



CINTRAS

CENTRO DE SALUD MENTAL
Y DERECHOS HUMANOS

TALLER DE DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAS VÍCTIMAS DE LA REPRESIÓN PÓLITICA. INFORME PRELIMINAR

1.- INTRODUCCION

El hombre es un ser social y como tal requiere de su entorno social y natural para desarrollarse integralmente. Resulta entonces fundamental el desarrollo de las habilidades que permitan relaciones interpersonales satisfactorias y efectivas. El ser social obliga a un aprendizaje continuo de patrones que incluyen aspectos afectivos, cognitivos, sociales y morales que son cada vez más complejos a medida que evoluciona y progresa la humanidad. Estos patrones se van adquiriendo a través de un proceso de permanente interacción con el medio social.

La meta del desarrollo social es lograr un nivel de autonomía personal que le permita al sujeto actuar de manera auto-afirmativa y comprender la interdependencia que existe entre la persona humana y su grupo social.

El comportamiento interpersonal se aprende por asociación y mediante la práctica cotidiana, siendo la interacción social el reforzador más poderoso para la adquisición y mantención de la conducta interpersonal. Esto exige de procesos tales como percepción, atención, memoria y de factores motivacionales que suponen procesos afectivos y cognitivos complejos de abstracción y simbolización.

La conducta social, en cuanto se desarrolla en interacción con el contexto social, está fuertemente determinado por las características de dicho contexto: valores, normas y roles que definen una determinada cultura.

En síntesis, para un adecuado desarrollo social, que estimule relaciones interpersonales satisfactorias y efectivas, se requieren habilidades cognitivas y destrezas conductuales organizadas armoniosamente en un curso integrado de acciones, dirigidas a metas interpersonales culturalmente aceptadas. Esto es lo que Ladd y Mize denominan habilidades sociales.

El aprendizaje de las habilidades sociales se genera fundamentalmente a través del proceso de socialización, donde la familia -grupo social básico- produce los primeros intercambios de afectos, valores y

creencias, los que tienen una influencia muy decisiva en el comportamiento social.

La persona en su vida adulta va a requerir de estas destrezas para el trabajo, para la realización de tareas en equipo y para el desarrollo de habilidades relacionales con su pareja.

En definitiva, la destreza social es un proceso de aprendizaje permanente a través de la vida. Su adecuación y funcionamiento están determinados por la interacción constante del sistema social. Este aprendizaje continuo facilita la adaptación del individuo a los diferentes roles sociales que debe cumplir en la vida.

Existen diferentes modelos explicativos que indican la falta de habilidades sociales, por ej. los modelos de inhibición por ansiedad y de percepción social. Sin embargo, para comprender como se expresa la perturbación de las habilidades sociales en víctimas de la represión, no podemos quedarnos con aproximaciones estrictamente psicológicas. Muchos de nuestros pacientes, previo a sus experiencias traumáticas no presentaban mayores problemas en el plano de las destrezas sociales. Estos surgieron a partir de la trasgresión violenta a sus derechos fundamentales. No hablamos en este caso sólo de una falla de aprendizaje, sino que de situaciones traumáticas que abarcan la totalidad de la persona y no aspectos fragmentarios de ella. Son experiencias que conmocionan todas las esferas del ser personal, y sus secuelas se expresan en los planos físico, psicológico, psicosocial, familiar, económico, laboral, etc. Este daño global es el que da sentido pleno a la tortura, en tanto instrumento de destrucción de la persona humana.

Con este tipo de vivencias las destrezas sociales sufren una grave perturbación. ¿Cómo me organizo armoniosamente para interactuar socialmente con otros cuando el ambiente está lleno de peligros y amenazas?. No debemos olvidar que el temor y la desconfianza han pasado a ser una parte constitutiva de la psicología social de los chilenos. Todo se ha vuelto impredecible e inseguro.

La experiencia que deseamos exponer aquí, guarda relación estrecha con estas situaciones. Es un informe preliminar de un estudio aún en curso y que trata del desarrollo de habilidades sociales en personas que fueron víctimas de la represión política. Debe entenderse como una aproximación de tipo exploratoria, descriptiva y clínica, a una forma de abordar terapéuticamente el daño psicosocial de un conjunto de personas que sufrieron de la violencia política en muy variadas formas. Es un intento por diseñar nuevos instrumentos de la terapia ocupacional que, en acción coordinada con otras intervenciones terapéuticas (psicoterapia por ejemplo), ayuden a recuperar las capacidades dañadas de nuestros consultantes.

Estamos intentando sistematizar un programa de entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación interpersonal, para abordar un área específica del daño. Esto no debe entenderse como el tratamiento en sí, sino como parte de un conjunto de acciones que constituyen una estrategia terapéutica integral.

Este set programado y estructurado de actividades fue realizado en un encuadre de trabajo grupal y

con priorización de técnicas expresivas, de creatividad y de salida a terreno. Lo creativo estuvo orientado hacia la facilitación y estímulo del despliegue de capacidades y vivencias de cambio, en un proceso que va desde lo afectivo hacia lo cognitivo.

Nuestros pacientes han tenido que extremar sus mecanismos de defensa psicológica para evitar el derrumbe de la personalidad. La negación, la disociación y la rigidez son parte de ellos. La utilización de técnicas no verbales nos facilita la tarea de modificar tales mecanismos.

2.- MATERIAL Y METODOS

2.1 Material

El taller de habilidades sociales estuvo conformado por un grupo de diez pacientes. Como criterios de selección se estableció que estos pacientes se encontraran incorporados al programa terapéutico institucional, estuviesen estabilizados sintomatológicamente, que no padecieran de daño orgánico cerebral y que tuvieran como principal dificultad la reinserción sociolaboral, como producto de una pérdida o merma en sus habilidades sociales.

Cabe señalar que el número de pacientes seleccionados estuvo limitado por el espacio físico y por la necesidad de cautelar un manejo terapéutico adecuado a los objetivos del programa.

La edad de los pacientes osciló entre los 18 y los 67 años, siendo su escolaridad variable desde enseñanza básica incompleta hasta universitaria.

La situación represiva vivida por los consultantes es heterogénea, como se muestra en el cuadro N° 1

Retornados	5
Familiares de víctimas	3
Ex presos políticos	1
Dirigentes sociales	1
Total	10

Los diagnósticos varían según se señala en el cuadro N° 2

Síndrome depresivo-ansioso	6
Trastorno de personalidad	4
Total	10

La sintomatología presentada por estos pacientes es consecuencia directa de la represión política y de los conflictos que se desencadenan secundariamente en otros niveles de relación como el trabajo, la

familia y el medio social. En términos generales, los pacientes presentan síntomas de tipo angustioso-depresivo, baja autoestima, temor, desconfianza, desestructuración del funcionamiento diario y empobrecimiento de los roles sociales.

2.2 Método

El taller de habilidades sociales consistió en un programa estructurado de 13 sesiones en las que se desarrollaron en forma progresiva los objetivos planteados, con una frecuencia de dos veces a la semana. Cada sesión se prolongó hasta por dos horas y media. También se consideraron actividades desarrolladas fuera del espacio físico de la institución y que tuvieron como objetivo ejercitar las áreas estimuladas en un contexto menos protegido y de mayor cercanía a la comunidad.

Los objetivos del taller se orientaron a que los pacientes tomaran conciencia de sus fortalezas y déficit sociales, que aprendiesen a evaluar sus propios comportamientos, que conceptualizaran y asumieran la causalidad interaccional de la conducta social y que practicasen habilidades sociales en aquellas áreas personales y grupales de mayor carencia. Para el logro de los objetivos planteados se utilizaron técnicas de creatividad con énfasis en el trabajo expresivo.

El programa desarrollado fue el siguiente:

- 1ª Sesión: Presentación de la actividad
Compromiso colectivo
- 2ª Sesión: Volver a crear
- 3ª Sesión: Salida a la comunidad
- 4ª Sesión: Lluvia de ideas
- 5ª Sesión: Crear a través del trabajo colectivo
- 6ª Sesión: Distanciamiento
- 7ª Sesión: Salida a la naturaleza
- 8ª Sesión: Fotolenguaje
- 9ª Sesión: Máscara gestual
- 10ª Sesión: Campamento
- 11ª Sesión: Descenso de identidad
- 12ª Sesión: Crear a través del contacto
- 13ª Sesión: Crear a través del papel (evaluación)

La selección de los pacientes se desarrolló a partir de la observación clínica del grupo de consultantes que participaba en terapia ocupacional y que presentaba déficit en sus habilidades sociales, lo cual se confirmó durante el desarrollo del taller.

El programa contempló, al finalizar cada sesión, la aplicación por parte de los terapeutas de una pauta de observación que evaluó aspectos tales como relación interpersonal, autoestima, ansiedad y afectividad.

3.- LA EXPERIENCIA

El taller se inició durante la tercera semana del mes de abril con el desarrollo de un primer encuentro del grupo en el cual se entregó a los pacientes los lineamientos generales del desarrollo de la actividad, se explicaron los principios de funcionamiento y se contestaron las inquietudes planteadas por los consultantes. Esta sesión se consideró de una gran trascendencia, ya que permitió el establecimiento de un compromiso colectivo con la actividad, fortaleció de manera significativa el vínculo terapéutico y reforzó indicaciones entregadas en sesiones individuales de terapia ocupacional y psicoterapia.

La estructuración de las sesiones consideró en el inicio de éstas una "caminata de centración" que tiene como objetivo efectuar una relajación activa, lográndose de esta forma un adecuado nivel de atención para el desarrollo posterior de las actividades. Esta parte de las sesiones tuvo una gran significación para los pacientes ya que permitió trabajar la identidad y la imagen corporal. Es así como una paciente nos refirió: "La caminata me hizo sentir viva... que respiro, que tengo cuerpo, que puedo hacer cosas, en otras palabras, que existo".

En un segundo momento se desarrolló el trabajo específico con técnicas terapéuticas que permitieron lograr los objetivos planteados para las sesiones.

Finalmente, las actividades concluyeron integrando verbalmente las experiencias vividas. Fue una instancia que permitió reflejar lo individual mediante la experiencia colectiva, dándose énfasis a la toma de conciencia de sus fortalezas, los déficit sociales y su expresión en la vida cotidiana.

En las cuatro primeras sesiones se propuso como objetivos principales lograr una cohesión grupal que favoreciera la confianza en la instancia terapéutica en orden a permitir el trabajo en planos más íntimos. Durante estas sesiones fue posible identificar a un grupo de pacientes que se aislaba y se mantenía en un plano pasivo de observación, en contraposición con un grupo más dinámico de pacientes que ya se conocían desde más tiempo. La presencia de co-terapeutas permitió estimular la incorporación de estos pacientes más inhibidos a la dinámica grupal.

En la integración verbal de las actividades anteriormente descritas surgió en algunos pacientes el temor a ser observados. En este caso se debió recontextualizar la actividad y hacer un replanteamiento de la misma.

Al cabo de las sesiones de trabajo específico con la dinámica grupal, el grupo se observó cohesionado, disfrutando de la actividad en conjunto. Los pacientes comenzaron a plantear en forma progresiva contenidos más personales, encontrando la acogida y solidaridad del grupo.

Acerca del rol durante esta etapa, se hizo énfasis en la motivación a la participación, se creó una atmósfera facilitadora de la dinámica grupal y se estimuló el vínculo terapéutico.

Desde la quinta sesión hasta el final del programa se profundizó en planos más íntimos de los pacientes, como el trabajo con el cuerpo y la expresión afectiva. Los pacientes en un principio se mantuvieron resistentes e inhibidos, debiendo ser permanentemente reforzados. El terapeuta realizó modelaje de conductas expresivas y trabajo corporal desactivando prohibiciones, lo cual facilitó la resolución de estas resistencias.

La vivencia de los pacientes en las actividades se ligó al conflicto y a la experiencia personal, generándose un ambiente de gran emocionalidad en el que la inhibición y la falta de contacto social emergen también como expresión del daño psicológico. Esta situación reafirma la necesidad de un abordaje psicoterapéutico individual asociado al ejercicio práctico intensivo de las habilidades sociales, estimulando el contacto y la interacción con otros.

El rol terapéutico estuvo fuertemente orientado a la identificación de deficiencias y al refuerzo permanente de los cambios.

La facilitación del conocimiento y la autoestima fue un área que se abordó a lo largo de todo el programa como componentes básicos de la interacción personal. Esto se profundizó en actividades realizadas en las últimas sesiones en las que los pacientes se reconocieron a sí mismos y se sintieron identificados.

Finalmente, como actividad evaluatoria práctica, se desarrolló un campamento terapéutico durante un fin de semana en la localidad de El Tabo. En esta instancia se exigió el despliegue de todas las habilidades estimuladas durante el programa. La actividad fue orientada por el equipo terapéutico, pero organizada en su mayor parte por el grupo de pacientes. Se contempló la exploración del lugar, dinámicas recreativas, competencias deportivas, teatro y las actividades concernientes a la mantención del campamento.

RESULTADOS

A partir de los resultados obtenidos de la aplicación sesión a sesión de la pauta de observación se aprecia que:

- Un 50 % de los pacientes mostró variaciones en sus relaciones interpersonales, un 30 % bajó y un 20 % se mantuvo.
- Un 30 % de los pacientes mostró variaciones en su autoestima, un 20 % bajó y un 50 % se mantuvo.
- Un 70 % de los pacientes mostró variaciones en el criterio de ansiedad, un 20 % se mantuvo y bajó un 10 %.
- Un 100 % de los pacientes mostró variaciones en el criterio de afectividad

Estos datos nos indican que, a pesar de no existir modificaciones homogéneas, aquellas que se relacionan con los ámbitos de daño (por ejemplo, la autoestima tiene para nosotros un valor distinto a la ansiedad ,y pensamos que la primera requiere más tiempo para su cambio), sí existieron variaciones, lo que nos lleva a pensar que esta técnica es útil para inducir el cambio.

Con respecto a los porcentajes de baja en algunos ámbitos, creemos que guardan relación con los procesos propios de toda terapia, donde la experiencia práctica también da cuenta de situaciones que los pacientes vivencian como fracaso, aspectos que posteriormente intentamos reestructurar cognitivamente en sentido positivo.

Sin embargo, a modo de síntesis de todos los aspectos involucrados en las evaluaciones, la tendencia al cambio es dominante en todos los participantes del taller. Los mayores cambios se produjeron en los varones, especialmente en los criterios de ansiedad y afectividad. Al respecto, pensamos que juega un papel importante en esta variación la edad de los varones, que oscila en alrededor de los 35 años a diferencia de las mujeres que tienen un promedio de 50 años. Esto tiene dos posibles explicaciones: por una parte, las mujeres del grupo en estudio tienen una mayor cronicidad del daño ya que sus experiencias represivas se produjeron en etapas tempranas de la dictadura militar, lo que no sucedió con los hombres, cuyas vivencias fueron mas tardías; y por otra, se ha descrito que los adultos jóvenes tienen una mayor capacidad de adaptación y de cambio a nuevas experiencias significativas.

Cabe señalar que el análisis estadístico es sólo aproximado dado lo reducido del número de datos surgidos de las pautas administradas y del número de pacientes que participó en la experiencia. Estos resultados son referenciales ya que para nosotros tiene una mayor validez la observación clínica la cual permite la observación de variaciones significativas en gran parte de los aspectos evaluados. Esto se confirma con lo referido por los pacientes durante las integraciones verbales de la actividad y en las impresiones clínicas señaladas por los psicoterapeutas en reuniones interdisciplinarias.

COMENTARIO

Como señalamos en la introducción, el abordar terapéuticamente las dificultades relacionadas con las habilidades sociales en víctimas de la represión política no es una tarea fácil. No pretendemos resolver todos los aspectos ligados a este daño, sino que sólo hemos intentado estructurar un esquema terapéutico que nos permita aproximarnos del modo más adecuado a esta realidad.

Debemos tener siempre en consideración que el origen del dificultoso funcionamiento de nuestros consultantes se encuentra más allá del plano estrictamente psicológico individual, es la expresión particularizada de un fenómeno político-social. Así, la posibilidad de recuperación siempre estará limitada por los cambios que desde el ámbito social se puedan generar. Las deficiencias en las destrezas sociales no

sólo devienen de la experiencia traumática directa; también el entorno social del cual surgen estas destrezas condiciona su mantención, cambio o extinción. No debemos olvidar que la sociedad ha estigmatizado a estas personas, les ha restringido sus espacios de socialización, muchas veces los ha demonizado y por esa vía los margina culturalmente.

El trabajo consistirá, entonces, en integrar esta variable en el análisis que puedan hacer los propios pacientes de esta limitación. Esta complejidad exige que el tratamiento se realice en diferentes etapas, como lo demuestran los propios resultados iniciales de la experiencia. Así por ejemplo, los ámbitos de afectividad y ansiedad mejoran más rápidamente que el de la autoestima. Estimamos que este fenómeno se debe a que la represión política tiene como objetivo último la destrucción de la identidad del sujeto, por lo que es precisamente en este planos donde la persona ha debido extremar el ejercicio de sus mecanismos defensivos para evitar el derrumbe psicológico. Por consiguiente, aquí es donde se expresan las mayores resistencias a intentar el cambio.

La ansiedad se permeabiliza rápidamente al generarse un colchón terapéutico en el grupo, que permite canalizar la sintomatología originada en esta área. De igual forma, lo afectivo encuentra un conductor favorable a través de actividades expresivas que no le exigen al paciente inicialmente el tener que elaborar verbalmente su experiencia. Los consultantes tienen la necesidad - habitualmente no consciente - de evacuar sus necesidades afectivas que han sido permanentemente reprimidas. Lo expresivo-creativo tiene la ventaja de desbloquear en un ambiente terapéutico las trabas que impiden el flujo normal de emociones.

El entrenamiento de las habilidades sociales en un lugar protegido debe ir acompañado de la posibilidad de que la persona experimente dicho aprendizaje en un ámbito más natural y cotidiano. Por esta razón las sesiones se han intercalado con paseos, salidas a la comunidad, etc. Aunque consideremos que estas actividades están estructuradas terapéuticamente y que las realice el mismo grupo de pacientes, la sola modificación del encuadre grupal y la posibilidad de que los consultantes desarrollen libremente su interacción es un avance en su aprendizaje. En etapas posteriores, creemos que deben existir tareas que surjan desde el grupo para su realización individual, en el contexto propio de cada persona, en orden a fortalecer y ampliar sus redes sociales. Esto da una oportunidad valiosa para demostrar la complejidad de las interacciones, analizar las variables que determinaron algún fracaso, prever las recaídas y enseñar técnicas de enfrentamiento. En caso de éxito las ventajas son evidentes.

Nos parece, a la luz de esta experiencia, que el proceso terapéutico debe ser vivenciado simultáneamente por el grupo, lo que reafirma la decisión de que éste sea cerrado. Esperamos poder hacer un seguimiento de la experiencia con el fin de ir evaluando los alcances de las modificaciones producidas.

Una estrategia de esta naturaleza debe abordar aspectos como la percepción del conflicto, la comunicación, la timidez, la asertividad, la expresión de sentimientos positivos, el aprender a decir no, el desarrollo de la autoestima, la comunicación no verbal, la integración a grupos, estrategias de solución ante problemas de interacción y la autoimagen. De igual forma, pensamos que las técnicas creativas asociadas a relajación, role-playing, reestructuración cognitiva, modelaje y técnicas corporales constituyen una combinación adecuada para alcanzar los objetivos propuestos.

Por último, nos parece oportuno subrayar que todo proceso terapéutico debe ser evaluado con el mayor rigor posible. Al respecto, consideramos importante la utilización de instrumentos que permitan recoger datos y someterlos a procedimientos estadísticos, los que sin transformarse en lo medular, permitan medir las observaciones clínicas realizadas. Para ello proponemos la utilización de instrumentos como la Escala de Evitación Social (SAD) de Watson y Friend, la escala de Temor a la Evaluación Negativa (TEN) de los mismos autores y la de Autoafirmación de la Interacción Social de Glass, Merluzzi y Biever, los cuales se encuentran validados en la literatura de la especialidad.

Autores:

- **Jessica Jorquera O.**, Alumna en práctica, carrera Terapia Ocupacional, Universidad de Chile.
- **Alejandro Guajardo C.**, Terapeuta Ocupacional, docente de la carrera de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile, miembro Comité Directivo de CINTRAS.
- **Cristián Barraza S.**, Terapeuta Ocupacional, integrante del Equipo clínico de CINTRAS.

Trabajo presentado en la VI Jornada Nacional de Terapia Ocupacional, realizada los días 28-29 y 30 de julio de 1994 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Santiago de Chile, julio de 1994