, tuvo que ver con 274.000.000 de años de vida sana perdidos en las Américas; se estima que 5,7% de la población de la región declaró sufrir algún trastorno debido al consumo de alcohol, aunque el número probablemente sea mayor; ese mismo año (2012, en las Américas) los trastornos por consumo de alcohol, la cirrosis hepática y la violencia interpersonal, se registran como las tres primeras causas de muerte y discapacidad ocasionadas por el alcohol.

Al mismo tiempo, tanto la OMS (2014) como OPS (2015) remarcan que, el alcohol provoca perjuicios graves no solo a quienes beben en exceso, sino también, a las personas que rodean a los bebedores, entre los daños a los demás cabe mencionar, los síndromes de alcoholismo fetal, la violencia, los traumatismos (incluidos los accidentes de tránsito y los laborales), el sufrimiento emocional y la inestabilidad económica; el alcohol también se cobra costos importantes a la sociedad, sobre todo en detenciones, pérdida de puestos de trabajo o consultas a los servicios de salud.

A nivel local, según un informe estadístico del año 2016, llevado a cabo por el organismo público nacional SEDRONAR (2016), en población de 16 a 65 años, de la provincia de Córdoba, las sustancias psicoactivas con mayores proporciones de consumo del último año son: alcohol (63,1%), marihuana (2,5%), tranquilizantes (1,4%) y cocaína (0,8%). Otros datos indican que, en relación al consumo problemático de alcohol, en la localidad de Río Cuarto, de las personas que buscaron tratamiento en último año (2015-2016), las mujeres tuvieron menor acceso y permanecieron menor tiempo en los dispositivos de rehabilitación que los hombres (Hombres: 22,4; Mujeres: 8,9). Por otro lado, en un informe interno, elaborado por el Área de Prevención de la SEDRONAR “Análisis cualitativo de provincias”, de enero del 2014, se expresa que, la segunda ciudad más importante de Córdoba y, por lo tanto, de mayor incidencia y asistencia en adicciones, es la ciudad de Río Cuarto, en cantidad de habitantes (246.393 personas).

SISTEMA DE CREENCIAS ADICTIVAS

De acuerdo con el supuesto teórico del Modelo Cognitivo de las Drogodependencias, planteado por Beck, Wright, Newman y Liese (1999), la persona estructura el mundo en base a su percepción, la cual, se ve influenciada por una serie de creencias y esquemas cognitivos, que se han asimilado y acomodado en un proceso de aprendizaje previo y, a partir de esa información, la persona interpreta los hechos, situaciones o eventos vividos, de manera particular, por lo que, la situación puede provocar una serie de pensamientos, emociones y estar acompañada de diversas consecuencias. En efecto, se postula la existencia de un estrecho vínculo entre las creencias disfuncionales relacionadas con la adicción (p.e., “nunca podré dejar de beber”) y las variables mediadoras y de resultado del éxito del tratamiento, como el craving, las expectativas de autoeficacia y las recaídas (Beck et al.,1999). En base a

este supuesto, se plantea que la modificación de las creencias nucleares relacionadas con la adicción, favorecerá significativamente el proceso de recuperación de los pacientes drogodependientes, siendo uno de los objetivos centrales de esta modelo, hacer consciente al paciente sobre la conexión entre estas creencias, el deseo (craving) y las conductas de consumo, a fin de llegar a mejorar su sistema de control, por medio del aprendizaje de técnicas de afrontamiento para poder anticiparse y no caer en el consumo, situando su sistema de creencias más cerca de la realidad o modificarlas para que sean más funcionales (Beck et al.,1999).

Para Beck et al. (1999), la mayoría de los consumidores tienen ciertas características que predisponen la realización de conductas adictivas, algunos factores que estos autores identifican son: -Sensibilidad general hacia sus sentimientos y emociones desagradables, por ejemplo: baja tolerancia a los cambios de humor cíclicos, que se producen frecuentemente a lo largo del día. -Poca o nula motivación para controlar su conducta, es decir, la capacidad simbólica de mediación se sustituye por la satisfacción inmediata, manifestándose en impulsividad y poca tolerancia al aburrimiento. -Técnicas inadecuadas para controlar la conducta y el afrontamiento de problemas, incluso cuando están motivados para moderar su conducta, no tienen los conocimientos técnicos para llevarlos a cabo. -Poca tolerancia a la frustración (asociado a creencias y distorsiones cognitivas). -Disminución relativa del pensamiento prospectivo o de las representaciones futuras, de modo que la atención del individuo se centra en los estados emocionales del aquí y ahora, en el craving y los impulsos que lo acompañan y, en las acciones destinadas a aliviarlos o satisfacerlos, Omitiendo toda preocupación ante las posibles consecuencias de esas acciones.

Bajo el mismo lineamiento, Peele (1989) señala que el uso compulsivo de sustancias psicoactivas, depende de una gran variedad de factores sociales y

personales, por lo que, las personas no son simples instrumentos ambientales, sino que construyen activamente su realidad. También Peele (1989) menciona que existe relación entre el pensamiento, las situaciones y las acciones del individuo, donde el pensamiento es el mediador entre la acción y la situación, que, desde las conceptualizaciones, remitiría a las distorsiones cognitivas.

Según Beck (1995) existen tres niveles de pensamiento: las creencias centrales o nucleares, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos. En cuanto a las creencias centrales o nucleares, menciona que representa el sistema de creencias más profundo y rígido de los tres, se encuentran muy arraigado a la persona, es de carácter emocional y no tanto racional, son creencias tácitas y personales sobre el mundo, los demás y el sí mismo, que dan un significado personal casi imperceptible para la persona, este significado proviene de la interacción con el mundo y otras personas, por ejemplo, ante la creencia nuclear de “soy un mediocre”, la mayor parte de sus evaluaciones cognitivas estarán permeadas por esta creencia, es decir, la persona filtra de forma selectiva la información que confirma su creencia, descartando información contraria a esta y, allí se originan sus distorsiones cognitivas (Beck, 1995). En relación a las creencias intermedias, se las concibe como un sistema de actitudes, reglas y asunciones sobre, la cual, yacen las creencias centrales, es decir, cognitivamente es un esquema regulador entre el significado personal del sujeto y la identidad manifiesta (Beck, 1995). Por último, los pensamientos automáticos, representan los pensamientos espontáneos de los acontecimientos actuales, a través de la activación de los esquemas de creencias centrales e intermedias comprometidas a un evento vital, su particularidad es que, se incorporan en la conciencia de la persona, interfiriendo con el pensamiento racional en forma de distorsiones cognitivas, son igualmente imperceptibles que los otros esquemas, aunque, son susceptibles de ser detectados por medio del entrenamiento o por algún proceso metacognitivo (Beck, 1995). Estos pensamientos

son la interpretación de las reglas, atribuciones y asunciones, se instauran en forma de palabras o imágenes que llegan a la mente del sujeto, formando hipótesis e inferencias que tienen repercusión en el tipo de reacción emocional, conductual y fisiológica. En un alcohólico, por ejemplo, se presentaría de la siguiente manera: “dejar de beber es difícil, por lo que nunca voy a poder dejar, soy un mediocre”, provocando una reacción emocional de tristeza y enojo, acompañada con la reacción conductual de abandonar la tarea y, posiblemente induzca una reacción fisiológica somática (Beck, 1995). En efecto, Beck et al. (1999) declaran que los pensamientos automáticos son el elemento terapéutico a trabajar.

Cabe destacar, que el modelo cognitivo de las drogodependencias reúne sus fundamentos filosóficos en los estoicos, en base a la premisa de que, la razón es un medio para dominar las emociones y, dentro de sus fundamentos teóricos, se destaca el conductismo, a través del condicionamiento clásico de Pavlov y el condicionamiento operante de Skinner, por otra parte, se fundamenta en la teoría cognitiva social de Bandura, a partir del modelamiento o aprendizaje vicario (Beck et al.,1999). A demás, desde allí, se retoma el concepto de Autoeficacia introducido por Bandura (1987, Citado en Beck et al.,1999), uno de los elementos clave del modelo, ya que, representa la creencia que cada persona posee, acerca de las capacidades para alcanzar el rendimiento deseado respecto a un objetivo o tarea y, considerando el tipo de creencias y cogniciones desadaptativas con las que cuenta el adicto, se acentúa la importancia de optimizar su autoeficacia.

Claramente este panorama conceptual, da cuentas de una impronta significativa en los comportamientos observables y el procesamiento de la información, dentro de este paradigma, se distinguen tres modelos de intervención: el entrenamiento en

habilidades sociales y de afrontamiento, la prevención de recaídas y la terapia conductual familiar y de pareja (Secades y Fernández, 2001).

HABILIDADES SOCIALES (HS)

Caballo (2000) considera que la conducta socialmente habilidosa, implica un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación (en el contexto familiar, escolar, laboral, etc.) respetando esas conductas en los demás y que, generalmente, resuelve los problemas inmediatos que puedan surgir en la interacción, minimizando la probabilidad de aparición de futuros problemas.

Según Caballo (2000), es en la infancia donde el individuo aprende a relacionarse con los demás, aunque ese aprendizaje es un proceso continuo que se desarrolla durante toda la vida, afirma que, las razones por las que una persona no es socialmente habilidosa, se deben a que nunca ha aprendido esas habilidades, ya sea porque, no ha tenido un modelo adecuado o bien, porque no hubo un aprendizaje directo, otra razón podría deberse a la inexistencia de estas habilidades, aunque, considera que existen factores que inhiben o interfieren con las conductas.

En concordancia con Caballo (2000), Del Prette y Del Prette (2002) señalan que, las habilidades sociales (HS) pueden ser definidas descriptivamente en tres dimensiones: Situacional, Cultural y Personal. Desde una Dimensión Situacional, las HS perciben un conjunto de desempeños presentados por el sujeto, frente a las demandas de una situación interpersonal particular y están determinadas por el plano cultural; Desde la Dimensión Cultural, intervienen las normas, los valores, las reglas y el plano personal, donde se manifiesta la conducta, lo cognitivo, lo afectivo y lo

fisiológico; En la Dimensión Personal, las HS suponen la presencia de dos grupos de destrezas: las cognitivas y las conductuales. Cabe destacar que, la mayoría de los investigadores concuerdan en que, el repertorio más elaborado de habilidades sociales resulta de la articulación armoniosa entre esos componentes.

– Destrezas cognitivas: engloban la percepción social y el procesamiento de la información que define, organiza y guía las habilidades sociales; los componentes cognitivos más relevantes de las HS giran en torno a tres puntos nodales: conocimientos previos que posee el individuo; expectativas y creencias; estrategias y habilidades de procesamiento, Del Prette y Del Prette (2002).

– Destrezas conductuales: indican conductas verbales y no verbales, utilizadas para la puesta en práctica de la decisión derivada de procesos cognitivos, a su vez, las dimensiones personal-situacional-cultural, que determinan a las HD, se combinan e interrelacionan en las interacciones sociales (Del Prette y Del Prette, 2002).

En efecto, el concepto de habilidades sociales incluye toda una serie de habilidades relacionadas, que podrían sintetizarse en tres términos significativamente asociados al concepto, a saber: Empatía, capacidad cognitiva de sentir en un contexto común, lo que un individuo diferente puede percibir; Asertividad, comportamiento comunicacional maduro, en el que la persona, ni agrede, ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que, expresa sus convicciones y defiende sus derechos; Resolución de problemas, proceso por el cual, la persona toma una decisión ante un conflicto valorando pros y contras, decidiéndose por la alternativa menos costosa y más beneficiosa (Caballo, 2000).

Por otro lado, Caballo (1993) declara que, las HS no se limitan al clásico concepto de asertividad, sino que suponen una serie de comportamientos concretos y,

en un intento por operativizar el constructo, describe alrededor de trece dimensiones, entre ellas: expresión de emociones; afrontamiento de críticas; disculparse; rechazar peticiones; defensa de los propios derechos; iniciar y mantener conversaciones; expresar opiniones (aunque sean discordantes); entre otros. No obstante, el que un individuo haga uso adecuado de una habilidad concreta, no implica que haga el mismo uso o sea socialmente competente en otra dimensión, así pues, un sujeto puede ser socialmente competente en cuanto a hablar en público, pero totalmente incapaz de disculparse o admitir su propia ignorancia Caballo (1993). En el terreno de las adicciones, el autor asume que los drogadictos o alcohólicos, a menudo afrontan las situaciones interpersonales por medio del consumo de estas sustancias, en vez de manifestar una conducta socialmente habilidosa y, al mismo tiempo, plantea que el déficit en HS puede ser situacionalmente específico, es decir, los sujetos que presentan pequeños o moderados problemas de abuso de alcohol u otras drogas, pueden ser muy hábiles en otras situaciones, pero no son hábiles para resistir las presiones del grupo en la ingesta de esas sustancias, de esta manera su déficit de habilidades puede limitarse a una falta de asertividad frente a esa coerción, en cambio, los sujetos con problemas de adicción más graves, podrían tener problemas de habilidades básicas a lo largo de una serie de situaciones, este déficit podría conducir, en casos más graves, al aislamiento social o a la dependencia extrema de la subcultura del alcohol u otras drogas.

Las principales características de las HS según Del Prette y Del Prette (2002), de acuerdo con Caballo (2000) serían las siguientes: a) Se trata de una característica de la conducta, no de las personas. b) Es aprendida. La capacidad de respuesta tiene que adquirirse. c) Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal. d) Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales. e) Está basada en la capacidad de un

individuo de escoger libremente su acción. f) Es una característica de la conducta socialmente eficaz, no dañina.

Para Goldstein (1989), las HS son un conjunto de habilidades y capacidades (variadas y específicas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas de índole interpersonal y/o socioemocional; estas habilidades y capacidades, se aplican en actividades básicas, avanzadas e instrumentales; propone la siguiente clasificación de HS: Grupo 1/ Primeras Habilidades Sociales: 1. Escuchar. 2. Iniciar una conversación. 3. Mantener una conversación. 4. Formular una pregunta. 5. Dar las gracias. 6. Presentarse. 7. Presentar a otras personas. 8. Hacer un cumplido. Grupo 2/Habilidades sociales avanzadas: 9. Pedir ayuda. 10. Participar. 11. Dar instrucciones. 12. Seguir instrucciones. 13. Disculparse. 14. Convencer a los demás. Grupo 3/ Habilidades relacionadas con los sentimientos: 15. Conocer los propios sentimientos. 16. Expresar los sentimientos. 17. Comprender los sentimientos de los demás. 18. Enfrentarse con el enfado de otro. 19. Expresar afecto. 20. Resolver el miedo. 21. Autorrecompensarse. Grupo 4/Habilidades Alternativas a la Agresión: 22. Pedir permiso. 23. Compartir algo. 24. Ayudar a los demás. 25. Negociar. 26. Empezar el autocontrol. 27. Defender los propios derechos. 28. Responder a las bromas. 29. Evitar los problemas con los demás. 30. No entrar en peleas. Grupo 5/Habilidades para Hacer Frente al Estrés: 31. Formular una queja. 32. Responder a una queja. 33. Demostrar deportividad después de un juego. 34. Resolver la vergüenza. 35. Arreglárselas cuando le dejan de lado. 36. Defender a un amigo. 37. Responder a la persuasión. 38. Responder al fracaso. 39. Enfrentarse a los mensajes contradictorios. 40. Responder a una acusación. 41. Prepararse para una conversación difícil. 42. Hacer frente a las presiones del grupo. Grupo 6/ Habilidades de Planificación: 43. Tomar decisiones. 44. Discernir sobre la causa de un problema. 45. Establecer un objetivo. 46. Determinar

las propias habilidades. 47. Recoger información. 48. Resolver los problemas según su importancia. 49. Tomar una decisión. 50. Concentrarse en una tarea.

En este sentido, las habilidades sociales son necesarias para el desarrollo de la conducta interpersonal y cuentan con elementos conductuales que las componen, éstos han sido identificados por Caballo (1993) tras una investigación, donde revisó noventa trabajos llevados a cabo entre 1970 y 1986 sobre habilidades sociales, allí concluye que los principales elementos son: la mirada, la expresión facial, los gestos, la postura, la orientación, la distancia o el contacto físico y la conducta espacial.

La mirada: casi todas las interacciones de las personas dependen de miradas reciprocas, la mirada se acompaña del habla y se emplea junto con la conversación para sincronizar, acompañar o comentar la palabra hablada. La expresión facial: la cara es el principal sistema de señales para manifestar las emociones, las seis emociones principales que se expresan con el rostro son, alegría; sorpresa; tristeza; miedo; ira; asco/deprecio. Una conducta socialmente habilidosa requiere una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje. Los gestos: las manos, la cabeza y los pies, pueden producir una amplia variedad de gestos que se emplean para propósitos diferentes, aquellos gestos que sean adecuados a las palabras servirán para acentuar el mensaje, añadiendo énfasis, franqueza y calor. Los movimientos desinhibidos también pueden sugerir franqueza, confianza en uno mismo y espontaneidad por parte del hablante. La postura: la posición del cuerpo y de los miembros, la forma de sentarse, estar de pie o pasearse, reflejan actitudes y sentimientos sobre la persona en sí misma y su relación con los otros, al mismo tiempo, acompañan el habla. La orientación: los grados de orientación señalan el nivel de intimidad/formalidad de la relación, cuanto más cara a cara es la orientación, más íntima es la relación y viceversa. Distancia/Contacto físico: dentro de cada cultura existen normas implícitas que se refieren al campo de la

distancia permitida entre dos personas que hablan, el grado de proximidad expresa claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía con el contexto social; dentro del contacto corporal, existen diferentes grados de presión y distintos puntos de contacto, que pueden señalar estados emocionales, como miedo, actitudes interpersonales o un deseo de intimidad; también se define en relación a cuatro factores: retiro, espacio personal, territorialidad, hacinamiento (Caballo,1993).

Siguiendo a Segura (2002), se consideran cuatro tipos de componentes de las habilidades sociales: a) Componentes Conductuales. b) Componentes emocionales. c) Componentes cognitivos. d) Componentes de la personalidad.

a) Componentes Conductuales:

La conducta es la manera particular que tiene cada persona de comportarse, actuar o dar una respuesta en una situación determinada, es producto de la interacción de factores internos como la personalidad, la inteligencia o las creencias y, factores externos o ambientales, como el momento o situación puntual, las personas que allí se encuentran, por lo que, la respuesta de una persona puede ser difiere en función del contexto en el que se encuentre (Segura, 2002).

Retomando a Caballo (2000), es posible diferenciar entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas.

Conducta Asertiva: conducta que permite a una persona actuar en función a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales, sin negar los derechos de los otros, entre sus características se destacan: Autenticidad, Empatía, Aceptar al otro, Evitar descalificaciones, No culpabilizar, Evitar juzgar, entre otras. En cualquier situación social, aunque una persona se comporte de manera asertiva, es frecuente

encontrar una reacción hostil y agresiva en el otro, saber manejar una reacción de este tipo, implica un actuar asertivo, ya que, también se ayuda a la otra persona a disminuir su activación emocional y así abordar de una manera racional la situación (Caballo, 2000).

Conducta no Asertiva o Pasiva: se caracteriza por la falta de defensa de los propios derechos al no expresar correctamente las opiniones, por desconocimiento; no saber el modo de hacerlo o; por creer que no son importantes para los demás (Caballo, 2000). La conducta pasiva está provocada, a menudo, por falta de confianza en uno mismo y por atribuir superioridad al otro. Como consecuencia de haber actuado así, la persona no se enfrenta al problema (el otro lo hace por él), evita o escapa de los conflictos y se libra, momentáneamente, de toda ansiedad, sin embargo, el problema queda sin resolver, de manera que sufre accesos de ira incontrolada, provocada por soportar situaciones no resueltas y padecer la inexistencia de relaciones sociales cálidas (Del Prette y Del Prette, 2002).

Conducta Agresiva: asociada al atropello, la trasgresión y la violación de los derechos de otras personas; el sujeto defiende sus derechos personales, expresa pensamientos y opiniones de manera inapropiada o autoritaria; aunque, la agresividad no equivale a violencia, puede llegar a convertirse en ella, la agresión verbal puede manifestarse de manera directa (ofensas, insultos, amenazas, etc.) o indirecta (comentarios irónicos, sarcásticos o maliciosos); esta conducta produce sentimientos de resentimiento, rechazo y alejamiento en los demás, establecido relaciones poco duraderas o insatisfactorias (Caballo, 2000).

La comunicación forma parte de los componentes conductuales de las HS, la comunicación en general está compuesta de elementos verbales, como la conversación y las habilidades del habla; elementos no verbales, como la mirada, la expresión facial,

postura, gestos, contacto físico, apariencia de la persona; y elementos paralingüísticos, como el volumen, tono y fluidez (Caballo, 1993). Siendo competente socialmente, se pueden conseguir éxitos personales en las relaciones con los demás y aprender a evitar las consecuencias indeseables, sin lesionar los derechos de los demás (Segura, 2002).

b) Componentes emocionales:

La emoción es un impulso involuntario, originado como respuesta a los estímulos del ambiente, que induce sentimientos y que desencadena conductas de reacción automática. Las emociones pueden ser tanto positivas como negativas y existen seis emociones básicas: cólera, ira, alegría, tristeza, miedo, aversión y sorpresa (Goleman, 1996). Los estímulos que provocan las emociones pueden ser externos o internos, los estímulos externos: provienen del ambiente o del mundo exterior a los cuales se reacciona con miedo, alegría o ira y; los estímulos internos: se producen en el plano cognitivo, cuando se imagina alguna situación agradable o desagradable. Continuando con Goleman (1996), los procesos cognitivos son los que determinan las emociones, en función de lo que cada estímulo signifique o el tipo interpretación para cada persona; las emociones no se pueden controlar, ya que surgen sin más, ante la presencia de estímulos, lo que sí se puede controlar es la manifestación externa de estas emociones.

c) Componentes cognitivos:

Según Del Prette y Del Prette, (2002) los componentes cognitivo-afectivos están determinados por la forma en que la persona estructura el mundo, las emociones y comportamientos, además, están vinculados al Entrenamiento de Habilidades Sociales. Sostienen que los individuos poseen un sistema de abstracciones que está constituido por las concepciones del mundo y de sí mismo, este sistema regula las

percepciones de las diferentes situaciones que se les presentan a los individuos, Por tal razón, los factores cognitivos son considerados situacionales y específicos.

Según Mischel (1973. Citado en Caballo, 2000) existen cinco componentes cognitivos de las habilidades sociales. 1. Las competencias: conocimiento de las conductas sociales y las conductas habilidosas adecuadas; se incluye la empatía. 2. Las estrategias de codificación: manera en que la gente percibe, piensa, interpreta y experimenta su entorno. 3. Las expectativas: predicciones que el individuo realiza sobre las posibles consecuencias de su conducta. 4. Las preferencias de valores subjetivos: están en la base de los diferentes comportamientos, entre los que las personas escogen a la hora de enfrentarse a una situación social. 5. Los sistemas y planes de autorregulación: esta variable se concentra en las propias ideas del sujeto sobre sus patrones de actuación y sus objetivos, así como sus mecanismos de recompensa y crítica; la autorregulación proporciona un camino por medio del cual, es posible intervenir significativamente sobre el ambiente, dominando el control del estímulo (el poder de la situación), posibilitando seleccionar activamente las situaciones a las cuales exponerse.

d) Componentes de la personalidad:

La personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos, que determina una forma de pensar y de actuar, única e irrepetible en cada persona en su proceso de adaptación al medio, dependiente de factores bio-psico-sociales (Allport, 1966. Citado en Segura, 2002).

Asociado a las HS, Caballo (2000) destaca el Autoconcepto, el cual, posee una definición amplia, aunque, se podría resumir en una configuración psicológica, donde emergen ideas, criterios y percepciones de sí mismo, del otro y del medio que lo rodea

y, simultáneamente, el mismo está sujeto a cambios, pues esta supone una historia personal que se enriquece día a día. Por otro lado, Caballo (1993) declara que una Autoestima adecuada, contribuirá al desarrollo adecuado de las habilidades personales y sociales y, aumentará el nivel de seguridad personal; una Autoestima baja, predispondrá negativamente a la relación interpersonal y será un obstáculo muy importante para el desarrollo de la competencia social. Otro elemento a destacar, es la Autoeficacia, constructo introducido por Bandura (1987, Citado en Beck et al.,1999), el cual, representa la creencia que cada persona posee acerca de las capacidades para alcanzar el rendimiento deseado respecto a un objetivo o tarea.

TÉCNICAS DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (EHS)

Según Caballo (2000), el entrenamiento de las Habilidades Sociales, es una técnica muy utilizada y poderosa para tratamientos psicológicos, la cual, se compone de un conjunto de técnicas o procedimientos de aplicación, con el fin de que los sujetos logren mejorar la interacción interpersonal y su calidad de vida.

Por su parte, Goldmish y McFall (1975. Citado en Caballo, 2000) definen el EHS “como un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida” (p.181) y; Curran (1985. Citado en Caballo. 2000) la propone “como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en las clases específicas de situaciones sociales” (p. 181).

El EHS se basa en la colaboración activa de las personas que participen de él, por lo que, puede ser considerado un procedimiento psicoeducativo de formación, en el que, el entrenamiento es capaz de afectar la motivación del sujeto, ya que, es posible

modificar la sensibilidad y los objetivos que persigue en la interacción social, siendo finalmente, más sensible a la comunicación verbal y no verbal; Se trata de un procedimiento que permite traducir, a partir de la enseñanza de respuestas adecuadas a situaciones específicas y con la previa centralización en la interpretación de las señales de los demás; de allí, este entrenamiento puede afectar las respuestas de los sujetos porque se enseña a dar respuestas hábiles (Del Prette y Del Prette, 2002).

Los programas de EHS, se basan en la interacción de factores personales y ambientales, como así también, los componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos de las habilidades sociales, en efecto, para caballo (2000) el EHS debería contemplar cuatro elementos significativos a las HS que, en resumen, refieren a:

-Entrenamiento en Habilidades: desde aquí, se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio del sujeto; es un elemento básico y específico del EHS; comprende la utilización de diversos procedimientos, tales como:

Instrucciones: según Del Prette y Del Prette (2002) son un medio para proporcionar al sujeto retroalimentación correctiva o información explícita acerca del origen y grado de discrepancia entre su actuación y el criterio indicado relativo a tal conducta, también implica dar información acerca de lo que constituye una respuesta apropiada, ésta puede ser expuesta de diferentes maneras; por representaciones de papeles; material escrito; grabaciones en video; etc. Según Caballo (2000) es importante comenzar la sesión de EHS, transmitiendo a los participantes el componente que será tratado y dar la respectiva explicación acerca de su importancia.

Modelado: Según Caballo (2000) implica la exposición de los participantes a un modelo que manifieste adecuadamente la conducta que está siendo objetivo de entrenamiento, posibilitando el aprendizaje por observación (vicario), la misma puede representarse en vivo o a través de un video. Del Prette y Del Prette (2002) remarcan

la importancia del modelado en la adquisición de representaciones simbólicas de las actividades que desarrolla el modelo, sirviendo de guía para luego poder realizar las acciones apropiadamente y, al mismo tiempo, se evidencian los componentes verbales y paralingüísticos de diferentes conductas interpersonales abriendo discusiones acerca de las conductas observadas, por parte de los sujetos que están siendo entrenados.

Ensayo de Conducta: según Caballo (2000), es un procedimiento muy utilizado en el EHS, proporciona diferentes formas, consideradas apropiadas y efectivas, de afrontar variadas situaciones problemática, su objetivo implica que los participantes aprendan a modificar formas de respuestas no adaptativas y reemplazarlas por nuevas respuestas aprendidas. Esta técnica se centra en el cambio de conducta y en brindar información acerca de creencias irracionales o atribuciones negativas acerca del sujeto mismo y del mundo, desde allí que, según Del Prette y Del Prette (2002) el ensayo conductual le habilita al terapeuta la observación directa de la conducta y el desempeño del sujeto en cuestión, posibilitando el aumento de la seguridad y la confiabilidad de las intervenciones.

Retroalimentación: Para Caballo (2000), es un factor significativo en el EHS, ya que, proporciona información importante para mejorar el desarrollo de la habilidad. Según Del Prette y Del Prette (2002), esta técnica se utiliza como un regulador de la conducta, logrando mantener o producir alguna modificación en el desempeño del sujeto, posibilitando que el participante observe cómo se está comportando y de qué manera está afectando a sus interacciones, según estos autores, existen reglas básicas que hacen a la calidad de su aplicación, entre ellas, suministrar la retroalimentación luego de terminar la acción/conducta; la información proporcionada debe ser concreta, clara y pertinente; debe tener un fin positivo reforzador; omitir juicios de valor; revalidar la información con el grupo; etc.

Tarea para el Hogar: Caballo (2000) plantea que es esencial en el EHS, ya que, favorece la participación activa de los sujetos y la productividad del entrenamiento, dentro de ellas se les puede solicitar, por ejemplo, un registro de su actuación, señalando lo sucedido al momento de llevar a la práctica lo aprendido, el éxito en la misma, la ansiedad y dificultades experimentadas, entre otras. Caballo (2000) afirma que son un medio a través del cual, las habilidades asimiladas pueden ser ensayadas en un ambiente real y así, generalizarse con mayor facilidad en la vida cotidiana del sujeto; permiten o facilitan el acceso a conductas privadas; la práctica de nuevos patrones de conducta aprendidos; ayudar a incrementar la sensación de autocontrol, fomentando la autopercepción de ser responsables del cambio y la motivación al mismo.

-Reducción de la Ansiedad: principalmente en situaciones sociales problemáticas, por medio de la aplicación de conductas más adaptativas que debieran ser incompatible con la respuesta de ansiedad; si la ansiedad es de un alto nivel, Vera y Vila (1996, Citado en Del Prette y del Prette, 2002) proponen las siguientes técnicas:

Técnica de Relajación: las técnicas de relajación se aplican con el objetivo de que el individuo logre aminorar la ansiedad, a través de la percepción de sus estados de tensión y el control sobre el mismo, permitiendo un adecuado desempeño social. Constituyen un proceso psicológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico interactúan en el proceso (Del Prette y Del Prette, 2002).

Desensibilización sistemática: el objetivo de esta técnica es suprimir el miedo y la ansiedad en las relaciones interpersonales, Del Prette y Del Prette (2002) expresan que, se busca elaborar conjuntamente con los pacientes una lista, en la que describan a nivel jerárquico aquellas situaciones que le produzcan ansiedad, para luego intervenir enseñándoles respuestas compatibles con esa ansiedad, a través de técnicas de

relajación. Aquí, cabe destacar que, el rol del terapeuta es exponer a los participantes a situaciones hipotética, mediante condiciones similares a los estímulos jerarquizados previamente, comenzado por las situaciones menos ansiógenas hasta llegar a las de mayor nivel.

-Reestructuración Cognitiva (RC): cabe destacar que, la RC forma parte del conjunto genérico de Técnicas Cognitivas, en las que también se engloban otras mencionadas anteriormente, aunque, por motivos técnicos al plan de intervención planteado, se han descripto por separado. Esta técnica apunta principalmente a la modificación de creencias irracionales, diálogos internos inhibitorios, expectativas de autoeficacia erróneas, supuestos y esquemas negativos, etc., todos ellos implicados en desajustes cognitivos que afectan el desempeño interpersonal. En efecto, la RC se dirige hacia el desarrollo de un sistema de creencias que valore los derechos personales y ajenos, a reconocer y remplazar cogniciones inadecuadas y desarrollar habilidades cognitivas que faciliten el desenvolvimiento más asertivo (Del Prette y Del Prette, 2002). Es por ello que, Caballo (2000) considera al propio EHS un dispositivo de técnicas para modificar la conducta cognitiva, ya que, cuando el entrenado integra en su sistema de creencias los derechos humanos básicos, modifica las cogniciones desadaptativas e inhibe o altera su conducta social. Según Del Prette y Del Prette (2002) en el EHS, la RC puede ser una guía para el sujeto, pudiendo desarrollar diferentes actitudes y habilidades a través del aprendizaje de:

- Valorar los derechos propios y de los interlocutores
- Identificar cogniciones inadecuadas propias y de los demás
- Ejercitar diferentes formas de autoevaluación, evaluación de situaciones y de los desempeños sociales.
- Identificar los sistemas propios de atribuciones, realizando una evaluación más realista de las dimensiones que los caracterizan.

Para llevar a cabo la RC se utilizan diferentes técnicas tales como:

Terapia Racional Emotiva (TRE): Según Dryden (1984, Citado en Caballo, 2000) es posible que los terapeutas colaboren con los participantes en la identificación de pensamientos automáticos y sus distorsiones, ya que, la información que proporciona el terapeuta puede hacer que en el sujeto se modifiquen las expectativas. Ellis (1974, Citado en Del Prette y Del Prette, 2002) plantea un Esquema A-B-C, donde las acciones específicas del sujeto se miden por cogniciones evaluadoras de la realidad, más las creencias irracionales del sujeto, consideradas la causa de sus problemas.

-Entrenamiento en la solución de problemas: desde aquí, el sujeto aprende a percibir de manera apropiada los valores de los parámetros situacionales relevantes; a procesar dichos valores para dar origen a respuestas potenciales adaptativas; a seleccionar la respuesta más asertiva y enviarla de manera tal, que extienda la probabilidad de alcanzar el objetivo que desencadenó la comunicación interpersonal (caballo, 2000).

Por otro lado, Del Prette y Del Prette (2002), suponen la existencia de otro elemento:

-Detención del pensamiento: según Del Prette y Del Prette (2002), esta técnica se considera característica del autocontrol y está indicada para modificar toda clase de pensamientos que obstaculizan el desempeño interpersonal, a su vez, se torna necesario facilitar al sujeto la adquisición de pensamientos adaptativos y, proponen que la técnica está basada en una secuencia de pasos que, en síntesis, son los siguientes:

- A. listado de pensamientos que interfieren en su desempeño interpersonal.
- B. evaluación del grado de influencia de los mismos, en las relaciones sociales.
- C. clasificación de las conductas evaluadas con base a su contenido o en las situaciones.
- D. se le solicita que cierre sus ojos, imagine la situación y mencione en voz alta los

pensamientos listados en el primer paso, al comienzo de la segunda palabra de cada pensamiento el terapeuta expresa: ¡Pare! E. verificación de la interrupción y repetición de los últimos dos pasos para afianzar los resultados. F. transferencia del control de la interrupción de pensamiento al participante (quien también deberá expresar: ¡Pare!). G. por último, el participante repite la secuencia mentalmente.

Finalmente, Caballo (2000), coincide con Lange (1981, Citado en Caballo, 2000) en que las etapas del entrenamiento de las habilidades sociales son cuatro: 1) Desarrollar un sistema de creencias, donde se conserve el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los otros. 2) La posibilidad de diferenciar entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas. 3) Reestructurar cognitivamente la manera de pensar en ciertas situaciones. 4) Ensayar conductualmente las respuestas asertivas en situaciones específicas.

Cabe subrayar que, los autores destacan que dichas etapas no son exclusivamente sucesivas, sino que, se readaptan y modifican de diferentes maneras, ajustándolas a la necesidad o a los objetivos propuestos para la intervención.

EL TALLER COMO UNA HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN

El taller se utiliza y aplica en diferentes ámbitos, Ander-Egg (1991) propone concebirlo como una instancia de enseñanza-aprendizaje; un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado; se trata de una forma de enseñar, pero sobre todo de aprender mediante la realización de algo, que es llevado a cabo conjuntamente, es decir, aprender haciendo en grupo. De allí, que es una metodología participativa, ya que se enseña y se aprende a través de experiencias conjuntas, en las que todos están implicados e involucrados como sujetos/agentes, para esto es necesario reeducar el aprendizaje hacia la participación activa, desarrollando actitudes y

comportamientos participativos. Al mismo tiempo, Ander-Egg (1991) expresa que la relación entre coordinadores y participantes queda establecida en la realización de una tarea en común, esto supone el quiebre de relaciones dicotómicas jerarquizadas por el criterio de producción grupal; en el taller deben definirse roles, el coordinador tiene una tarea de animador, estímulo, orientación, asesoría y asistencia técnica; los participantes, se insertan en el proceso pedagógico como sujetos de su propio aprendizaje, con la apoyatura teórica y metodológica que los talleristas puedan proveer.

Por otro lado, Cuberes (1991) se refiere al taller como un tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización; como síntesis del pensar, el sentir y el hacer; como el lugar para la participación y el aprendizaje; una zona, en donde, a través de la interacción de los participantes, confluyen sentimientos, pensamientos y acción; comprende al taller como un lugar de manufactura y mentefactura, ya que, puede convertirse en el espacio del vínculo, la participación, la comunicación y, por ende, espacio de producción social de objetos, hechos y conocimientos.

CAPÍTULO 7

PLAN DE INTERVENCIÓN

“TALLER PSICOEDUCATIVO DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES, DIRIGIDO A PACIENTES ALCOHÓLICOS DE HD”

ACTIVIDADES

El dictado del taller, se llevará cabo durante seis encuentros, con una frecuencia temporal de un encuentro por semana, los días lunes, durante aproximadamente un mes y medio. El mismo, se desarrollará dentro de las instalaciones del dispositivo de Salud Mental, “Hospital de Día”. El tiempo estimado para los encuentros es de 120 minutos aproximadamente, compuestos de dos o tres actividades cada uno. Por cuestiones técnicas y teóricas, el taller comprende una dinámica grupal, con capacidad para incluir a doce participantes como máximo. Las dinámicas técnicas propuestas para cada encuentro, responden a los objetivos específicos formulados para el taller, en efecto, su ubicación y desarrollo se encuentran a favor del logro de los mismos. Por otro lado, la lógica que subyace al taller, supone un aprendizaje escalonado, bajo la premisa del “aprender haciendo”, por lo que, durante todos los encuentros se enfatizará en la integración de los conocimientos previos, a fin de logra la asimilación de los mismos, en tanto que, será indispensable que el coordinador indique a los participantes la importancia de su participación activa y comprometida.

ENCUENTRO N°1

El siguiente encuentro dispone de tres dinámicas de trabajo.

Tema: Presentación y Configuración de Encuadre.

Objetivo: Promover la integración de todos los miembros del grupo, para lograr una participación activa e instaurar un clima cálido y fraternal.

ACTIVIDAD N°1: “UN CAMINO A COMPARTIR”

Materiales: 12 sillas; 1 pizarra; 3 marcadores (rojo, verde, negro).

Técnicas: Presentación; Psicoeducación; Exposición Oral.

Duración: 25 minutos aprox.

Instrucciones

- La apertura del taller comienza con la presentación del psicólogo coordinador y su equipo (máximo dos colaboradores).

- Se realiza una breve introducción conceptual sobre la propuesta del taller, abordando los elementos básicos de las Habilidades Sociales, por medio de una exposición oral y una pizarra como soporte visual y pedagógico.

- Por último, informar acerca de los objetivos del taller y establecer las variables del encuadre: cantidad de encuentros; día; hora; lugar; asunción de roles; confidencialidad; compromiso a asumir por parte de ambos (los participantes y el equipo). Luego se da paso a la fase de Caldeamiento (Caballo, 2000).

ACTIVIDAD N°2: “EL CÁLIZ DORADO DE LAS EXPECTATIVAS”

Materiales: 12 sillas; 1 copón de plástico forrado (o pintado) de dorado; 1 tijera; 1 marcador; 1 hoja A4.

Técnicas: Presentación; Caldeamiento (Caballo, 2000); Debate colectivo.

Duración: 50 minutos aprox.

Instrucciones

- Solicitar a los participantes que se ubiquen en ronda. Luego el coordinador presenta un copón dorado que representará todas las expectativas del grupo ante el taller y, se explica la dinámica: el copón irá pasando por todos los integrantes hasta llegar nuevamente al coordinador, cada uno deberá expresar su nombre; edad y expectativas sobre el taller.

- El coordinador será el primero en sostener el “Cáliz Dorado”, funcionando a modo de ejemplo, al mismo tiempo, mientras se va desarrollando la actividad, uno de los colaboradores escribirá en una hoja, todas las expectativas que van surgiendo y, al finalizar, las coloca dentro del copón.

- Una vez finalizado el recorrido del “Cáliz Dorado”, se propone un debate reflexivo sobre las expectativas más significativas y recurrentes que surgieron durante la actividad; el coordinador utiliza la pizarra como soporte visual, para reorganizar y enfatizar elementos claves (Información que será retomada en el encuentro siguiente).

- Realizar el cierre de la actividad, manifestando la representatividad y el significado de responsabilidad; motivación; sentido de pertenencia; y compromiso que simbolizará el “Cáliz Dorado” durante todo el taller. Por último, solicitar a los participantes que seleccionen a un integrante del grupo para responsabilizarse del copón y volver a traerlo en el encuentro siguiente, dinámica que será rotativa durante los encuentros.

ACTIVIDAD N°3: “PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO I”

Materiales: 12 sillas; 1 mesa grande; 12 hojas A4; 6 revistas para recortar; 6 tijeras; 2 plasticolas; 1 cinta adhesiva; 2 cajas de lápices de colores; 2 cajas de fibras de colores.

Técnicas: Lluvia de ideas; collage en papel; puesta en común.

Duración: 45 minutos aprox.

Instrucciones

- Solicitar a los participantes que se agrupen en pareja y, una vez ubicados, explicar la dinámica que consistirá en: recapitular con el compañero los elementos más significativos abordados durante las actividades, creando una especie de síntesis o resumen del encuentro en general y, luego expresarlos en un dibujo; frase; palabras; imágenes; o en una canción.

- El coordinador junto a su equipo, entregan los materiales al grupo para comenzar con la actividad, remarcando que no existen producciones buenas ni malas, sino que, lo importante es el contenido simbólico de las mismas.

- Luego de transcurrir 30 minutos aprox. de actividad, el coordinador pide a las parejas que expongan en breves palabras las producciones realizadas.

- Al finalizar la exposición, los colaboradores reúnen las producciones y las colocan en una carpeta. Paralelamente, el coordinador declara que, en todos los encuentros se realizará un resumen de las vivencias experimentadas y los temas abordados, los cuales, serán colocados y archivados en un “portafolio”, remarcando que el mismo será propiedad privada del grupo, además, se les informa que podrán proponer el nombre del “portafolio”.

- Para finalizar la actividad, el coordinador invita al grupo a seleccionar un miembro para que sea el responsable de llevar el portafolio y traerlo al encuentro siguiente, dinámica que será rotativa durante los encuentros.

- Por último, el coordinador y su equipo realizan el cierre del encuentro, validando al grupo por su participación y predisposición, por medio de reforzamiento positivo.

ENCUENTRO N°2

El siguiente encuentro consta de tres dinámicas de trabajo.

Tema: Derechos Interpersonales y Habilidades Sociales Básicas.

Objetivo: Concientizar a los participantes sobre los derechos propios y ajenos e instruirlos en las habilidades sociales básicas.

ACTIVIDAD N°1: “MIS DESEOS, MIS DERECHOS, MIS LÍMITES”

Materiales: 12 sillas; 1 pizarra; 3 marcadores (rojo, verde, negro); 12 hojas de derechos.

Técnicas: Psicoeducación; exposición oral; puesta en común; Restructuración Cognitiva (caballo, 2000); debate colectivo.

Duración: 60 minutos aprox.

Instrucciones

- Retomando lo trabajado en el encuentro anterior, el coordinador invita a los participantes a leer las expectativas depositadas dentro del “Cáliz Dorado” (si ninguno de los participantes sabe leer, el coordinador y su equipo lo harán), a partir de allí, se les solicita pensar colectivamente 3 objetivos a corto, mediano y largo plazo, que desearían cumplir con el entrenamiento en habilidades sociales (EHS). Paralelamente el coordinador los escribe en la pizarra, como apoyatura visual.

- Luego el coordinador realiza una exposición oral, utilizando la pizarra como soporte pedagógico, acerca de los cambios que pueden producirse a nivel personal e interpersonal, si se lleva a cabo el EHS, entre ellos: ampliar el repertorio de conductas, repercutiendo positivamente en diversas situaciones de la vida cotidiana, teniendo más alternativas que caer en la estereotipia y el consumo y; la posibilidad, a través de diferentes técnicas, de alcanzar relaciones interpersonales más satisfactorias en todos los ámbitos de la vida, logrando afrontar de manera más apropiada, situaciones como el craving o aquellas que produzcan altos niveles de ansiedad.

- El coordinador debe remarcar que, desarrollar tales habilidades implica por parte de los participantes, la intención de cambiar, participación activa, motivación y compromiso durante el entrenamiento. También se debe aclarar que las técnicas son sencillas y el tiempo de duración del taller no es largo.

- Durante esta etapa de instrucción, el coordinador junto a su equipo, deben estar constantemente abiertos a las dudas y preguntas del grupo, en efecto, la terminología a utilizar debe ser clara, pertinente y concreta.

- En función de las conceptualizaciones de Caballo (2000), se recomienda comenzar enseñando a los participantes que, en el caso particular de las adicciones, los sujetos suelen verse envueltos en creencias irracionales que llevan a que el consumo se naturalice en sus vidas de tal forma que, se crea indispensable para poder relacionarse eficazmente, sin evidenciar que, en realidad es el consumo mismo quien está manejando sus vidas y, añadir que en este caso, el entrenamiento les servirá para poder reemplazar el alcohol por habilidades que no generen consecuencias negativas en él, ni a su entorno.

- A continuación, el coordinador procede a exponer los Derechos Interpersonales, lo que para Caballo (2000), forma parte de una de las habilidades

básicas principales, para ser una persona socialmente habilidosa. Al inicio del tema, los colaboradores entregarán a los participantes una hoja donde figuran los derechos interpersonales, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, (Kelley, 1979; Citado en Caballo, 2000) entre ellos: Derecho de ser tratado con respeto y dignidad; Derecho de tener opiniones y expresarlas; Derecho de estar solo cuando se lo desee; Derecho de experimentar y expresar los sentimientos propios; Derecho de tener necesidades propias y satisfacerlas; Derecho de rechazar pedidos cuando se lo considere conveniente; Derecho de cometer errores por ignorancia y de intentar reparar el daño ocasionado; Derecho de hacer cosas mientras los derechos de otros no sean violados.

- Una vez terminada la fase de instrucción, solicitar a los participantes que, de la lista de derechos, reconozcan tres que se respeten con menor frecuencia y seleccionen uno, para describir una situación concreta en la vida cotidiana, en el que, el mismo no es respetado por el contexto del participante.

- Al finalizar, el coordinador los invita a exponer la situación seleccionada, con el fin de debatir y reflexionar colectivamente sobre posibilidades o tipos de soluciones alternativas para lograr que esos derechos se cumplan, considerando los elementos adquiridos en la fase instructiva.

ACTIVIDAD N°2: “ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES”

Materiales: 12 sillas; 1 pizarra; 3 marcadores (rojo, verde, negro); 12 anotadores; 12 lapiceras.

Técnicas: Psicoeducación; Reestructuración Cognitiva (caballo, 2000); Instrucciones (Del Prette y Del Prette, 2002); Modelado (Caballo, 2000); Retroalimentación/Feedback (Del Prette y Del Prette, 2002)

Duración: 45 minutos aprox.

Instrucciones

- Continuando con las bases teóricas de Caballo (2000) y Del Prette y Del Prette (2002), se considera la comunicación verbal y no verbal como elementos básicos de la habilidad social, por lo tanto, en función de lo trabajado en la dinámica anterior, el coordinador solicita la disposición de dos participantes, para realizar un role play representando una de las situaciones concretas seleccionadas, en la que se ha reconocido un derecho no respetado por parte del contexto del participante y, se les indicará que utilicen esta situación para establecer una conversación.

- Mientras los colaboradores asisten a los participantes que realizarán el role play, a entrar en situación, el coordinador indica al resto del grupo, que observen con atención todos los elementos de la interacción, enfatizando aquellos que se ponen en juego durante la conversación.

- Luego el coordinador se dirige a todos los participantes explicando brevemente la dinámica de la actividad, la cual consiste en: detener la interacción del role play en momentos claves; instrucción de elementos básicos de las habilidades sociales; reanudar la interacción, bajo las instrucciones e indicaciones abordadas. Paralelamente, se les informa que los colaboradores les entregarán anotadores y lapiceras para tomar nota (los colaboradores, preguntarán a cada uno en particular si saben escribir, debe hacerse de forma discreta, si el participante no sabe, los colaboradores lo asistirán en las notas).

- A medida que se va desarrollando la dinámica, el coordinador irá deteniendo la conversación expresando ¡alto!, momento en el cual, se instruirá a los participantes acerca de la implicancia de la mirada en la interacción social, respetando nuevamente,

la utilización de terminología clara, pertinente y concreta, al mismo tiempo que, la apertura ante las dudas y preguntas del grupo.

- Bajo la misma dinámica, el coordinador detiene la interacción del role play, para instruir a los participantes acerca de la implicancia de los gestos y la expresión facial en la interacción social.

- Luego, bajo la misma dinámica, se los instruirá acerca de las implicancias de la postura corporal; distancia/proximidad y; el contacto corporal en la interacción social.

- Continuando con esta modalidad, además de instruir en las habilidades sociales mencionadas, se abordará la implicancia de todas aquellas que lo requieran, considerando las bases teóricas y técnicas fundamentadas bajo el marco teórico que sustenta el presente Plan de Intervención.

- Al finalizar la fase instructiva y de modelado, el coordinador solicita nuevamente la colaboración de dos participantes, para llevar a cabo una conversación no estructurada, considerando la instrucción y las indicaciones abordadas. Por otro lado, pedir al resto del grupo que, observe con atención los componentes que se ponen en juego en la interacción.

- Luego, el coordinador, pregunta al grupo cuáles de los componentes enseñados, consideran que fueron empleados adecuadamente por los participantes y cuáles no, habilitando una discusión reflexiva sobre el tema.

- Se les solicitará tarea para el hogar, la cual consistirá en, poner en práctica lo abordado en la actividad: durante el desayuno, el almuerzo o la cena, utilizar los componentes enseñados con un miembro de la familia o una persona de su entorno próximo.

- Por último, el coordinador realiza el cierre de la dinámica ofreciendo reforzamiento positivo sobre los logros y, retroalimentación correctiva acerca de la ejecución. Ambos serán proporcionados respetando la utilización de terminología clara, pertinente y concreta.

ACTIVIDAD N°3: “PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO II”

Materiales: 12 sillas; 1 mesa grande; 12 hojas A4; 6 revistas para recortar; 6 tijeras; 2 plasticolas; 1 cinta adhesiva; 2 cajas de lápices de colores; 2 cajas de fibras de colores.

Técnica: Debate reflexivo; lluvia de ideas; collage en papel; puesta en común.

Duración: 40 minutos aprox.

Instrucciones

- Tal como se señaló en el primer encuentro, la dinámica del “Portafolio” se realizará al finalizar todos los encuentros, por lo tanto, esta actividad es la continuación de la actividad N°3 del primer encuentro. Dentro las funciones de la misma, se destacan: la función de reforzar y consolidar los temas y conocimientos abordados; instaurar el sentido de pertenencia; favorecer la motivación de los participantes; promover la inclusión y la participación activa; entre otros. Al mismo tiempo, es posible considerarlo como un compendio de la evolución del taller.

- Las instrucciones serán las mismas que la actividad N°3 del primer encuentro, aunque en este caso, el comienzo de la misma iniciara con la revisión y reelaboración de los objetivos a corto, mediano y largo plazo, establecidos al inicio del encuentro. El coordinador solicita a los participantes que, considerando los temas abordados durante las actividades, reflexionen y debatan su reelaboración, para luego ser depositados dentro del “Cáliz Dorado”. Luego la dinámica continua con las mismas indicaciones.

-Una vez finalizada la actividad y seleccionado el participante responsable del “Portafolio”, el coordinador debe recordarles la tarea para el hogar y, para concluir el encuentro, realizará un reforzamiento positivo al grupo por los logros adquiridos durante el encuentro.

ENCUENTRO N°3

El siguiente encuentro dispone de dos dinámicas de trabajo.

Tema: Retroalimentación/ Feedback y Reforzamiento Positivo.

Objetivo: Promover el aprendizaje acerca de, ejecutar y recibir feedback y reforzamiento positivo.

ACTIVIDAD N°1: “APUNTALAMIENTO RECÍPROCO”

Materiales: 12 sillas; 1 pizarra; 3 marcadores (rojo, verde, negro); 12 listas de adjetivos descriptivos.

Técnicas: Psicoeducación; Restructuración Cognitiva (caballo, 2000); Instrucciones (Del Prette y Del Prette, 2002); Retroalimentación/Feedback (Del Prette y Del Prette, 2002); Reforzamiento Positivo (Caballo, 2000); diálogo-discusión; Tarea para el Hogar (Caballo, 2000).

Duración: 90 minutos aprox.

Instrucciones

- El coordinador junto a su equipo, realizan la apertura del encuentro, consultando sobre la tarea para el hogar indicada en el encuentro anterior; Luego se invita a un participante como voluntario, para leer los objetivos (a corto, mediano y largo plazo) reelaborados en el encuentro anterior, depositados dentro del “Cáliz

Dorado”, a fin de, comenzar el encuentro motivando al grupo hacia una participación activa y comprometida.

- La apertura de la dinámica propuesta, comienza con una instrucción, por parte del coordinador, acerca del Feedback y el Reforzamiento Positivo. Nuevamente, cabe recordar que, durante ésta y todas las etapas de instrucción, el coordinador junto a su equipo, deben estar constantemente abiertos a las dudas y preguntas del grupo, en efecto, la terminología a utilizar debe ser clara, pertinente y concreta.

- El coordinador durante la instrucción, dentro de los elementos conceptuales seleccionados para la misma, debe destacar la importancia de: los elementos adquiridos durante los encuentros anteriores, ya que, serán necesarios para ser asertivos en la realización del feedback y el reforzamiento positivo; generalmente son aplicados para motivar a las personas a realizar determinadas conductas con placer y mejor dominio, es decir, que pueden interpretarse como, una forma de transmitir información de conductas deseables en los demás; una de las funciones que cumple el feedback positivo, es incrementar la satisfacción de un sujeto cuando su conducta fue apropiada; aprender a ejecutarlos es tan importante como aprender a recibirlos, por ende, la persona que proporciona feedback y reforzamiento, debe estar abierta a escuchar a los demás, ya que, también sirve para corregir conductas no apropiadas, teniendo en cuenta que, el que lo recibe seguramente estará a la defensiva de su propia conducta; llevarlos a cabo es una de las maneras más eficaces de solucionar problemas interpersonales, ya que, entre otras cosas, si no se sabe comunicar al otro que no está haciendo lo que la persona quiere, el otro no va a cambiar; en general el feedback y reforzamiento positivo son utilizados para suministrar información a un otro, acerca de la actividad o conducta realizada, de esta manera, favorece el aumento de los puntos fuertes de la persona en cuestión y el mejoramiento de los débiles; siempre considerar

que, en los procesos de feedback y reforzamiento (positivo/negativo) se ponen en juego sentimientos, percepciones y emociones de las personas involucradas.

- Una vez finalizada la fase de instrucción, el coordinador solicita a los participantes que se agrupen en pareja; luego les indica que: considerando los conocimientos abordados en la instrucción anterior, más los adquiridos durante los encuentros anteriores, principalmente aquellos referidos a los componentes básicos de una buena interacción-conversación, se les pide que establezcan una conversación, en la que se ejecute y se reciba feedback y reforzamiento positivo.

- Paralelamente, los colaboradores repartirán a cada pareja un listado de adjetivos descriptivos, los cuales, serán la base de la interacción-conversación.

- El coordinador indica a los participantes que, dentro de un tiempo estimado (15 minutos aprox.) seleccionen 3 adjetivos de la lista, aquellos que supongan que mejor representan a su compañero y, utilizarlos para desarrollar el feedback y el reforzamiento positivo.

- Una vez que los participantes entran en situación, los colaboradores colocan dos sillas enfrentada entre sí, delante del grupo; luego el coordinador solicita que las parejas dramaticen el feedback y el reforzamiento positivo por medio de un role play; también les indica que, durante la exposición, el resto del grupo debe observar atentamente el desarrollo de la misma y los elementos que van surgiendo, para luego realizar una retroalimentación grupal sobre lo trabajado. Para lograr una mayor productividad en la práctica, las ansiedades de tipo paranoide y esquizoide (esperables en tales situaciones) deben ser controladas y modeladas, respetando los ritmos lógicos, cronológicos y psíquicos de cada uno, en efecto, no debe forzarse la participación de ningún miembro del grupo.

- Al finalizar cada exposición, el coordinador indaga brevemente a la pareja en cuestión, sobre cómo se sintieron al dar y recibir feedback y reforzamiento positivo; lo esperable es que los sentimientos, emociones y sensaciones disparadas durante su desarrollo, hayan sido satisfactorias y dentro del orden del placer, por lo que, se les indica que atesoren ese estado, a fin de convertirlo en una respuesta alternativa en contra de la conducta adictiva, es decir, con el objetivo de incorporar un nuevo recurso y/o herramienta, a los fines de lograr atenuar y/o disminuir la respuesta adictiva directa (tema que será instruido durante el cierre de la dinámica).

- Luego de la fase práctica, es decir, al finalizar la presentación de los role play, el coordinador habilita la apertura de un debate sobre lo experimentado durante toda la dinámica, a los fines de lograr una retroalimentación grupal positiva. Al mismo tiempo, se habilitan dudas, preguntas e indicaciones, por parte del grupo hacia el coordinador y su equipo.

- Seguido del debate colectivo, el coordinador propone como tarea para el hogar: pensar (y los que lo deseen, escribir) cómo contribuiría el saber recibir y dar Feedback positivo, en la lucha en contra de su adicción y, en qué lo favorecería en su vida cotidiana e interpersonal. Además, ejecutar Feedback y Reforzamiento Positivo a tres personas de su círculo interno e identificar el estado emocional y las cogniciones disparadas durante su ejecución y después de la misma.

- Por último, el coordinador realiza el cierre de la dinámica, validando al grupo por su predisposición y participación activa, ofreciendo reforzamiento positivo sobre los logros adquiridos y, retroalimentación correctiva acerca de la ejecución. Ambos serán proporcionados respetando la utilización de terminología clara, pertinente y concreta.

ACTIVIDAD N°2: “PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO III”

Materiales: 12 sillas; 1 mesa grande; 12 hojas A4; 6 revistas para recortar; 6 tijeras; 2 plasticolas; 1 cinta adhesiva; 2 cajas de lápices de colores; 2 cajas de fibras de colores.

Técnica: Debate reflexivo; lluvia de ideas; collage en papel; puesta en común.

Duración: 30 minutos aprox.

Instrucciones

- Continuación de la actividad “Portafolio: mío, tuyo, nuestro”.
- Una vez finalizada la dinámica y seleccionado el participante responsable del “Portafolio”, el coordinador debe recordarles la tarea para el hogar y, para concluir el encuentro, realizará un reforzamiento positivo al grupo, por los logros adquiridos durante el encuentro.

ENCUENTRO N°4

El siguiente encuentro dispone de dos dinámicas de trabajo.

Tema: Conducta Asertiva (CA).

Objetivo: Promover la identificación y diferenciación de conductas asertivas, conductas agresivas y conductas no asertivas.

ACTIVIDAD N°1: “UN MODO MEJOR DE ESTAR Y SER SIENDO CON EL OTRO”

Materiales: 12 sillas; 1 pizarra; 3 marcadores (rojo, verde, negro), 12 tarjetas de semáforos; 12 planillas de Registro de Conducta.

Técnicas: Psicoeducación; Restructuración Cognitiva (caballo, 2000); Instrucciones (Del Prette y Del Prette, 2002); Retroalimentación/feedback (Del Prette y Del Prette, 2002); debate reflexivo; Tarea para el Hogar (Caballo, 2000).

Duración: 90 minutos aprox.

Instrucciones

-La apertura del encuentro, se realiza retomando la tarea para el hogar indicada en el encuentro anterior; el coordinador propone a los participantes que compartan su experiencia con el grupo, comunicándose bajo los elementos aprendidos hasta el momento.

- Luego se invita a un participante como voluntario, para leer los objetivos (a corto, mediano y largo plazo) depositados dentro del “Cáliz Dorado”, a fin de, comenzar el encuentro motivando al grupo hacia una participación activa y comprometida.

- Una vez finalizada la fase de apertura del encuentro, el coordinador da inicio a la dinámica propuesta, por medio de una instrucción acerca de la Asertividad y la Conducta Asertiva (CA). Nuevamente, cabe recordar que, durante ésta y todas las etapas de instrucción, el coordinador junto a su equipo, deben estar constantemente abiertos a las dudas y preguntas del grupo, en efecto, la terminología a utilizar debe ser clara, pertinente y concreta.

- El coordinador durante la instrucción, bajo los lineamientos teóricos de Caballo (2000) y Del Prette y Del Prette (2002), dentro de los elementos conceptuales seleccionados para la misma, debe destacar la importancia de: la incorporación de los elementos adquiridos durante los encuentros anteriores; la conducta asertiva se puede aprender y entrenar; una persona asertiva posee una comunicación clara, directa y

empática, lo que la lleva a poseer ventajas interpersonales, ya que, implica tener respeto por los derechos y necesidades, tanto propias como ajenas; la conducta asertiva es opuesta a la respuesta adictiva y, si se logra asimilar como una habilidad naturalizada, puede convertirse en un recurso más para atenuar y/o disminuir la conducta adictiva; la CA se manifiesta a través de la expresión directa de sentimientos, opiniones, derechos y necesidades, considerando siempre el respeto por los derechos ajenos; incorpora elementos verbales y no verbales (realizar una breve recapitulación de lo trabajado en los encuentros anteriores, a fin de integrar los conocimientos previos); la CA integra otros conceptos tales como: Oposición Asertiva (habilidad para transmitir una respuesta asertiva de oposición, hacia una conducta o comentario que no se acepta de un otro, con el fin de lograr una respuesta más aceptable en el futuro), Aceptación Asertiva (capacidad para expresar calidez, cumplidos, sentimientos personales y elogios, en ocasiones en las que estas conductas sean justificadas), Conducta no Asertiva (déficits en tolerar y respetar las opiniones ajenas, las necesidades y los derechos propios, importa el agrandar y complacer a los demás, las personas en las que priman este tipo de conductas, poseen pensamientos y sentimientos asociados a cogniciones autoderrotistas, habitualmente expresados a manera de disculpas y, carecen de una buena autoestima y autoeficacia, por lo que, frecuentemente esta conducta es utilizada para evitar conflictos, en efecto, también es reconocida como conducta o comunicación pasiva), Conducta Agresiva (modo de expresar y defender de manera no apropiada, directa o indirectamente pensamientos, derechos, opiniones y sentimientos, transgrediendo los derechos ajenos, generalmente esta conducta genera un clima de tensión y persecución en los demás, por lo que, se tiende a evitar el contacto con el mismo).

- Una vez finalizada la fase de instrucción, el coordinador explica la dinámica de la actividad, la cual, consiste en: cada participante dispondrá de tres tarjetas de color

rojo, verde y amarillo, a las que se denominarán “tarjetas semáforo” (serán distribuidas por los colaboradores durante el desarrollo de la indicación), las mismas representan las conductas instruidas anteriormente: conducta asertiva (verde), conducta no asertiva (amarillo) y conducta agresiva (rojo). Luego se expondrán una serie de situaciones, en las que se plantean las distintas conductas desarrolladas; seguido de cada presentación, los participantes deberán identificar el tipo de conducta que representa la situación planteada y levantar, al mismo tiempo, la tarjeta semáforo que la simboliza.

- Las situaciones en cuestión, serán dramatizadas por los colaboradores a través de un role play estructurado; a continuación, se presentarán dos ejemplos de la estructura de las mismas:

SITUACIÓN 1: dos amigos quedan en cenar en su lugar de siempre, pero uno de ellos lleva una hora retrasado y, cuando llega, el otro se encuentra cansado y con ganas de dormir, entonces le dice:

* Siéntate y pidamos algo. (No asertiva)

* Sos un caradura, cómo vas a llegar tan tarde, es la última vez que nos juntamos a cenar. (Agresiva)

* Hace más de una hora que te estoy esperando. Me hubiera gustado que llamaras para avisarme que llegabas tarde. (Asertiva).

SITUACIÓN 2: Ayer compraste un pantalón y, hoy cuando te lo pusiste, observaste que el botón estaba descosido. Entonces, te diriges al comercio donde lo compraste y, le dices al vendedor lo que pasó. Este te responde “lo puedes arreglar vos mismo”, entonces le contestas:

*Está bien, pero prefiero que lo cambies por otro pantalón. (Asertiva)

*Está bien, Hasta luego. (No Asertiva)

*Cámbialo ya! ¡Que te crees, que soy un costurero! (Agresiva)

- Seguido de esta actividad, el coordinador propone al grupo, pensar una situación concreta de la vida cotidiana, en la que hayan actuado de forma asertiva, agresiva y no asertiva; luego, seleccionar una de ellas para exponerla grupalmente y trabajar sobre ellas, por medio de instrucciones, retroalimentación e indicaciones, poniendo en juego los conocimientos incorporados hasta el momento, durante los encuentros.

- Al finalizar las exposiciones, el coordinador habilita un debate reflexivo en torno a lo experimentado durante la dinámica desarrollada, a fin de lograr una retroalimentación grupal positiva. Al mismo tiempo, se habilitan dudas, preguntas e indicaciones, por parte del grupo hacia el coordinador y su equipo.

- Seguido del debate colectivo, el coordinador propone como tarea para el hogar: reconocer situaciones concretas en la vida diaria (principalmente aquellas asociadas a su adicción como disparador), en las que, se hayan presentado los diferentes tipos de conductas desarrolladas anteriormente y, reconocer e identificar: pensamiento(s) respecto de la situación; emoción(es) percibida; conducta ejecutada; sentimiento(s) experimentado ante la conducta y; reacción de la otra persona(s). Para luego ser trabajadas en el encuentro siguiente. Durante las indicaciones, los colaboradores distribuirán las planillas de registro para poder facilitar la actividad.

- Por último, el coordinador realiza el cierre de la dinámica, validando al grupo por su predisposición y participación activa, ofreciendo reforzamiento positivo sobre los logros adquiridos y, retroalimentación correctiva acerca de la ejecución. Ambos serán proporcionados respetando la utilización de terminología clara, pertinente y concreta.

ACTIVIDAD N°2: “PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO IV”

Materiales: 12 sillas; 1 mesa grande; 12 hojas A4; 6 revistas para recortar; 6 tijeras; 2 plasticolas; 1 cinta adhesiva; 2 cajas de lápices de colores; 2 cajas de fibras de colores.

Técnica: Debate reflexivo; lluvia de ideas; collage en papel; puesta en común.

Duración: 30 minutos aprox.

Instrucciones

- Continuación de la actividad “Portafolio: mío, tuyo, nuestro”.

- Una vez finalizada la dinámica y seleccionado el participante responsable del “Portafolio”, el coordinador debe recordarles la tarea para el hogar y, para concluir el encuentro, realizará un reforzamiento positivo al grupo, por los logros adquiridos durante el encuentro.

ENCUENTRO N°5

El siguiente encuentro dispone de dos dinámicas de trabajo.

Tema: Manejo Asativo de Sentimiento y Emociones.

Objetivo: Promover el reconocimiento y la comunicación de sentimientos y emociones.

ACTIVIDAD N°1: “ESQUEMA DICES”

Materiales: 12 sillas; 1 pizarra; 3 marcadores (rojo, verde, negro); 12 “ESQUEMA DICES”; 6 hojas de dramatizaciones para role play.

Técnicas: Psicoeducación; Restructuración Cognitiva (caballo, 2000); Instrucciones (Del Prette y Del Prette, 2002); Retroalimentación/feedback (Del Prette y Del Prette, 2002); role play; debate reflexivo; Tarea para el Hogar (Caballo, 2000).

Duración: 90 minutos aprox.

Instrucciones

- La apertura del encuentro, se realiza invitando a un participante como voluntario para leer los objetivos (a corto, mediano y largo plazo) depositados dentro del “Cáliz Dorado”, a fin de, comenzar el encuentro motivando al grupo hacia una participación activa y comprometida.

- Luego, se retoma la tarea para el hogar indicada en el encuentro anterior; el coordinador propone a los participantes que compartan su experiencia grupalmente, comunicándose bajo los elementos aprendidos hasta el momento, enfatizando sobre las emociones y los sentimientos identificados.

- Una vez finalizada la fase de apertura del encuentro, el coordinador da inicio a la dinámica propuesta, por medio de una instrucción acerca de los sentimientos y las emociones puestas en juego en las relaciones interpersonales e intrapersonales, acentuando la instrucción sobre, la expresión de molestias, disgustos, desagradados y el afrontamiento de las críticas. Dicha fase, cuenta con un basamento teórico en las conceptualizaciones propuestas principalmente por Caballo (2000) y Del Prette y Del Prette (2002), las cuales, como en todas las instancias de instrucción, son desarrolladas de tal forma que sean accesibles a la comprensión de todos los participantes del taller, en efecto, cabe recordar que, la terminología a utilizar debe ser clara, pertinente y concreta, al mismo tiempo que, el coordinador junto a su equipo, deben estar constantemente abiertos a las dudas y preguntas del grupo.

- Por último, se los instruirá sobre la estrategia “ESQUEMA DICES”, la cual, es una modificación de la estrategia llamada “DESC”, planteada por Bower y Bower

(1976, Citado en Caballo, 2000), siendo su objetivo general, el reconocimiento y la expresión asertiva de sentimientos negativos, la misma se compone de cuatro pasos:

DESCRIBIR: la conducta que la otra persona hace que cause molestia en términos objetivos, como son el momento, el lugar y la frecuencia en que la conducta es llevada a cabo. Aquí se describe la actuación, no el motivo. Se puede comenzar con: “cuando yo...”, “cuando vos...”.

EXPRESAR: los sentimientos y cogniciones (pensamientos) referidos a la conducta que causa el problema de forma positiva afirmativa, como si se dirigieran a lograr algo. Se debe concentrar en la conducta problema y no en la persona y, expresarse con calma. Aquí se puede comenzar con: “me siento...”, “pienso...”.

ESPECIFICAR: en forma breve, el cambio de conducta que se desea que el otro cumpla. Se deben pedir cambios que no se excedan, para que la otra persona no sufra pérdidas. Se debe preguntar si está de acuerdo y cuál es la conducta que se dispone a cambiar, para llegar al acuerdo. Para comenzar se puede utilizar: “me gustaría...”, “preferiría...”, “quisiera...”.

CONSECUENCIAS POSITIVAS: las cuales se señalan y se expresan, para que el otro pueda ver qué sucedería si accede a cambiar. Las negativas también se expresan, aunque, sólo en caso de ser necesario. Para comenzar se puede expresar: “si haces...” o “si no haces...”.

- Al finalizada la fase de instrucción, los colaboradores distribuirán un “ESQUEMA DICES” a cada participante; luego el coordinador solicita a los participantes que se agrupen en pareja; a partir de allí, los colaboradores distribuirán a cada pareja una situación para dramatizar por medio de un role play; las mismas, representarán diversas situaciones concretas, percibidas como molestas y negativas de

la vida diaria, de las cuales se desearía cambiar; algunas de ellas, asociadas a su conducta adictiva.

- Una vez en situación, el coordinador solicita a las parejas que expongan la dramatización, considerando la fase instructiva anterior y los elementos asimilados durante los encuentros anteriores; luego el coordinador indica al grupo que, durante su estado de espectador, atiendan atentamente a los elementos que se ponen en juego y propongan posibles respuestas y soluciones alternativas, por medio de retroalimentación-feedback positiva y reforzamiento positivo; al mismo tiempo, al finalizar cada role play, se desarrollara colectivamente un “ESQUEMA DICES”, entrono a la dramatización.

- Al finalizar las exposiciones, el coordinador habilita un debate reflexivo en torno a lo experimentado durante la dinámica desarrollada, a fin de lograr una retroalimentación grupal positiva. Al mismo tiempo, se habilitan dudas, preguntas e indicaciones, por parte del grupo hacia el coordinado y su equipo.

- Seguido del debate colectivo, el coordinador propone como tarea para el hogar: reconocer y registrar diariamente, las situaciones percibidas emocional y cognitivamente negativas y ansiógenas bajo las condiciones del “ESQUEMA DICES”, por medio de un Registro Conductual, el cual, será entregado por los colaboradores al momento de la instrucción (por parte del coordinador) acerca de cómo desarrollar y llevar a cabo dicho registro.

- Por último, el coordinador y su equipo realizan el cierre de la dinámica, validando al grupo por su predisposición, participación activa y, logros adquiridos durante la actividad por medio de reforzamiento positivo.

ACTIVIDAD N°2: “PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO V”

Materiales: 12 sillas; 1 mesa grande; 12 hojas A4; 6 revistas para recortar; 6 tijeras; 2 plasticolas; 1 cinta adhesiva; 2 cajas de lápices de colores; 2 cajas de fibras de colores.

Técnica: Debate reflexivo; lluvia de ideas; collage en papel; puesta en común.

Duración: 30 minutos aprox.

Instrucciones

- Continuación de la actividad “Portafolio: mío, tuyo, nuestro”.

- Una vez finalizada la dinámica y seleccionado el participante responsable del “Portafolio”, el coordinador debe recordarles la tarea para el hogar y, para concluir el encuentro, realizará un reforzamiento positivo al grupo, por los logros adquiridos durante el encuentro.

ENCUENTRO N°6

El siguiente encuentro dispone de dos dinámicas de trabajo y, al finalizar, se llevará a cabo el cierre del taller.

Tema: Manejo Asativo de Sentimiento y Emociones.

Objetivo: Promover el reconocimiento y la comunicación asertiva de sentimiento y emociones.

ACTIVIDAD N°1: “YO EN EL AQUÍ Y AHORA”

Materiales: 12 sillas; 1 pizarra; 3 marcadores (rojo, verde, negro)

Técnicas: Psicoeducación; Restructuración Cognitiva (caballo, 2000); Instrucciones (Del Prette y Del Prette, 2002); Retroalimentación/feedback (Del Prette y Del Prette, 2002); role play; Modelado (Caballo, 2000); debate reflexivo.

Duración: 90 minutos aprox.

Instrucciones

- La apertura del encuentro, se realiza invitando a un participante como voluntario para leer los objetivos (a corto, mediano y largo plazo), depositados dentro del “Cáliz Dorado”, a fin de, comenzar el encuentro motivando al grupo hacia una participación activa y comprometida.

- Luego se retoma la tarea para el hogar, indicada en el encuentro anterior; el coordinador propone a los participantes que compartan su experiencia con el grupo, comunicándose bajo los elementos aprendidos hasta el momento, enfatizando sobre las emociones y los sentimientos identificados.

- Una vez finalizada la fase de apertura del encuentro, el coordinador da inicio a la dinámica propuesta, por medio de una instrucción acerca de los sentimientos y las emociones, la cual, es una continuación de lo trabajado en encuentro anterior. En este caso, se enfatizará sobre el aprendizaje del afrontamiento de críticas, el cual, es considerado por Caballo (2000) como una de las formas en que se constituyen las interacciones sociales.

- A partir de allí, el coordinador expone diferentes formas defensivas de actuar ante una crítica y responder a la misma, tomando como base, los planteos teóricos de Garner (1981, Citado en Caballo, 2000) que, en síntesis, propone:

- Se puede intentar evitar la crítica, ignorando o negando su discusión, marcharse o cambiando de tema.
- Se puede negar de forma directa.
- Se puede pedir disculpa por la conducta, aunque, sin embargo, no se tiene en cuenta los sentimientos del que critica y de esa manera, estos sentimientos pueden llegar a acumularse de tal forma que, su desenlace potencia posibles pasajes al acto o en el caso del adicto, la

respuesta directa hacia el objeto adictivo. • Se puede devolver la crítica con otra de igual magnitud. En esta última, el coordinador debe aclarar la no recomendación de la misma, ya que, no es una conducta propiamente asertiva.

- Por otro lado, el coordinador, también expondrán las propuestas teóricas de Caballo (2000), el cual, plantea que, para enfrentar críticas existen deferentes procedimientos defensivos:

- El disco rayado: este procedimiento se utiliza para hacer o rechazar peticiones, que no suelen ser razonables. Aquí, el sujeto no necesita dar una extensa explicación al respecto, se trata de repetir continuamente el punto principal que se quiere expresar, por lo que, no se presta atención a otros puntos, aunque los escuche.

- La aserción negativa: es utilizada cuando el que critica se encuentra equivocado. La idea, es que cambie su error por auto-verbalizaciones positivas. Se debe tener en cuenta que es necesaria una extensa práctica para lograrlo.

- El recorte: este procedimiento se considera apropiado, cuando el sujeto está siendo atacado y no está seguro de estar equivocado o cuando se tiene la impresión de ser atacado con señales no verbales.

- Ignorar selectivamente: se utiliza cuando el sujeto presta atención o no, a aspectos específicos (verbales y no verbales) de la conversación.

- Desarmar la ira: este procedimiento se basa en que, el sujeto ponga especial atención a las emociones emitidas por el otro, ignorando lo que expresa verbalmente hasta que la persona disminuya su ira y se reincorpore, cognitiva y emocionalmente, para llegar a resolver el tema de forma asertiva.

- Ofrecer disculpas: es considerada como una acción legítima, se utilizan cuando el sujeto cree que ha faltado el respeto o por la injusticia causada hacía otra persona.

- Preguntas: es un procedimiento utilizado cuando el sujeto se ha sentido agredido, especialmente en forma no verbal, ya que, ayuda a que el otro se dé cuenta de su reacción impulsiva y/o agresiva.

- La interrogación negativa: es utilizada cuando se cree que se está siendo criticado de manera injusta.

- Una vez que el coordinador haya terminado de explicar las técnicas defensivas, debe aclarar que éstas, también son útiles para hacer y rechazar pedidos, lo cual, dada la situación que generalmente rodea a la persona adicta, serán otra herramienta útil para luchar en contra de la misma.

- Al finalizar la fase de instrucción, el coordinador solicita la colaboración de dos participantes para llevar a cabo un role play estructurado, donde se les pedirá que pongan en práctica las técnicas aprendidas, sin que el resto del grupo sepa de las técnicas que se desarrollarán. Los encargados de dramatizar la situación, serán asistidos por el coordinador y el equipo para entrar en situación.

- Luego, el coordinador preguntará al grupo espectador acerca de, cuáles son las técnicas que identificaron y cuáles son las alternativas más asertivas para dichas situaciones.

- A continuación, se les solicita que piensen acerca de diversas situaciones análogas a las trabajadas, en donde el consumo de alcohol se encontraba asociado e invitar a aquellos que quieran exteriorizarlas, para repetir la dinámica anterior y, proponer grupalmente alternativas asertivas de respuesta.

- Al finalizar con las exposiciones, el coordinador habilita un debate reflexivo en torno a lo experimentado durante la dinámica desarrollada, a fin de lograr una retroalimentación grupal positiva. Al mismo tiempo, se habilitan dudas, preguntas e indicaciones, por parte del grupo hacia el coordinador y su equipo.

- Seguido del debate colectivo, los colaboradores escribirán en la pizarra los objetivos a corto, mediano y largo plazo, planteados por el grupo y depositados dentro del “Cáliz Dorado”. Luego se les solicita que reflexionen sobre los mismos considerando todo el recorrido transcurrido en el taller y, a partir de allí, cada uno se reforzará positivamente validando los logros adquiridos hasta el momento. seguidamente, lo hará el grupo, a través de reforzamiento y retroalimentación-feedback positivo.

- Por último, el coordinador y su equipo realizan el cierre de la dinámica, validando al grupo por su predisposición y participación activa, por medio de reforzamiento positivo.

ACTIVIDAD N°2: “PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO VI”

Materiales: 12 sillas; 1 mesa grande.

Técnica: Debate reflexivo; Retroalimentación/feedback (Del Prette y Del Prette, 2002).

Duración: 30 minutos aprox.

Instrucciones

- El coordinador y su equipo, realizan el cierre del taller, invitando al grupo a validar sus logros, seleccionando un nombre para el “portafolio”, el cual, sea representativo y simbólico del grupo y la experiencia transitada.

- Una vez escogido el nombre, el coordinador junto a su equipo realizan reforzamiento positivo al grupo, por los logros adquiridos y su participación responsable en el taller. Por otro lado, el coordinador, indica que, no se considera el tamaño de los logros, sino, el interés y la disposición de cambiar y crecer en su autonomía y bienestar biopsicosocial.

- Para finalizar, el coordinador agradece y realiza un reforzamiento positivo a su equipo, por la colaboración, asistencia y el apuntalamiento durante todo el taller.

CRONOGRAMA

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO I		OBJETIVO ESPECÍFICO II		OBJETIVO ESPECÍFICO III	
Actividades	Semana 1 Encuentro	Semana 2 Encuentro	Semana 3 Encuentro	Semana 4 Encuentro	Semana 5 Encuentro	Semana 6 Encuentro
“UN CAMINO A COMPARTIR”						
“EL CÁLIZ DORADO DE LAS EXPECTATIVAS”						
“PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO I”						
“MIS DESEOS, MIS DERECHOS, MIS LÍMITES”						
“ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES”						
“PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO II”						
“APUNTALAMIENTO RECÍPROCO”						
“PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO III”						
“UN MODO MEJOR DE ESTAR Y SER SIENDO CON EL OTRO”						
“PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO IV”						
“ESQUEMA DICES”						
“PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO V”						
“YO EN EL AQUÍ Y AHORA”						
“PORTAFOLIO: MÍO, TUYO, NUESTRO VI”						

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- 1 Coordinador: Psicólogo, licenciado o estudiante avanzado en dicha disciplina.
- 2 Colaboradores: Profesionales de carreras afines a la salud, estudiantes avanzados o practicantes y/o residentes del hospital.

RECURSOS PROPORCIONADOS POR LA INSTITUCIÓN

- Recursos Humanos: practicantes y/o residentes de carreras afines.
- Infraestructura: 2 espacio físico amplios, destinados para el desarrollo de dinámicas grupales.
- 15 sillas.
- 3 mesa grande de trabajo.
- 1 pizarra móvil.
- 1 pizarra fija.
- Iluminación y ventilación adecuadas.
- Diarios y revistas destinados para las actividades artísticas.

PRESUPUESTO

MATERIALES NO PROVISTOS POR LA INSTITUCIÓN	COSTO ESTIMADO
3 marcadores (rojo, verde, negro)	\$120
12 listas de adjetivos descriptivos	\$15
1 copón de plástico	\$25
6 tijera	\$150
1 Block de hojas A4	\$80
12 anotadores	\$200
12 lapiceras	\$90
2 plasticolas	\$50
1 cinta adhesiva	\$30
2 cajas de lápices de colores	\$80
2 cajas de fibras de colores	\$100
12 listas de Derechos	\$15
12 Tarjetas de Semáforos	\$30
12 Planillas de Registro de Conducta	\$15
12 "ESQUEMA DICES"	\$15
6 hojas de dramatizaciones para Role Play	\$10
COSTO TOTAL	\$1,010

El presupuesto estimado para llevar a cabo dicho taller, considera el costo total estimado de materiales técnicos \$1,010, más los honorarios mínimos éticos,

estipulados por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, contemplados para psicoterapia grupal, el cual, se estima en un costo de \$ 285 por integrante. En efecto, el presupuesto total estimado para llevar a cabo el “Taller Psicoeducativo de Entrenamiento en Habilidades Sociales, Dirigido a Pacientes Alcohólicos de HD” es de: \$4,430.

EVALUACIÓN DE IMPACTO

Para valorar el nivel de impacto del taller, se llevará a cabo la evaluación psicométrica IHS-Del-Prette (Inventario de Habilidades Sociales) adaptada por Olaz, Medrano, y Grecco (2007).

El IHS-Del-Prette, es un instrumento autoadministrable que mide el repertorio de habilidades sociales de las personas; está conformado por 38 ítems; cada uno de ellos describe una situación interpersonal y una posible reacción ante la misma, con el objetivo de contemplar una variedad determinada de interlocutores, contextos y demandas interpersonales; los ítems fueron elaborados a partir del análisis de la literatura sobre situaciones y demandas propias de las habilidades sociales (Olaz et al., 2007). En cada reactivo, el participante debe estimar la frecuencia con que se comporta de la forma sugerida por cada ítem, consignando su respuesta en base a una escala Likert de cinco puntos que, varía de nunca o raramente (0 a 2 veces) a siempre o casi siempre (8 a 10 veces); en caso de que el participante no haya experimentado alguna de las situaciones, debe estimar como se comportaría en dicha situación (Olaz et al., 2007).

El mismo se administrará antes de comenzar el taller y después del cierre del mismo. Se aplicará antes de comenzar la actividad N°1 durante el primer encuentro y, nuevamente se lo administrará una vez finalizado el taller, luego del cierre de la última actividad, de tal forma, que se permitirá la comparación de los resultados, en criterios de evolución de los participantes en el repertorio de habilidades sociales en las dimensiones: Comportamentales, Molares, Situacionales y Culturales (Olaz et al., 2007).

También, se llevarán a cabo ejecuciones comportamentales antes y después del taller, a través de la técnica de Rol Play, con el fin de lograr una observación directa sobre los cambios generalizados a la cotidianidad de sus vidas, con especial atención a la

ejecución de las técnicas conversacionales instruidas y entrenadas durante el taller y, el grado de asertividad de las conductas.

RESULTADOS ESPERADOS

Al ejecutar el Plan de Intervención, consistente en un dispositivo Taller, orientado hacia la problemática de Adicción al Alcohol, se espera que los pacientes alcohólicos asistentes al servicio de Salud Mental, “Hospital de día”, produzcan cambios relativos al desarrollo de Habilidades Sociales. En efecto, bajo una dinámica de aprendizaje escalonado, en el Plan de Intervención se abordan diversas actividades específicas, dirigidas al desarrollo de habilidades sociales básicas; conductas asertivas y; la promoción de la comunicación y el manejo emocional asertivo.

CONCLUSIÓN

Luego de haber transitado el desarrollo del presente Plan de Intervención, donde se propone la realización de un Taller Psicoeducativo de Entrenamiento en Habilidades Sociales, dirigido a los pacientes alcohólicos que concurren al servicio de Salud Mental, “Hospital de Día” San Antonio de Padua, es posible concluir que, una de las tareas más arduas de este proceso, resulto siendo la delimitación de la Problemática/Necesidad. La misma, implico un exhaustivo y minucioso análisis del funcionamiento y las características de la institución en cuestión, ya que, desde un análisis situacional, los engranajes que la conforman se encontrarían funcionando bajo una dinámica de trabajo articulada y armoniosa, si bien, se identificaron algunos puntos débiles, los mismos resultaron no ser pertinentes para el área disciplinar que le compete a este Trabajo Final de Grado.

Por otro lado, en relación a los constructos centrales, “Habilidades Sociales” y “Alcoholismo”, resultó significativa la cantidad y multiplicidad de autores, conceptualizaciones, teorías e investigaciones asociadas a los mismos, lo cual, desemboco en un extenso trabajo de lectura y selección de material bibliográfico, a fin de lograr la mayor pertinencia y claridad posible, en torno al plan de intervención propuesto.

En lo que respecta al abordaje de las Habilidades Sociales, si bien, es planteado desde su entrenamiento, por motivos técnicos pertinentes a las normativas establecidas para la realización de dicho trabajo, su abordaje ha sido reducido a un tiempo determinado, por lo que, se advierte que las dinámicas de trabajo diseñadas a partir de este abordaje, podrían realizarse a través de otros dispositivos, además del taller psicoeducativo planteado.

Cabe destacar que, la validez interna de dicha propuesta, depende de haber podido lograr una coherencia acabada, desde la determinación de la necesidad y su

concreción, hasta la evaluación del proceso supeditado al trabajo. En efecto, el mismo ha sido elaborado técnica y teóricamente bajo un proceso continuo y gradual, en donde cada elemento puesto en juego, pueda evidenciar su intercorrelación y coherencia no solo en cada apartado, sino también, durante todo el desarrollo del mismo.

Por último, a modo de conclusión, se recomienda la continuación del abordaje sobre el Entrenamiento de las Habilidades Sociales, ya que, las mismas no quedan agotadas al tratamiento que se propone en el presente Plan de Intervención.

REFERENCIAS

Alberti, R. E. y Emmons, M. L. (1978). *Con todo tu derecho: asertividad e igualdad en su vida y en sus relaciones* (3.a ed.). San Luis Obispo, California: Impact.

Ander-Egg, E. (1991). *El taller: una alternativa para la renovación pedagógica*. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata.

Beck, A. T. Wright, F. Newman, C. y Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva: Conceptos básico y profundización*. (ed. castellana). Barcelona: Gedisa.

Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Socidrogalcohol.

Caballo, V. E. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (7.a ed.). España: Siglo XXI. [versión digital] Recuperado de <https://www.academia.edu/pdf/24963835>.

Caballo, V. E. (1993). Relaciones entre diversas medidas de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1(1), 73-99. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/259528322>.

Cuberes González, M. T. (1991). *El taller de los talleres: aportes al desarrollo de talleres educativos*. Buenos Aires: Estrada.

Del Prette, A. y Del Prette, Z. A. P. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. México: Manual Moderno. [versión digital] Recuperado de <http://scholar.google.com.br/citations?user=FojPi74AAAAJ&hl=en>.

Goldstein, A. Sprafkin, P. Gershaw, N. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.

Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

Londoño, C. y Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 155-162. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79811116>.

Novella, E. J. (2008). Del asilo a la comunidad. Interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *FRENIA*, 8(1), 9-32. Recuperado de <http://www.freniahistoriapsiquiatria.com/pdf/fasciculo%2012/Novella.pdf>.

Olaz, F. Medrano, L. y Grecco, M. E. (2007). Adaptación Argentina del inventario de habilidades sociales IHS-Del Prette [Material de clase]. Técnicas e instrumentos de exploración III. Universidad Siglo 21. Rio Cuarto, Córdoba.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Suiza: WHO. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe mundial de situación sobre alcohol y salud.* Ginebra: WHO. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/alcohol-related-deaths-prevention/es/>.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las américas.* Washington, DC: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>.

Peele, S. (1989). *Enfermedad de américa: tratamiento de la adicción fuera de control.* Lexington, MA, EE. UU: Lexington Books.

Saavedra Ponce, V. (10 de octubre de 2008). Las personas con baja autoestima, las más susceptibles de caer en alguna adicción. *La Jornada Jalisco.* Recuperado de <http://www.lajornadajalisco.com.mx/2008/04/06/index.php?section=politica&arte=003n2pol>.

Scheier, L. M. y Botvin, G. J. (1998). Relaciones de habilidades sociales, competencia personal y uso de alcohol en adolescentes: un estudio exploratorio del desarrollo. *The Journal of Early Adolescence*, 18(1), 77-114. Recuperado de <https://mailattachment.googleusercontent.com/attachment?ui=2&ik=bc1a4fdcf3&view=att&th=13attid>.

Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/460.pdf>.

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. (2015). *Informe estadístico y geográfico sobre los dispositivos de prevención y asistencia de la SEDRONAR y otros organismos públicos y privados*. Córdoba, Argentina: Observatorio Argentina de Drogas. Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2016-03-10ZInformeZProvincialZCordoba.pdf>.

Segura Morales, M. (2002). *Ser persona y relacionarse: habilidades cognitivas y sociales y crecimiento moral*. Madrid: Narcea Ediciones.

Universidad Siglo 21. (2019). *Nuevo hospital Río Cuarto San Antonio de Padua*. Plataforma Virtual: Canvas. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/4713/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>.

ANEXOS

ANEXO I

DERECHOS INTERPERSONALES

Nombre del Participante:

- Derecho de ser tratado con respeto y dignidad.
- Derecho de tener opiniones y expresarlas.
- Derecho de ser oído y tomado en serio.
- Derecho de estar solo cuando se lo desee.
- Derecho de experimentar y expresar los sentimientos propios.
- Derecho de defender a quien no es respetado.
- Derecho de defender la vida y la naturaleza.
- Derecho de hacer menos de lo que se es capaz de hacer.
- Derecho de cambiar de opinión.
- Derecho a solicitar información.
- Derecho de obtener aquello por lo que pagas.
- Derecho de tener necesidades propias y satisfacerlas.
- Derecho de rechazar pedidos cuando se lo considere conveniente.
- Derecho de cometer errores por ignorancia y de intentar reparar el daño ocasionado.
- Derecho de tener necesidades propias y considerarlas tan importantes como las de las demás personas.
- Derecho de hacer cosas mientras los derechos de otros no sean violados.
- Derecho a decidir qué hacer con el propio cuerpo, tiempo y propiedades.

ANEXO II
ADJETIVOS DESCRIPTIVOS

Nombre del Participante:

POSITIVOS	NEGATIVOS
+	-
Aventurero	Perezoso
Ambicioso	Exagerado
Analítico	Agresivo
Generoso	Escandaloso
Limpio	Impulsivo
Confiable	Sucio
Amistoso	Codicioso
Sincero	Triste
Alegre	Enojado
Constructivo	Solitario
Neutro	Envidioso
Activo	Indiferente
Tímido	Lento
Leal	Temeroso
Intuitivo	Exigente
Sabio	Melancólico
Natural	Distante
Creativo	Malicioso

Justo	Cobarde
Inspirador	Frio
Líder	Deshonesto
Expresivo	Celoso
Cómico	Arrogante
Protector	Resentido
Franco	Esquivo
Calmado	Autoritario
Relajado	Conflictivo
Participativo	Aislado
Compasivo	Ofensivo

ANEXO IV

“ESQUEMA DICES”

REGISTRO CONDUCTUAL

Nombre del Participante:

SITUACIÓN Desarrollada bajo el ESQUEMA DICES	TÉCNICA EMPLEADA	CÓMO TE SENTISTE ANTES	Reacción de la otra persona al implementar la técnica	CÓMO TE SENTISTE DESPUÉS
Describir: Expresar: Especificar: Consecuencia positiva:		(Pensamientos y Emociones)		(Pensamientos y Emociones)

ANEXO V

EVALUACIÓN DE IMPACTO

ADAPTACIÓN ARGENTINA DEL INVENTARIO DE HABILIDADES

SOCIALES “IHS–DEL-PRETTE”

INSTRUCCIONES

Lea atentamente cada uno de los ítems que se presentan a continuación. Cada uno de ellos hace referencia a una acción o sentimiento (parte subrayada) frente a una situación social determinada (parte no subrayada). Evalúe la frecuencia con que usted actúa o se siente tal como lo describe el ítem.

CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS. Si alguna de estas situaciones nunca le ha ocurrido, estime como se comportaría si le ocurriese.

EN LA HOJA DE RESPUESTAS (al final del inventario), marque con una X la opción que mejor represente la frecuencia con que usted reacciona en la forma sugerida por cada ítem. Para ello, considere la siguiente escala de respuesta:

A. NUNCA O RARAMENTE (de cada 10 situaciones de este tipo, reacciono de la manera descrita 2 veces como máximo).

B. CON POCA FRECUENCIA (de cada 10 situaciones de este tipo, reacciono de la manera descrita 3 a 4 veces como máximo).

C. CON REGULAR FRECUENCIA (de cada 10 situaciones de este tipo, reacciono de la manera descrita 5 a 6 veces como máximo).

D. MUY FRECUENTEMENTE (de cada 10 situaciones de este tipo, reacciono de la manera descrita 7 a 8 veces como máximo).

E. SIEMPRE O CASI SIEMPRE (de cada 10 situaciones de este tipo, reacciono de la manera descrita 9 a 10 veces como máximo).

RESPONDA CON SINCERIDAD A TODAS LAS PREGUNTAS

1. En un grupo de personas desconocidas, me siento cómodo, conversando naturalmente.
2. Cuando uno de mis familiares (padres, hermanos mayores o cónyuge) insiste en decir lo que debo o no debo hacer, contradiciendo lo que pienso, termino aceptando para evitar problemas.
3. Al ser elogiado(a) sinceramente por alguien, respondo agradeciéndole.
4. En una conversación, si una persona me interrumpe, le pido que espere hasta que yo termine lo que estaba diciendo.
5. Cuando un(a) amigo(a) a quien presté dinero, olvida devolvérmelo, encuentro una manera de recordárselo.
6. Cuando alguien hace algo bueno, aunque no se dirija a mí directamente, lo menciono elogiándolo en la primera oportunidad que se presente.
7. Al sentir deseos de conocer a alguien a quien no fui presentado(a), yo mismo me presento.
8. Aun con conocidos de la escuela o trabajo, encuentro dificultades para integrarme en una conversación.
9. Evito realizar exposiciones o conferencias frente a personas desconocidas.
10. En mi casa, expreso mi cariño a mis familiares a través de palabras o gestos.
11. En una clase o reunión, si el profesor o directivo hace una afirmación incorrecta, yo expongo mi punto de vista.
12. Si una persona me interesa sexualmente, consigo acercarme a ella para iniciar una conversación.
13. Si en mi trabajo o escuela alguien me hace un elogio, permanezco avergonzado sin saber que hacer o decir.
14. Realizo exposiciones (por ejemplo: una conferencia) en el aula o en el trabajo cuando me lo solicitan.

15. Cuando un familiar me critica injustamente, le expreso directamente mi disgusto.
16. En un grupo de personas conocidas, si no concuerdo con la mayoría, expreso verbalmente mi desacuerdo.
17. En una conversación con amigos tengo dificultades para terminar una conversación prefiriendo esperar que otros lo hagan.
18. Cuando uno de mis familiares, por algún motivo, me critica, reacciono de forma agresiva.
19. Aun encontrándome cerca de una persona importante a quien me gustaría conocer, tengo dificultades para acercarme e iniciar una conversación.
20. Si me gusta alguien con quien estoy saliendo, tomo la iniciativa de expresarle mis sentimientos.
21. Si recibo una mercadería defectuosa, me dirijo al negocio donde la compré y exijo que me la cambien.
22. Si un colega o compañero me pide que coloque su nombre en un trabajo en el cual no ha colaborado, termino aceptando aun pensando que no es lo correcto.
23. Evito hacer preguntas a personas desconocidas.
24. Tengo dificultades para interrumpir una conversación telefónica aún con personas conocidas.
25. Cuando soy criticado de manera directa y justa, consigo controlarme admitiendo mis errores o explicando mi posición.
26. En campañas de solidaridad, evito tareas que involucren pedir donativos o favores a personas desconocidas.
27. Si un(a) amigo(a) abusa de mi buena voluntad, le expreso directamente mi disgusto.
28. Cuando uno de mis familiares (hijos, padres, hermanos o pareja), consigue algo importante para lo cual se esforzó mucho, lo elogio por su éxito.

29. En la escuela o trabajo, cuando no comprendo una explicación sobre algún tema interesante, hago las preguntas que creo necesarias para mi esclarecimiento.
30. En una situación de grupo, cuando alguien es injustamente tratado, reacciono en su defensa.
31. Al entrar en un ambiente donde hay personas desconocidas, las saludo.
32. Al sentir que preciso ayuda, tengo facilidad para pedírsela a alguien de mi círculo de amistades.
33. Cuando mi pareja insiste en tener sexo sin preservativo, acepto para evitar que se irrite u ofenda.
34. En el trabajo o en la escuela, acepto realizar tareas que me solicitan y que no son de mi obligación, aun sintiendo un cierto abuso en esos pedidos.
35. Si me siento bien (feliz), se lo expreso a las personas de mi círculo de amistades.
36. Cuando estoy con una persona que acabo de conocer, tengo dificultades para mantener una charla interesante.
37. Si necesito pedir un favor a un compañero(a), termino desistiendo de hacerlo.
38. Consigo "tomar con humor" las bromas que me hacen mis compañeros de escuela o trabajo.

IHS-Del-Prette

HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRE:

EDAD: SEXO: M () F ()

INSTITUCIÓN:

FECHA ___/___/___

ítem	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

ítem	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

