

El entrenamiento en habilidades sociales en la Esquizofrenia.

Fco. José Santolaya Ochando

Psicólogo del Servicio Valenciano de Salud.

RESUMEN

En la actualidad, la eficacia del Entrenamiento en Habilidades Sociales en pacientes psiquiátricos, está ampliamente reconocida, no obstante existen muy pocos estudios realizados en la Comunidad Valenciana, sobre el tema, y en la bibliografía al uso son muy pocos los que evalúan el periodo de seguimiento.

En el presente artículo, se presentan las condiciones de un estudio realizado con 42 pacientes esquizofrénicos que recibieron diferentes programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales.

PALABRAS CLAVES

Habilidades Sociales, Autoinstrucción, Esquizofrenia.

Desde un punto de vista histórico el estudio científico de las habilidades sociales (H.S.) comenzó en la década de los 40 con los trabajos realizados por Salter sobre lo que denominó «Terapia de Reflejos Condicionados»; posteriormente en 1958 Wolpe retomaría el tema, iniciando la línea del «Entrenamiento Asertivo» en los trastornos neuróticos y más tardíamente Zigler y Phillips (1960) realizaron una serie de trabajos sobre la competencia social de los pacientes institucionalizados; estos autores, llegaron a la conclusión de que cuanto mayor es la competencia social premorbida del paciente menor es el tiempo de hospitalización y el número de recaídas.

Posteriormente, en la década de los 70 y los 80, se realizaron un gran número de investigaciones sobre el tema, utilizándose distinta terminología para hacer referencia al tema de las H.S. como son los términos de libertad emocional (Lazarus, 1971) o eficacia personal (Lieberman, 1975)

No obstante dichos términos siempre hacen referencia a aquellas habilidades que son necesarias para un funcionamiento social efectivo (Bornstein, Bellack & Hersen, 1977); y que incluye una serie de hábitos cognitivos, conductuales y fisiológicos aprendidos por el sujeto en situaciones más o menos específicas.

Como puede verse en la tabla adjunta (Tabla 1.1), las definiciones que se han realizado con respecto al tema de las H.S. son muy variadas e incluso actualmente y tras más de 25 años de estudio, aun sigue siendo difícil dar una definición única del termino habilidad

social o competencia social (Entradas, 1992); ello se debe, en nuestra opinión, a que las H.S. son entes dinámicos íntimamente unidos al espacio socio-cultural donde se desarrollan las personas y visiblemente marcadas por la especificidad situacional.

Es por ello, que cualquier cambio de contexto implica siempre para la persona un mínimo esfuerzo de adaptación; esfuerzo que para los pacientes esquizofrénicos resulta muchas veces insuperable.

El interés clínico de este tipo de pacientes es claro no ya por las repercusiones sociales y familiares de su enfermedad, ni por los costes tanto directos como indirectos, sino porque dicha enfermedad viene marcada por una gran cantidad de prejuicios.

Dichos prejuicios que son tanto sociales como familiares, que duda cabe que se deben a la dificultad que presentan estos pacientes para manejar de modo adecuado las relaciones socio-familiares y laborales; pero también a una sociedad que enfatiza más los rendimientos personales y la consecución de objetivos a corto plazo que una adecuada calidad de vida y que lleva a las familias a encontrarse desbordados ante el problema que supone tener un «enfermo esquizofrénico en casa».

Se puede decir que, existe un acuerdo generalizado tanto en la necesidad de utilizar medicación neuroléptica en los pacientes esquizofrénicos como en la importancia que tienen los déficits sociales que presentan estos pacientes para su reinserción sociolaboral.

También se observa que pese a la confirmación de la existencia de déficit

Tabla I.1 Características más peculiares de las definiciones aportadas a la literatura sobre H.S.

AUTOR	AÑO	CARACTERÍSTICAS
Thordike	1920	inteligencia social - actuar sabiamente en las relaciones humanas
Libet y Lewinsohn	1973	maximizar el refuerzo social- minimizar el castigo
Argyle	1974	actividad coordinada- cadena de mecanismos motores, sensoriales y centrales
Rimm	1977	conducta interpersonal- expresión de sentimientos
Doty	1975	elicitar refuerzo social de los demás
Lieberman	1975	expresión sentimientos, intereses y deseos
Rich y Schroeder	1976	habilidad-reforzamiento-expresión sentimientos
Hersen y Bellack	1977	expresión sentimientos + y - sin perder refuerzo social
Wolpe	1977	expresión - emoción -no respuesta ansiedad
Alberti y Emmons	1978	actuar-intereses-no ansiedad-expresión de sentimientos-ejercer derechos
Trower, Bryant y Argyle	1978	entender expresión de los demás-transmitir comportamientos verbales y no verbales
Rimm y Markle	1979	comportamientos verbales y no verbales-éxito
Trower	1979	objetivos-recompensas-experiencia
Hargie, Saunders y Dickson	1981	conductas sociales-aprendidas-bajo control
Kelly	1982	conductas aprendidas-reforzamiento
Foy, Wallace y Liberman	1982	comportamientos interpersonales-objetivo-relaciones sociales
Caballo	1986	conductas - contexto interpersonal - modo adecuado situaciones - minimiza problemas
Lieberman	1993	transacciones - logro de objetivos tangibles y socio-emocionales

específicos en este tipo de pacientes, no es posible trazar «a priori» un gráfico claro de los déficits de respuesta que presentan, debido básicamente a la realización de estudios con pacientes psiquiátricos de sintomatología muy variada y, a la creencia errónea de que los síntomas negativos son la causa de los déficits sociales de estos pacientes. Este último hecho, a nuestro modo de ver ha sido básico en cuanto a su influencia en la ausencia de evaluaciones específicas de las habilidades sociales.

Y, si bien es cierto que en general suelen tener déficits en:

- * La interpretación del lenguaje no verbal del otro (por problemas de decodificación y juicio de percepción social), al cual responde pobremente.
- * El contacto ocular (normalmente tienden a evitar la mirada o por el contrario a mirar de un modo fijo).
- * Al fallar el contacto ocular, también falla el flujo conversacional y los turnos de palabra por lo que no saben iniciar, mantener o terminar un encuentro adecuadamente.
- * Mantener una distancia personal (excesivamente grande).

* Tener movimientos de balanceo (de alivio, que aparecen durante la interacción debido a una reacción de acercamiento-evitación de la misma Grant, 1970).

* En el atractivo físico (visten mal, van descuidados, etc.)

Y que dichos déficits están relacionados con algunas de las siguientes razones:

- Carencia de un aprendizaje social apropiado en la experiencia pasada, esto ha sido referido como un déficit primario en las habilidades sociales.
- Pérdida de las habilidades sociales aprendidas previamente.
- Excesiva ansiedad en situaciones sociales. Este es un aspecto particularmente importante en la experiencia de los esquizofrénicos y ponderado por historias de déficits "primarios" o "secundarios".
- Déficits cognitivos en las habilidades de procesamiento de la información.

Únicamente a través de una evaluación específica de tipo funcional, pueden formularse planes y objetivos para lograr la reducción de los déficits sociales que presenta este tipo de pacientes (Lieberman, 1993); evaluación, en que se pueden utilizar distintos instrumentos, como son (Fernández y Carrobes, 1981): las escalas de calificación, la entrevista, las técnicas de observación directa, los estudios análogos (juego de roles), etc. pero todos ellos deben ir dirigidos a la definición de los déficits sociales del paciente en términos de su funcionalidad conductual.

Dichos planes y objetivos se pueden plasmar en programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales que tienen un amplio rango de aplicación que no se circunscribe únicamente al ámbito de los pacientes psiquiátricos; si bien, ha sido en este ámbito y específicamente en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos uno de los tipos de intervención psicosocial más ampliamente utilizado.

En general parece confirmado que el Entrenamiento en Habilidades Sociales mejora claramente los déficits sociales de los pacientes esquizofrénicos, así como, inciden positivamente en el porcentaje de altas hospitalarias y reduce la psicopatología esquizofrénica, habiendo incluso autores como Carrigan y Storbach (Varela, 1994) que «han diseñado programas de control directo de delirios y alucinaciones». No obstante, también es cierto que la efectividad conseguida en la reducción de las recaídas es menor que en otros programas de intervención psicosocial orientados a la familia (Hogarty y col., 1986; Benton y Schroeder, 1990). Es más, existen estudios que aportan resultados contradictorios en este tema, a la vez que son pocos los estudios que presentan resultados del seguimiento que permitan demostrar la permanencia de los efectos del E.H.S.

En el caso de nuestro país y más específicamente en el caso de la Comunidad Valenciana son muy pocos los estudios controlados que se han realizado aplicando las estrategias de E.H.S. a grupos de pacientes psiquiátricos, y más escasos aún los llevados a cabo exclusivamente con pacientes esquizofrénicos.

Por ello, se realizó un trabajo de investigación con una muestra de 42 pacientes esquizofrénicos distribuidos en tres grupos (un grupo control y dos experimentales). El grupo control (GC) estaba formado por veinte pacientes, con una edad media de 25.83 años y una desviación típica 5.88, en tratamiento ambulatorio con neurolépticos. Los grupos experimentales estaban formados por once pacientes (GEHS) con una edad media de 23.27 años y una desviación típica de 4.36 y diez pacientes (GEAI) con una edad media de 24.28 años y una desviación típica de 4.31; ambos grupos recibieron respectivamente, junto al tratamiento neuroléptico programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales y Entrenamiento en Habilidades Sociales más Autoinstrucción.

Tabla 1.2 Variables e instrumentos utilizados.

VARIABLES	INSTRUMENTO	VALORACIÓN	OSERVACIÓN EN EL TIEMPO
AJUSTE SOCIAL	DAS II	Escala de 0 a 8, a más puntuación mayor desajuste social	PRE-TRATAMIENTO POST-TRATAMIENTO SEGUIMIENTO
HABILIDADES SOCIALES	OBSERVACIÓN DIRECTA DEL GRUPO ESCENAS DE ROLE-PLAYING	Escala de 0 a 4; a mayor puntuación mayor habilidad	PRE-TRATAMIENTO POST-TRATAMIENTO SEGUIMIENTO
ESTADO CLÍNICO	BPRS PAI	Escala de 1 a 7 a mayor puntuación mayor gravedad Escala de 0 a 3 a mayor puntuación mayor gravedad	PRE-TRATAMIENTO POST-TRATAMIENTO SEGUIMIENTO
EVALUACIÓN DE CONCEPTOS	DIFERENCIAL SEMÁNTICO	Escala de 1 a 7 a mayor puntuación mejor percepción del concepto	PRE-TRATAMIENTO POST-TRATAMIENTO SEGUIMIENTO
GRADO DE SATISFACCIÓN	CUESTIONARIO ESPECIFICO	Codificación: 1=si; 2=no; 3=ns/nc	FINAL PROGRAMA TERAPÉUTICO

El estudio consta de tres puntos de observación en el tiempo. Inicialmente, después de la selección de lo sujetos se obtienen los primeros datos de la observación de los grupos experimentales y control mediante las correspondientes pruebas. A continuación a los grupos experimentales se les somete a tratamiento, y se obtienen de nuevo datos en un segundo punto en el tiempo de los tres grupos. El tercer punto en el tiempo que se tuvo en cuenta es otra medida posterior de seguimiento, a los nueve meses de terminarse el tratamiento.

Los objetivos del trabajo de investigación fueron:

1) Confirmar que los programas de entrenamiento en habilidades sociales que presentamos pueden reducir los déficits sociales de los pacientes esquizofrénicos.

- 2) Comprobar si los beneficios obtenidos con la aplicación de dichos programas se mantienen en el tiempo.
- 3) Observar si existe una eficacia diferencial entre ambos programas experimentales, causada por la incorporación de las auto-verbalizaciones a uno de dichos programas.

La diferencia sustancial entre ambos programas de tratamiento 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 trata-

TEMES D'ESTUDI

miento, la segunda al final del mismo y la tercera al iniciar las sesiones de sobrepaprendizaje.

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.

Las variables estudiadas fueron el Ajuste Social, las Habilidades Sociales, el Estado Clínico del paciente, la Evaluación de Conceptos, y el Grado de Satisfacción con el tratamiento; los instrumentos utilizados para estudiar dichas variables pueden verse en la tabla adjunta (Tabla 1.2).

Tras el análisis de los resultados obtenidos se llegaron a las siguientes conclusiones:

Los programas conductuales de Entrenamiento en Habilidades Sociales son viables para la práctica clínica cotidiana en los Servicios Sanitarios de Asistencia Pública.

Ambos programas conductuales de Entrenamiento en Habilidades Sociales son 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.

La aplicación de ambos programas de Entrenamiento de Habilidades Sociales, tienen efectos colaterales posi-

vos sobre la sintomatología esquizofrénica.

Los pacientes esquizofrénicos que no reciben tratamiento específico en habilidades sociales y presentan déficits de las mismas, tenderán a cronificarse en el tiempo.

Los efectos de los programas se ven potenciados si integran estrategias de tipo cognitivo.

Los grupos de Entrenamiento en Habilidades Sociales, por su flexibilidad y condiciones de participación son reforzantes para el paciente, dándose una baja tasa de abandono.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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 un assertive 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 Cotorruelo, 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.

Fernández, 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. Ciminerio, 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.

Lieberman, R.P. (1975). *Personal effectiveness*. Research Press, Chanpaingn Ill.

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.

Lieberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral de enfermo mental crónico*. Ed. Martinez Roca. Barcelona.

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

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*. Un iversity 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.

Varela García, 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.