

## El entrenamiento en habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos en régimen ambulatorio

Fco. J. Santolaya Ochando\*, M. Leal Cercos\*\* y R. Sales Orts\*\*

### INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años nos preocupa, y así se puede comprobar por los trabajos realizados en este campo, la rehabilitación y reinserción del paciente esquizofrénico a la vida familiar y social, es por ello quizás por lo que surgió esta investigación, fruto de un equipo de trabajo terapéutico formado conjuntamente por psicólogos y diplomados en enfermería psiquiátrica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

En la actualidad se ha demostrado que es debido a las dificultades en las relaciones sociales más que a factores clínicos, a lo que se debe el reingreso de estos pacientes en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales y en los hospitales psiquiátricos (Guimón, 1983).

Así pues, parece que la denominada «incompetencia social» del esquizofrénico, debida en la mayoría de los casos a un estado de «defecto», agrupa una serie de características que hacen que el esquizofrénico crónico sea más o menos inhábil para la vida social.

Esta incapacidad social se manifiesta en dos niveles:

— A nivel de la conducta verbal (hablan poco y sobre temas irrelevantes).

— A nivel de la conducta no verbal (evitan la mirada, expresión amílica, etc.).

Dentro de las terapias de grupo existe una que nos parece adecua-

da para intentar lograr la reinserción social de estos pacientes, porque intenta que el paciente esquizofrénico aprenda o reaprenda a entablar y mantener relaciones interpersonales adecuadas. Nos estamos refiriendo al denominado genéricamente «Entrenamiento en habilidades sociales», que podemos definir como: un procedimiento basado en las teorías del aprendizaje, orientado a la adquisición por parte del sujeto de las conductas verbales y no verbales necesarias, para desenvolverse adecuadamente en su medio habitual.

En relación a lo anteriormente expuesto, los pacientes esquizofrénicos tendrían un fracaso social que podría explicarse, en parte, por la carencia de comportamientos adecuados en su repertorio conductual (Trower, 1978).

En el «Entrenamiento en habilidades sociales» se asume que la adquisición de aquellas conductas que resultan más eficaces socialmente, producirán cambios correlativos en los niveles actitudinales, emocionales y cognitivos de los pacientes.

Lieberman, uno de los autores que más ha trabajado en este campo, ha sufrido una evolución en sus teorías, pasando de una perspectiva conductual a otra más cognitiva. En cambio otros autores (Curram, 1979), aunque reconocen la importancia de estos procesos cognitivos, creen que el entrenamiento en habilidades sociales se debe de circunscribir a las conductas externas.

En nuestro trabajo hemos partido de esta última posición y hemos desarrollado un programa de entrenamiento en habilidades sociales destinado al tratamiento de un grupo de

pacientes esquizofrénicos en régimen ambulatorio. Dicho programa está básicamente orientado a conductas externas, y con un objetivo primordial, lograr que el paciente adquiera las habilidades necesarias para enfrentarse a los problemas de su vida diaria.

La elección de una metodología de tipo conductual se vio apoyada por tener en el Departamento de Psiquiatría, personal preparado en esta especialidad; así mismo se decidió que el tratamiento fuera en grupo, ya que está demostrado que son más eficaces las terapias en grupo que las individuales, cuando enfocan los problemas de un modo concreto, al intentar la reinserción de un paciente esquizofrénico (Montero, 1984).

También, según Liberman, el grupo sirve de grupo de referencia para discriminar mejor las conductas socialmente adecuadas, dándose en él una comunicación social y emocional más variada.

### MATERIAL Y MÉTODO

El programa terapéutico se realizó con:

— 8 pacientes diagnosticados de psicosis esquizofrénica.

— Ingresados en dos o más ocasiones en el servicio de psiquiatría.

— Presentaban un grave estado de defecto (con diversas reagudizaciones y recidivas).

— Seguían un tratamiento farmacológico (neurolépticos) en régimen ambulatorio.

Característica de la muestra:

— 6 hombres y 2 mujeres.

— Solteros.

\* Prof. Asociado de la EUE de Valencia.

\*\* Prof. Titular de la EUE de Valencia.

- Edad media: 24'7 años.
- Promedio de episodios psicóticos: 2'5.

- Promedio de días de estancia hospitalaria: 38'5.

En cuanto a los niveles educativos de los pacientes:

- Cinco tenían estudios primarios.
- Dos tenían estudios secundarios.
- Uno tenía estudios superiores sin completar.

Todos los pacientes estaban siendo tratados con neurolépticos, tratamiento que se mantuvo todo el tiempo que duró la terapia grupal, bajo el control de un psiquiatra, ajeno al grupo terapéutico.

Los pacientes fueron evaluados al inicio del tratamiento, al finalizar el mismo, y tras un período de seguimiento de nueve meses.

Respecto a esta evaluación, decir que sólo hemos tenido en cuenta dos de los tres aspectos que cita Wallace (1980) como necesarios en la evaluación de las habilidades sociales; éstos han sido:

- Estado interno del paciente; mediante un listado de 109 situaciones puntuadas de 1 a 10, según el grado de malestar que el paciente siente al enfrentarse a ellas (Carrolles, 1979).

- Topografía conductual, que ha sido muy tenida en cuenta, ya que al inicio del programa terapéutico todos los pacientes presentaban graves deficiencias en este campo.

Dentro de este aspecto topográfico conductual, la valoración se ha realizado mediante la observación directa, y ha comprendido: la participación en el grupo (interacción), la expresión verbal y la expresión corporal.

La valoración se ha realizado mediante una escala de cuatro puntos en los que se ha evaluado la:

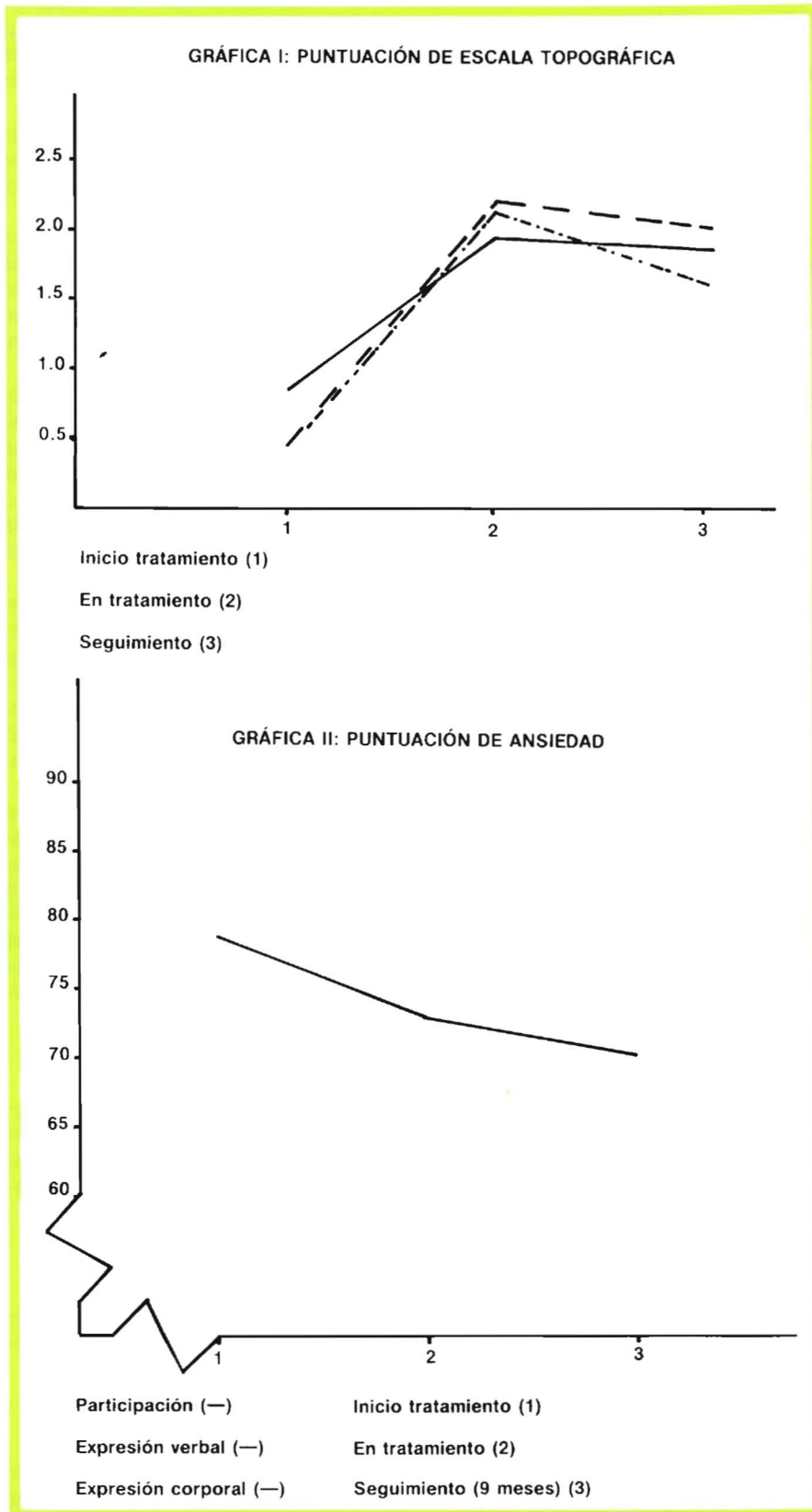
### Participación:

- No participación, 0.
- Participación pasiva, 1.
- Participación activa, 2.
- Participación creativa, 3.

### Expresión verbal:

- No hablar, volumen inadecuado o estereotipias verbales, 0.
- No estereotipias y volumen inadecuado, 1.
- Volumen y entonación adecuados, 2.
- Volumen, entonación y tratar el tema adecuadamente, 3.

### Expresión corporal:



- Expresión rígida con estereotipias o mirar inadecuado, 0.
- Mirada inadecuada y expresión facial inadecuada, 1.
- Expresión facial mejorada, 2.
- Expresión facial adecuada,

manteniendo las distancias y el movimiento de las manos acorde con el habla, 3.

Estas evaluaciones eran hechas por los terapeutas, inmediatamente después de cada sesión, para saber

en cada momento dónde se debía incidir con más fuerza.

Si alguna conducta no estaba totalmente reflejada en la puntuación, se utilizaban puntuaciones intermedias (0'5, 1'5, etc.).

## PROGRAMA TERAPÉUTICO

La duración del programa fue de nueve meses aproximadamente, desde octubre de 1985 hasta junio de 1986 y el seguimiento fue realizado a los nueve meses del término del tratamiento.

La frecuencia de las sesiones era de 1 sesión semanal y su duración de una hora y treinta minutos, aproximadamente.

El programa terapéutico constaba de tres fases, más o menos diferenciadas, que en líneas generales concuerdan con las encontradas en la literatura sobre el tema.

**1.ª fase:** Denominada educativa duraba las tres o cuatro primeras sesiones, en las cuales se planteaban cuestiones generales sobre la esquizofrenia, la terapia que se va a llevar a cabo y la duración de la misma.

Se informaba a los pacientes sobre la relación existente entre el lenguaje verbal y no verbal, y las diferencias entre las conductas socialmente adecuadas e inadecuadas.

**2.ª fase:** Con la información recogida durante la evaluación se jerarquizaban las situaciones-problema que los pacientes tenían en su vida cotidiana.

En nuestro caso escogimos veintidós situaciones del listado de Entrenamiento Asertivo de Carrobbles (1979), todas ellas puntuadas como problemáticas por los pacientes.

La jerarquización de estas situaciones se realizaba en un doble continuo que iba: desde la situación más sencilla (hablar con un amigo) a las más complejas (dar una charla a un grupo de personas) y desde las situaciones que producían menor ansiedad, a las que producían mayor ansiedad.

Es en esta fase, propiamente terapéutica, donde las distintas situaciones, ya jerarquizadas, eran representadas y practicadas durante las sesiones con el fin de que los pacientes aprendieran los componentes conductuales más pertinentes a las situaciones.

Los pasos realizados durante una sesión terapéutica eran los siguientes:

— Descripción concreta y específica de la situación a representar.

— Representación de dicha situación por parte de los terapeutas o si era posible por uno de los terapeutas y uno de los miembros más activos del grupo.

— Práctica repetitiva de la situación representada, por parte de los pacientes del grupo. Dicha práctica se realizaba por parejas.

Se hacía especial hincapié en aquellos pacientes que tenían una mayor inhibición frente a la situación representada y que a su vez tenían una mayor probabilidad de encontrarse con ella en su vida real.

Las escenas se repetían numerosas veces de forma secuencial, hasta que los pacientes adquirían los componentes conductuales de los que carecían, mediante el refuerzo de la ejecución más adecuada y la extinción de los componentes conductuales no adecuados.

**3.ª fase:** Las sesiones se realizaban «in vivo», tanto por parte del terapeuta como por parte de los pacientes, consistiendo éstas en practicar de un modo gradual en situaciones reales (calle, autobús, etc.), lo aprendido en las situaciones terapéuticas.

En los primeros enfrentamientos con situaciones reales era obligatoria la presencia tanto de los terapeutas como del grupo, con el fin de apoyar al paciente y reforzar lo conseguido; posteriormente se indicaba a los pacientes que ellos solos deberían de ir enfrentándose gradualmente a las situaciones.

## RESULTADOS

En el momento del inicio del grupo, la media de las puntuaciones obtenidas por los pacientes en las escalas topográficas eran las siguientes:

- Participación, 0'85.
- Expresión verbal, 0'42.
- Expresión corporal, 0'42.

Al terminar el tratamiento, las puntuaciones habían variado y eran respectivamente:

- Participación, 1'92.
- Expresión verbal, 2'24.
- Expresión corporal, 2'23.

En el seguimiento de los nueve meses, las puntuaciones eran las siguientes:

- Participación, 1'85.
- Expresión verbal, 2'00.
- Expresión corporal, 1'60.

Como se puede observar en las tablas anteriores y en la gráfica, las puntuaciones obtenidas por los pacientes mejoran al final del trata-

miento, aunque estadísticamente esta mejoría no es significativa. Las puntuaciones disminuyen ligeramente en el seguimiento de los nueve meses, sobre todo la expresión corporal, lo que es considerado como corriente en el tratamiento de los grupos de pacientes esquizofrénicos (Wallace, 1980).

Respecto a las puntuaciones obtenidas en el listado de situaciones ansiógenas, el resultado ha sido el siguiente:

— Al inicio del tratamiento, 79'00.

— Al final del tratamiento, 73'00.

— Al seguimiento (9 meses), 70'30.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en las escalas topográficas son coherentes, aunque no sean significativos estadísticamente con los obtenidos por otros autores, los cuales afirman que con el tratamiento se consigue una rápida mejoría, pero que ésta se pierde de un modo paulatino.

En cambio los resultados obtenidos en las situaciones ansiógenas (véase la gráfica) no confirman lo existente en la bibliografía sobre el tema; esto creemos que se debe a la existencia de un proceso de extinción de la ansiedad ante las situaciones problemáticas al enfrentarse el paciente a ellas de un modo sistemático y gradual, siguiendo las indicaciones de los terapeutas.

## BIBLIOGRAFÍA

- BANDURA, A. «Principios de la modificación de conducta.» Ed. Sígueme, 1983.
- BARTOLOMÉ, CARROBLES, COSTA, DEL SER. «La práctica de la terapia de conducta.» Ed. Pablo del Río, 1979.
- GARCÍA QUINTANAL, R. y al. «Entrenamiento grupal en habilidades sociales a pacientes psicóticos.» *Informaciones Psiquiátricas*, 87-88, 115-120, 1982.
- GUIMÓN, J. y TOTRIKA, K. «Psicoterapia grupal para la mejora de la competencia social del esquizofrénico.» *Psiquis*, IV, 2, 143-154, 1983.
- MONTERO, I. y al. «Influencia de la terapia psicosocial en la evolución de la esquizofrenia: Un estudio comparativo.» *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiqui.* 12, 4, 267-278, 1984.
- VARELA, C. y col. «Habilidades sociales aplicadas a psicóticos, un enfoque cognitivo.» *Psiquis*, IV, 161, 47-51, 1983.
- WALLACE, CH. J. y al. «A review and critique of social skills training with schizophrenic patients.» *Schizophrenic Bulletin*, 6, 1, 42-63, 1980.