

APORTACIONES DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES AL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

*Francisco J. Santolaya Ochando*¹

RESUMEN En la presente investigación, se pretende comprobar la eficacia de las técnicas de Entrenamiento en Habilidades Sociales (E.H.S.) en pacientes esquizofrénicos; para ello se desarrollan dos programas de tratamiento que diferían únicamente, en la utilización o no de instrucciones (E.A.I.) controladoras de la ansiedad, habiéndose utilizado dos pruebas estadísticas diferentes para comprobar tanto las diferencias inter-grupo como la evaluación intra-grupo, tanto en el pre-tratamiento como después del tratamiento y en el seguimiento.

PALABRAS CLAVE Entrenamiento en Habilidades Sociales, Autoinstrucción, Esquizofrenia.

INTRODUCCIÓN

De todos es sabido las repercusiones sociales de la Esquizofrenia; los costes económicos tanto directos como indirectos, así como el coste socioemocional tanto del paciente como de su familia, son razones suficientes para justificar el permanente interés clínico de la misma.

El empleo de los psicofármacos en las enfermedades mentales y más específicamente la utilización de los neurolépticos en los trastornos esquizofrénicos, ha logrado un gran avance en el tratamiento y reducción de la sintomatología psicótica propiamente dicha, variando positivamente el pronóstico de la enfermedad.

Pero con el paso del tiempo se ha comprobado que los psicofármacos no ayudan a resolver el estado de defecto que aparece frecuentemente tras la fase activa de la enfermedad y que se caracteriza por una apatía generalizada, falta de motivación, aislamiento social y un empobrecimiento global de la personalidad.

Es decir, los neurolépticos no consiguen «normalizar» de un modo eficaz las relaciones que establece el enfermo esquizofrénico con su medio socio-familiar y laboral. De ahí que en las últimas décadas surgiera la necesidad de combinar el tratamiento farmacológico y las orientaciones de tipo psicosocial, dado que el objetivo de un programa terapéutico, debe estar dirigido tanto al control de la sintomatología y la reducción del número de recidivas como al manejo del paciente en la comunidad, mejorando la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

Las indiscutibles ventajas de un tratamiento combinado han cristalizado en una gran profusión de abordajes terapéuticos que se utilizan conjuntamente con el tratamiento

farmacológico y que provienen de distintas orientaciones ya sean psicodinámicas, conductuales o sistémicas cuya aplicación abarca tanto el nivel familiar como individual.

Dentro de la sintomatología que presentan los pacientes esquizofrénicos son de señalar los déficits en el funcionamiento social. Dichos déficits son más que una consecuencia de los síntomas positivos y negativos; apareciendo incluso en pacientes con síntomas positivos en remisión y con ausencia de un síndrome negativo manifiesto.

Es más, muchos de estos pacientes han presentado déficits en el funcionamiento social desde la infancia y numerosos estudios vienen a confirmar, la existencia de dichos déficits como puede verse en la tabla 1, los diversos estudios señalan déficits en contacto ocular, o en la expresión facial; pero también se han encontrado déficits en otras áreas de la conducta tanto verbal como no verbal. No obstante no se ha conseguido trazar un perfil claro de cuáles son los déficits de respuestas que se derivan de la enfermedad.

En nuestra opinión ello se debe a varias causas, relacionadas con el hecho de que las habilidades sociales son entes dinámicos íntimamente unidos al espacio sociocultural donde se desarrollan las personas, y visiblemente marcadas por la especificidad situacional. Pero también a que las habilidades de respuesta conductual como componentes de las habilidades sociales han sido excesivamente consideradas en la literatura sobre el tema en detrimento de otros componentes como la percepción social y el balance interactivo.

Hay otro factor de tipo práctico que incide en la inexistencia de un perfil claro de los déficits sociales de los esqui-

¹Decano del COP-PV. Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental de la Malvarrosa.

Tabla 1. Estudios sobre Déficits Sociales en Esquizofrénicos

AUTOR	AÑO	TIPO DE DÉFICIT
Riemer	1949 1955	en el contacto ocular
Logabangh y col.	1966	en la interacción con los otros
Harris	1968	en el contacto ocular
Dougherty, Barlett & Izzard	1974	en la expresión facial de emociones
Rutter	1977 1978	no déficits específicos en relación a otros pacientes psiquiátricos
Morrison & Bellack	1987	no se puede trazar un gráfico claro de los déficits por la influencia del contexto social
Mueser, Bellack & col	1990	no diferencia entre hombres y mujeres en alteraciones depresivas pero sí en esquizofrénicos
Boswel & Murray	1981	Son menos hábiles en general que los normales
Lindsay	1982	
Zuroff & Colussy	1986	en la expresión facial de las emociones
Morrison, Bellack & Mueser	1988	
Kring, Kerr, Smith y Neale	1993	en la expresión facial de emociones atribuible a un déficit de funcionamiento generalizado

zofrénicos; me refiero al hecho que ocurre con frecuencia en la práctica clínica y que consiste en utilizar un entrenamiento en habilidades sociales basado más en intuiciones clínicas que en datos específicos y objetivos de la existencia de dichos déficits; así muchas veces los instrumentos para la evaluar las habilidades se centran principalmente en la observación de la conducta global y a partir de ahí se deduce la competencia del sujeto, y dado que la evaluación no incluye niveles específicos de análisis se llega a la creencia de que el pobre funcionamiento en el rol social del paciente esquizofrénico, está causado por los síntomas negativos.

Esto lleva a un error en el diagnóstico, ya que la presencia de muchos síntomas negativos se toma como un indicador más o menos directo de la necesidad de un entrenamiento en habilidades sociales sin realizar una evaluación específica; no diferenciándose las competencias globales del paciente y sus competencias específicas; no se tiene en cuenta que los pacientes esquizofrénicos con muchos síntomas negativos puede mostrar conductas sociales muy competentes cuando se le pone en una situación con un requerimiento social específico.

En resumen, los síntomas negativos explican posiblemente por qué el paciente no utiliza las habilidades sociales

de un modo espontáneo, pero no explican la conducta social específica en sí misma; por ello es muy importante para prescribir la necesidad de un entrenamiento en habilidades sociales el realizar un análisis profundo tanto en el ámbito verbal como no verbal de las relaciones sociales del paciente, pues la mala interacción que suelen tener puede ser debida a alteraciones de algunos segmentos conductuales (mal contacto ocular, poca fluidez verbal, etc.).

En todo caso y a pesar de la inexistencia actual de un perfil específico de los pacientes esquizofrénicos, el Entrenamiento en Habilidades Sociales se ha convertido en una de las intervenciones psicosociales más ampliamente utilizadas en el tratamiento de la esquizofrenia y en un instrumento básico en el campo de la rehabilitación psiquiátrica, siendo definido como un método directo a través de los principios de la teoría del aprendizaje social de enseñar habilidades interpersonales, con el fin de aumentar la competencia de una persona en situaciones sociales específicas, y abarca cuatro áreas de funcionamiento interpersonal: La adquisición y reproducción de respuestas, el fortalecimiento de las respuestas más adecuadas y la transferencia o generalización de las respuestas adquiridas.

Hasta el momento, la mayoría de las revisiones de los estudios realizados indican que el entrenamiento en habilidades sociales ha sido beneficioso para los pacientes esquizofrénicos; habiendo sido efectivo en el incremento de los sentimientos participativos, de control y de confort de las situaciones sociales. También hay acuerdo, en que en casi todos los estudios, en que se logra una mejora significativa en los elementos topográficos de las habilidades sociales; pero este acuerdo no es tan uniforme en cuanto a la generalización de las conductas adquiridas a sus ambientes naturales; ni en cuanto al impacto clínico en factores tales como las recaídas o número de rehospitalizaciones.

En cuanto a esta disparidad de opiniones nosotros creemos que en parte se debe tanto a la diferente composición de los programas terapéuticos empleados como a la disparidad de los instrumentos de evaluación utilizados.

Material, Método y Procedimiento

Es la existencia de esta falta de acuerdos en aspectos como la generalización, así como la existencia de pocos estudios que realicen un seguimiento adecuado de los resultados de la intervención; y el reconocimiento de la influencia de los factores cognitivos en el aprendizaje de las habilidades sociales, lo que nos llevó a plantear este trabajo de investigación y nos motivó a la creación de dos grupos de tratamiento de habilida-

Tabla 2. Descriptivos del Grupo Experimental y del Grupo Control

VARIABLE	CATEGORÍAS	TOTAL	GRUPO	
			EXPERIMENTAL	CONTROL
SEXO	varón	28	13	15
	mujer	11	8	3
EDAD	media	24,46	24,05	25,83
	desviación	(5,107)	(4,73)	(5,88)
E. CIVIL	soltero	36	20	16
	casado	3	1	2
NIVEL ESCOLARIZACIÓN	analfabeto/	20	9	11
	incompleta			
	básica completa	12	9	3
SITUACIÓN ADMINISTRATIVO/LABORAL	BUP/FP2	7	3	4
	trabajo eventual	2	0	2
	sus labores	1	0	1
	estudiando	2	1	1
	incapacitado o baja laboral	18	7	11
RESPONSABILIDAD SOCIO-LABORAL ACTUAL	parado ó sumergido	16	13	3
	trabaja	5	2	3
	colabora	7	5	2
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	no hace nada	24	12	12
	terapia ocupacional	3	2	1
REHOSPITALIZACIONES	media	52,25	53,95	50,55
RECIDIVAS	media	0,95	1,185	0,72
MEDICACIÓN	media	0,69	1,12	0,27
	media	553,82	607,45	500,18

des sociales que difería únicamente en la utilización, en uno de ellos, de autoinstrucciones controladoras de la ansiedad.

Los objetivos e hipótesis son los siguientes:

Hipótesis 1: Los grupos experimentales obtendrán tras el tratamiento con relación al grupo control una mejor adaptación social así como una mejora en las habilidades sociales básicas.

Hipótesis 2: La mejoría obtenida por los grupos experimentales tras el tratamiento se mantendrán con respecto al grupo control a lo largo del seguimiento.

Hipótesis 3: El grupo experimental de Entrenamiento en Habilidades Sociales más Autoinstrucción (E.A.I.), obtendrá mayores diferencias con respecto al grupo control que el grupo experimental de Entrenamiento en Habilidades Sociales (E.H.S.).

El desarrollo de la investigación se corresponde con un diseño clínico, con asignación aleatoria y grupo control; cuya muestra se seleccionó a través de las historias clínicas de la población de pacientes esquizofrénicos crónicos no institucionalizados, ingresados al menos una vez en la unidad de psiquiatría del H.C.U.V., tras la aplicación de los criterios de selección, de los

95 casos iniciales, 53 de los mismos fueron rechazados, quedando un total de 42 pacientes que participaron en la investigación; 3 de los cuales la abandonaron en su inicio.

Los criterios de selección fueron los siguientes: 1) En el momento del estudio debían estar asistiendo periódicamente a la policlínica de psiquiatría del H.C.U.V., 2) Debían de estar en tratamiento farmacológico con neurolépticos, y 3) Deberían tener una edad comprendida entre los 18 y 35 años en el momento de inclusión en el programa terapéutico.

Los criterios de exclusión fueron: 1) Presentar un trastorno asociado de tipo orgánico o haber sido diagnosticado de C.I. límite o inferior, y 2) Haber participado anteriormente en tratamientos de tipo psicosocial o habilidades destinadas a mejorar el ajuste social.

De los 95 casos seleccionados inicialmente a través de la historia clínica, 53 de los mismos se rechazaron por: 1) Enfermedad física o muerte del paciente (4,5%); 2) Vivir muy alejados del centro sanitario donde se realizaba la investigación y pertenecer a otra área sanitaria; 3) Estar recibiendo tratamiento psicoterapéutico en centros privados (7,6%) en el momento del estudio; 4) Negarse la familia a que el paciente asistiera a tratamiento (11,4%), y 5) Presentar sintomatología psicótica positiva grave que impedía su inclusión en grupo (9,5%).

Volviéndose a confirmar el diagnóstico de esquizofrenia (según DSM-IV) de los 42 pacientes restantes, que intervinieron en el estudio, a partir de la revisión de la historia clínica pasada y actual del paciente, y la información aportada por el médico-psiquiatra que trataba al paciente. A dichos pacientes se les dio información sobre los motivos que nos impulsaban a realizar la investigación y tanto a ellos como a sus familias se les pidió el consentimiento para participar en el mismo.

Con el fin de homogeneizar la composición de los grupos experimental y control, en cuanto a los contextos sociales en que se desarrollaban al inicio del programa, se controló la variable edad dividiéndola en cuatro categorías, menores de 21 años, de 22 a 26 años, de 27 a 31 años y mayores de 32 años; asignándose posteriormente de modo aleatorio (programación básica, con comandos de aleatoriedad RND) los sujetos a cada uno de los grupos antes mencionados; quedando ambos grupos compuestos por 21 sujetos. Mediante el mismo procedimiento se procedió a subdividir el grupo experimental en dos subgrupos de 10 y 11 suje-

tos que diferían únicamente como se ha indicado anteriormente en la utilización, en uno de ellos, de autoinstrucciones controladoras de la ansiedad durante el programa de intervención terapéutica.

Las características de los grupos experimentales y control al inicio de la investigación son las siguientes:

Grupo Experimental (E.H.S.)

Formado por 11 pacientes, 6 varones y 5 mujeres, que reciben entrenamiento en habilidades sociales (H.S.). La edad media del grupo es de 23,27 años (desviación típica, 4,36), siendo los 11 solteros. 5 de ellos tienen la EGB completa, 6 lo tienen incompleto o son analfabetos. En cuanto a la situación laboral, hay 5 incapacitados o en baja laboral, 1 estudiante y 5 parados. Respecto a la responsabilidad administrativo laboral, 1 trabaja, 3 colaboran, 6 no hacen nada y 1 está en terapia ocupacional. El número total de días de hospitalización del grupo era de 44.

De los 11 pacientes, 4 fueron diagnosticados con psicosis esquizofrénica de tipo desorganizado, 3 de tipo paranoide y 4 de tipo catatónica.

Grupo Experimental (E.A.I.)

Formado por 10 pacientes, 7 varones y 3 mujeres, que reciben el mismo programa terapéutico que el grupo E.H.S., mas un conjunto de autoinstrucciones (Ai) que se utilizan para reforzar los logros obtenidos en las relaciones interpersonales, facilitar la interacción social y controlar la ansiedad inherente a toda situación social en la que participan los pacientes esquizofrénicos. La edad media es de 24,28 años (desviación típica, 4,31), siendo 9 de ellos solteros y 1 casado. En relación con los estudios, 4 tienen la EGB completa, 3 analfabetos o con básica incompleta y 3 un nivel de BUP/FP2. La situación administrativo laboral de 8 es el paro o trabajo sumergido, estando 2 incapacitados. La responsabilidad administrativo laboral de estos sujetos es de 2 con empleo, 1 en terapia ocupacional y 6 no hacen nada. El número total de días de hospitalización del grupo era de 63,9.

De los 10 pacientes uno fue diagnosticado con psicosis esquizofrénica de tipo desorganizada, 4 de tipo paranoide, 3 de tipo catatónico, 1 residual y 1 indiferenciada.

Grupo Control (G.C.)

Grupo de control, formado por 18 pacientes esquizofrénicos que asistían periódicamente a los controles ambulatorios (15 varones y 3 mujeres). La edad media

era de 25,83 (desviación típica, 5,88), siendo 16 solteros y 2 casados. En cuanto al nivel académico, 3 sujetos tenían la EGB completa, 11 incompleta y 4 un nivel de BUP/FP2. De este grupo, 11 sujetos estaban incapacitados o en baja laboral, 3 parados, 2 eventuales, 1 estudiante y 1 en la categoría «sus labores». En el ámbito de responsabilidad administrativa laboral, 12 no hacen nada, 2 colaboran, 3 trabajan y 1 está en terapia ocupacional. El número total de días de hospitalización del grupo era de 50,55.

Como ha podido observarse por los datos, de los 21 pacientes iniciales, 3 de ellos tras la primera entrevista abandonaron la investigación quedando este grupo conformado definitivamente por 18 sujetos. De estos 18 sujetos 5 fueron diagnosticados como psicosis esquizofrénica de tipo desorganizada, 7 de tipo catatónica, 7 de tipo paranoide, 1 residual y 1 indiferenciada.

A continuación presentamos dos tablas descriptivas (tablas 2 y 3) de los diferentes grupos experimentales y de control. En dichas tablas incluimos datos sobre el sexo, edad, estado civil, nivel de escolarización, situación administrativo-laboral, responsabilidad socio-laboral actual, días de hospitalización, número de veces de rehospitalización y recidivas. En la tabla 3 se muestran los datos del grupo experimental y el control. En la tabla 3 mostramos los datos de los sujetos en las dos condiciones experimentales.

Las características de la muestra, como puede apreciarse en la tabla 2 son comunes con las de otros estudios siendo de destacar que a pesar de la asignación aleatoria los grupos experimentales obtuvieron diferencias significativas con respecto al grupo control, en el índice de rehospitalizaciones y recidivas, y consecuentemente en la prescripción de medicación neuroléptica, medida en miligramos de clorpromacina por paciente y día. Esta diferencia se debe sobre todo a la prevalencia de sintomatología psicótica activa que concurrió en el grupo experimental E.A.I..

Con relación al resto de las variables como puede apreciarse, no hay diferencia entre los grupos, pudiéndose afirmar que la muestra está conformada por un predominio de pacientes varones con una edad media de 24,46 años, con bajo nivel de escolarización y en paro o con incapacitación laboral en su inmensa mayoría.

En cuanto al **proceso de evaluación** este fue realizado mediante evaluadores independientes y con instrumentos estandarizados.

Mediante el DAS (Disability Assesment Schedule), se evaluó el nivel de desajuste social; dicho instrumento fue desarrollado por la OMS y la versión utilizada ha sido adaptada y estandarizada en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico de Valencia por la Dr. Montero.

Los síntomas Clínicos fueron evaluados mediante el BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale de Overall & Gorham) y el PAI (Escala de Síntomas Negativos).

Asimismo se realizó una Evaluación Conductual mediante la Observación Directa de las Conductas del paciente en situaciones de grupo; utilizándose para ello una escala bidireccional de 5 puntos y en la cual se tiene en cuenta tanto la calidad de las respuestas como su intensidad. Dicha escala comprende 6 subescalas: Volumen verbal, Fluidez verbal, Conversación bidireccional, Contacto ocular, Expresividad facial y Movimientos corporales.

La Observación Directa Conductual se completó con una Evaluación mediante Role-Playing; utilizándose la misma escala empleada en las situaciones de observación directa. En cuanto a las escenas que se utilizaron en el role-playing, se intentó seleccionar las más representativas de los problemas cotidianos de los pacientes esquizofrénicos y que en un total de 16 abarcan aspectos de: Iniciar y mantener una conversación (pedir información), Hacer y aceptar halagos, Defensa de los derechos y opiniones propias, y Conductas de independencia.

Asimismo se utilizó tanto una Escala para valorar el Grado de Satisfacción del paciente con el programa de tratamiento, como el Diferencial Semántico (Osgood 1957) para medir las actitudes que tenía el sujeto frente a los conceptos de: hogar, amigos, madre, padre y diversiones.

Con relación al **programa terapéutico** los grupos experimentales fueron sometidos a dos programas de

Tabla 3. Descriptivos de los Grupos Experimentales

VARIABLE	CATEGORÍAS	GRUPO	
		E.H.S.	E.A.I.
SEXO	varón	6	7
FRECUENCIAS	mujer	5	3
EDAD	media	23.27	24.28
	desviación	(4.31)	(5.88)
E. CIVIL	soltero	11	9
	casado	0	1
NIVEL ESCOLARIZACIÓN	analfabeto/ incompleta	6	3
	básica completa	5	4
	BUP/FP2	0	3
SITUACIÓN ADMINISTRATIVO/LABORAL	trabajo eventual	0	0
	sus labores	0	0
	estudiando	1	0
	incapacitado o baja laboral	5	2
	parado ó sumergido	5	8
RESPONSABILIDAD SOCIO-LABORAL ACTUAL	trabaja	1	1
	colabora	3	2
	no hace nada	6	6
	terapia ocupacional	1	1
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	media	0.27	2.1
REHOSPITALIZACIONES	media	0.54	1.7
RECIDIVAS	media	0.54	1.7
MEDICACIÓN	media	369.8	845.11

Tabla 4. Resultados Globales por Pruebas para el Grupo de E.H.S.

Variable	Instrumento	Pre	Post	Seguimiento
Síntomas clínicos	BPRS	31,273 (8,427)	27,364 *** (10,201)	25,818 (7,332)
Síntomas negativos	PAI	4,636 (3,325)	2,909 ** (3,885)	2,818 (4,167)
Habilidades sociales	OD	14,000 (4,405)	18,364 *** (4,632)	19,364 (3,355)
Habilidades sociales	RP	220,273 (57,555)	296,364 *** (62,346)	286,636 * (62,261)
Ajuste social	DAS	3,636 (1,120)	2,273 *** (0,905)	2,091 (1,446)

Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) en el grupo 1 de habilidades sociales en los periodos de pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.
a. p<.01; a. p<.05; * p<.10

Tabla 5. Resultados Globales por Pruebas para el Grupo de E.A.I.

Variable	Instrumento	Pre	Post	Seguimiento
Síntomas clínicos	BPRS	42,222 (9,311)	28,600 *** (7,905)	25,000 (5,657)
Síntomas negativos	PAI	6,000 (7,953)	2,200 ** (4,290)	1,222 (3,667)
Habilidades sociales	OD	12,900 (4,701)	19,556 *** (4,003)	20,222 (5,718)
Habilidades sociales	RP	245,200 (71,947)	315,300 *** (74,476)	297,556 ** (91,450)
Ajuste social	DAS	3,500 (1,080)	2,333 *** (1,500)	2,111 (1,269)

Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) en el grupo 2 de habilidades sociales con autoinstrucción en los periodos de pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.
a. p<.01; a. p<.05; * p<.10

entrenamiento en habilidades sociales que constaban de tres fases bien diferenciadas, incluyendo en uno de los grupos las técnicas autoinstruccionales, el grupo control consistía en la asistencia periódica a los controles ambulatorios para el control de la medicación neuroléptica.

La diferencia sustancial entre ambos tratamientos como se ha indicado, fue que a los pacientes del grupo E.A.I., además del entrenamiento en habilidades sociales se les enseñó técnicas de autoinstrucción a fin de garantizar la ejecución de las habilidades aprendidas. Por ello, el proceso de entrenamiento en habilidades sociales es común a ambos grupos salvo con el matiz ya indicado que marcaba la diferencia de la intervención terapéutica. En ambos grupos se mantuvieron tres sesiones con las familias. La primera para informales del tratamiento, la segunda al final del mismo y la tercera al iniciar las sesiones de sobreaprendizaje.

La intervención terapéutica se realizó en grupo, indicándose a todos los sujetos que iban a participar en un tratamiento que estaba destinado a mejorar sus relaciones sociales; la frecuencia de las sesiones fue semanal (1/7 días) y la duración de cada sesión de 1 hora y 30' aproximadamente. La duración total de la terapia fue de 28 sesiones, 24 de las cuales se realizan de un modo continuo, dándose después de 2 meses de descanso 4 sesiones de reaprendizaje; y fueron llevadas a cabo por un psicólogo y un enfermero psiquiátrico como coterapeuta, ambos con experiencia en EHS y en manejo con pacientes esquizofrénicos.

Veamos a continuación cómo se llevo a cabo dicho programa, en cada uno de los grupos:

GRUPO CONTROL: como se ha indicado anteriormente el grupo control acudió únicamente a las sesiones de evaluación; y siguió con su régimen de visitas ambulatorias para el control de la medicación prescrita. En las sesiones que se emplearon para la valoración mediante la Observación Directa de las conductas en grupos, se plantearon temas generales sobre sus actividades diarias y se les pedía su opinión sobre la enfermedad que padecían.

GRUPO E.H.S.: El programa consta de tres fases consecutivas:

Fase educativa: en la 1ª Fase denominada Educativa, se imparte a los pacientes un sencillo programa en el cual se explica las causas síntomas, tratamiento y pronóstico de la enfermedad; asimismo se les da información sobre las diferencias que existe a nivel ver-

bal y no verbal entre las respuestas socialmente adecuadas y las inadecuadas. También se les comenta superficialmente los distintos modos de evaluación que se van a utilizar en el grupo y de un modo más específico la utilización del vídeo y de los ensayos de conducta. A lo largo de esta fase, mediante preguntas-tipo, se comprueba, si los pacientes van asimilando o no la información. Dicha fase se desarrolla a lo largo de las primeras cuatro sesiones. Asimismo a lo largo de todo el programa las sesiones se iniciaban siempre hablando de los síntomas psicóticos y la importancia de la medicación en su control.

La 2ª Fase de la terapia tiene como objetivo principal, el lograr eliminar la inhibición conductual de los pacientes a la vez que iniciar una normalización de las relaciones del paciente con su medio social. Para ello empleamos de un modo muy gradual ejercicios básicos que inciden sobre el lenguaje no verbal, sobre los elementos A!ra-verbales y sobre la conducta verbal. Así, a nivel no verbal utilizamos ejercicios de cine mudo, pautas graduales de mirada y/o control de la distancia interpersonal; a nivel paraverbal imitamos voces y aprenden a hacer pausas; y a nivel verbal, aprenden a hablar de distintos temas. Posteriormente integramos dichos ejercicios en diversas escenas en las cuales el paciente tiene que intervenir, por ejemplo: iniciar o terminar una conversación, pedir disculpas, felicitar a un compañero, o buscar un trabajo. Siempre se intenta crear un ambiente relajado y agradable para el paciente de modo que no se sienta amenazado a la hora de realizar los ejercicios.

Durante esta 2ª Fase, se utilizan técnicas conductuales conocidas por todos como son el Modelado, el Ensayo de Conducta, el Feed-back, el Aleccionamiento y la Instrucción. Técnicas que normalmente se centralizan solamente en uno o dos de los componentes conductuales de la interacción, con el fin de que el paciente consolide realmente el aprendizaje. También en esta fase se utiliza el vídeo, con el fin de analizar la actuación de los pacientes posteriormente en el grupo; durante dicho análisis intentamos focalizar la atención del paciente analizado, en los componentes adecuados de su actuación. Dicho análisis también se realiza durante el propio ensayo de conducta, mediante «el juego de la congelación» en el cual a una indicación del terapeuta los pacientes debían quedarse quietos como si estuvieran literalmente congelados.

La duración de esta fase es de 15 sesiones, no obstante, a partir del inicio de esta segunda fase siempre se incluían en todas las sesiones a lo largo del progra-

ma algunos ejercicios básicos de precalentamiento y algunas escenas estándar.

En la **3ª Fase** se realizan ejercicios de adaptación social activa, cuyo principal objetivo es conseguir que los pacientes sepan manejar distintas situaciones conflictivas. En esta fase, se les enseña a reconocer y anticipar respuestas adecuadas, así como a evitar situaciones problemáticas; y en base a la información que aportan los pacientes sobre los problemas cotidianos que tienen en su vida diaria, se forman escenas en las cuales se desarrollan nuevas conductas mediante diversas técnicas asertivas e inversión de roles. Esta fase tiene una duración de nueve sesiones, con un intervalo de descanso de dos meses tras las primeras cinco sesiones, a partir del cual las siguientes cuatro sesiones se realizan tanto en la sala ubicada en el hospital como en la calle con el fin de generalizar y consolidar las habilidades aprendidas.

GRUPO E.A.I.: Como se indicó anteriormente el grupo de HSAi recibió el mismo programa terapéutico que el grupo HS, es decir, recibió tanto el programa educativo (comprensión intelectual del problema) como el entrenamiento en HS mediante ejercicios básicos, escenas estándar y manejo de situaciones conflictivas; asimismo realizaron y se programaron tareas para casa y salidas a lugares públicos. La diferencia esencial con respecto al grupo HS fue la utilización de autoverbalizaciones facilitadoras de la interacción social (Meinchenbaum & Cameron, 1974; Meinchenbaum, 1977; Meinchenbaum y cols., 1981; Mahones, 1983; Salto y col., 1990; Farree, 1995), con el fin de controlar la ansiedad que les producen a estos pacientes la interacción social y aumentar el control de su comportamiento.

Dichas autoverbalizaciones se introducían en la fase 2ª, a partir de la 7ª sesión hasta la sesión 19. Durante la sesión terapéutica antes de iniciar los ejercicios y las escenas, los pacientes debían de repetirse dichas verbalizaciones, del mismo modo que una vez acabada la interacción. El listado de verbalizaciones era entregado por los terapeutas a los pacientes y consistía en varias frases cortas que implicaban control de la situación y autorrefuerzo de la ejecución. En la 3ª fase se utilizaban únicamente cuando el paciente se ejercitaba en el manejo de situaciones conflictivas y no en el resto de la sesión.

Los terapeutas siempre modelaban las autoverbalizaciones en las situaciones haciéndolo en primer lugar en voz alta y luego en voz baja; los pacientes sólo excepcionalmente lo hacían en voz alta.

El **análisis de datos** se realizó mediante el paquete estadístico SPSS en la opción de técnicas no paramétricas (Npar test); y los resultados obtenidos de modo resumido se pueden ver en la tabla 4 y siguientes, pudiéndose apreciar de modo global a través de la puntuación media y desviación típica en que variables han aparecido diferencias significativas tanto en los grupos experimentales como grupo control.

Asimismo en la tabla 7 se presentan los porcentajes obtenidos mediante el cuestionario destinado a valorar el grado de satisfacción de los pacientes que recibieron los programas del tratamiento experimental.

En cuanto a **las conclusiones** del presente estudio se puede afirmar que:

Los programas conductuales de Entrenamiento en Habilidades Sociales son viables para la práctica clínica cotidiana en los Servicios Sanitarios de Asistencia Pública, siendo ambos programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales eficaces con los pacientes esquizofrénicos, produciendo una marcada mejora de las habilidades sociales, y del ajuste social del paciente.

A nivel de ajuste social los programas desarrollados inciden directamente en las áreas de comportamiento general y rol social, además la aplicación de ambos programas de Entrenamiento de Habilidades Sociales, tienen efectos colaterales positivos sobre la sintomatología esquizofrénica. En cambio los pacientes esquizofrénicos que no reciben tratamiento específico en habilidades sociales y presentan déficits de las mismas, tienden a cronificarse en el tiempo.

Tabla 6. Resultados Globales por Pruebas para el Grupo Control

Variable	Instrumento	Pre	Post	Seguimiento
Síntomas clínicos	BPRS	28,833 (5,555)	29,294 (6,302)	28,824 (6,317)
Síntomas negativos	PAI	3,444 (4,514)	5,000 *** (5,037)	5,588 (4,988)
Habilidades sociales	OD	15,944 (4,633)	13,056 *** (4,080)	11,611 *** (4,526)
Habilidades sociales	RP	223,667 (101,965)	214,556 (84,779)	204,944 (93,039)
Ajuste social	DAS	3,111 (1,491)	3,000 (1,495)	3,118 (1,364)

Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) en el grupo control en los periodos de pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.
a. p<.01; a. p<.05; * p<.10

Tabla 7. Grado de Satisfacción del Usuario (G.S.U.).

PORCENTAJES	GRUPO E.H.S.	GRUPO E.A.I.
% Pacientes que encuentran útil asistir al grupo	90%	90%
% Pacientes que no encuentran difícil los ejercicios	63%	50%
% Pacientes que creen haber mejorado la relación con los demás	81.80%	90%
% Pacientes que desean repetir algún tipo específico de ejercicio	45%	50%
% Pacientes que cambian su forma de ver la enfermedad	55%	40%

Los efectos de los programas se ven potenciados si integran estrategias de tipo cognitivo, siendo los grupos de Entrenamiento en Habilidades Sociales, por su flexibilidad y condiciones de participación reforzantes para el paciente, dándose una baja tasa de abandono.

Referencias Bibliográficas

- Alberti, R.E.; & Emmons, M.C. (1978). *Your Perfect right* (3ª Edición). San Luis Obispo. C.A: Impact.

- Argyle M., Bryant, B. & Trower, P. (1974). Social skills training and psychotherapy: A comparative study. *Psychological medicine*, 4, 435-443

- Benton, M.K. & Schroeder, H.E. (1990). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 6, 741-747.

- Bornstein, M.R., Bellack, A.S. & Hersen, M. (1977). Social-skills training for unassertive children: a multi-baseline analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 183-195.

- Caballo, V.E. (1982). Los componentes conductuales de la conducta asertiva. *Rev. Psic. Gral. Apl.* 37, 3, 473-486.

- Caballo, V. E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Ed. Promolibro. Valencia.

- Doty, D.W. (1975). Role playing and incentives in the modification of the social interaction of chronic psychiatric patients. *J. Consult. Clin. Psychol*, 43, 676-682.

- Entradas Saavedra, M.; Ferreiro Cotruello, F.J.; Folk Madrid, A.; & Marin Juste, J.(1992). Habilidades sociales: una experiencia con pacientes psiquiátricos en consultas ambulatorias. *Anales de Psiquiatría*, 8, 282-285.

- Fernandez, R. & Carrobes, J.A. (1981). *Evaluación conductual, metodología y aplicaciones*. Ed. Pirámide. Madrid.

- Grant, E.C. (1970). An ethological description of non-verbal behavior during interviews. In *Behavior studies in Psychiatry* (Eds. S.J. Hutt and C. Hutt). Oxford: Pergamon.

- Hargie, O.; Saunders, C.; & Dickson, D. (1981). *Social skills in interpersonal communication*. London: Croom Helm.

- Hersen, M. & Bellack, A.S. (1977). Assessment of social skills. En A.R. Ciminero, A.S. Calham y H.E. Adamns (Ed.) *Handbook for behavioral assessment*. New York: Miley.

- Hogarty, G.E.; Anderson, C.M.; Reiss, D.J.; Kornblith, S.J.; Greenwald, D.P.; Javna, C.D., & Madonia, M.J. (1986). Family

Psychoeducation, Social Skills training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. *Arch. Gen. of Psychiatry*, 43, 633-642.

- Kelly, J.A. (1982). *Social skills training: A practical guide for interventions*. New York. Springer.

- Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: Mc Graw-Hill.

- Liberman, R.P. (1975). *Personal effectiveness*. Research Press, Champaign I 11.

- Libet, J. & Lewinsohn, P.M. (1973). The concept of social skills with special reference to the behavior of depressed persons: *Journal of consulting and clinical Psychology*. 40, 304-312.

- Liberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral dle enfermo mental crónico*. Ed. Martinez Roca. Barcelona.

- Rich, A. & Schroeder, H.E. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081-1096.

- Rimm, D.C. (1977). Assertive training and the expression of anger. En R.E. Alberti (Ed.). *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. San Luis Obispo. C.A.: Impact.

- Trower, P., Bryant, B., & Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. University of Pittsburgh Pres Pittsburgh.

- Trower, P. (1979). *Fundamentals of interpersonal behavior. A social-Psychological perspective*. In A.S. Bellack & Hersen (Eds.): *Research and practice in social skills training*. New York: Plenum Press.

- Vallina, O., Lemos, S., Garcia, A., Otero, A., Alonso, M. & Gutierrez, A. *Tratamiento Psicológico Integrado de Pacientes Esquizofrénicos*. *Psicothema*, 10, 2, 459-474. 1998.

- Vallina, O., Lemos, S., Garcia, A., Otero, A., Alonso, M. & Gutierrez, A. *Integrated psychological treatment for schizophrenic patients*. *Psychology in Spain*, 3, 1, 25 -35. 1999.

- Varela Garcia, C. (1994). *Rehabilitación social de la esquizofrenia: Aplicación transcultural de un programa de habilidades sociales*. Universidad Autónoma de Madrid.

- Wolpe, J. (1977). *La practica de la terapia de conducta*. De. Trillas. México.