

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA USUARIOS EXTERNOS EN EL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

César Sotillo¹

RESUMEN

En el manejo de las personas portadoras de enfermedades mentales crónicas y sus familias las terapias están sujetas a una excesiva prescripción de medicamentos y tratamiento homogéneo a todos los pacientes, sin tener en cuenta sus necesidades individuales ni su subjetividad, cumpliéndose una regla universal en medicina: "El grado de atención y los números de contactos suelen ser inversamente proporcionales a la gravedad del cuadro y a su consideración como crónico".

En búsqueda de una solución a dicha problemática, el autor describe un programa de entrenamiento en habilidades sociales para usuarios externos (familiares y pacientes con discapacidad mental crónica); desarrollado desde enero de 2009 hasta agosto de 2011 en los consultorios externos del Hospital Víctor Larco Herrera en Lima, Perú.

Se describen los resultados y el número de atenciones realizadas, concluyéndose que el sistema de atención grupal cubre con creces las expectativas del servicio asistencial de la institución. Por ende, creemos necesario el desarrollo continuado y permanente de programas psico-educativos y de técnicas de soporte de estrés dirigidos hacia la familia y sus pacientes, así como de nuevos procedimientos para mejorar su calidad comunicacional aproximándolos a una rehabilitación más cabal e integral.

PALABRAS CLAVE: Entrenamiento en habilidades sociales, Familia, Enfermo mental crónico, Rehabilitación.

SUMMARY

Dealing with chronic mental ill people and their families, therapeutics procedures are subject to excessive and homogeneous medical treatment of all patients without considering their individual needs and subjectivity, fulfilling a universal rule in medicine: "Attention level and number of contacts are inversely proportional to the seriousness of the disease and its chronic outcome".

Searching a light in the solution of this problematic, the author describes a social skills training program for users of mental health facilities (families and patients with chronic mental illness) developed since January 2009 to August 2011 at the ambulatory systems of Victor Larco Herrera Hospital in Lima, Peru.

It is described the number of attentions that were covered in that period of time concluding that group attention strategy exceeded the expectations of mental health services of the institution and therefore there is a necessity of a continuous and permanent development of psychoeducational programs and stress support coaching aimed to the family and their patients and also new procedures in order to improve communicational quality for their patients approaching them to a fully and comprehensive rehabilitation.

KEY WORDS: Social skills training, Family, Chronic mentally ill, Rehabilitation.

¹ Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Médico psiquiatra del INSM "HD-HN".

En el artículo de revisión de García Cabeza¹ sobre psicoterapias en esquizofrenia se dice que la necesidad de un enfoque psicoterapéutico en personas con esquizofrenia está presente desde hace más de 100 años. Anecdóticamente podemos referir como los albores de la aplicación de procedimientos de psicoterapia en personas con psicosis crónica las descritas en la clínica Burghölzli (Zurich), donde bajo la dirección de Eugene Bleuler trabajaban entre otros Gross, Riklin, Biswanger, Jung, etc. Bleuler incluía en el tratamiento del paciente esquizofrénico una serie de elementos básicos: relación constante, análisis

de la fuente de tensión, catarsis, reflexión, cambios conductuales, adaptación y consejo².

En la actualidad, los diversos enfoques van desde actividades caritativas, la mera práctica asistencial, la terapia ocupacional, recreativa y deportiva y la psicoeducación hasta enfoques psicoterapéuticos diversos, enmarcados en teorías psicológicas; todos ellos muestran facetas de rehabilitación, sin que exista muchas veces una visión integral del sujeto objeto de estas actividades¹.

El adjetivo "crónico" aparece en psiquiatría en la segunda mitad del siglo XIX, para distinguir a los enfermos que superaban el tiempo de estancia de los hospitales llamados de agudos, sin más razón científica que una simple cuestión administrativa.

Definir como "crónica" la enfermedad que dura más de seis meses es algo que se hizo durante las últimas décadas del siglo XX.

Aun cuando los avances de las neurociencias han obligado a considerar seriamente toda la problemática de las enfermedades mentales, permanece el viejo concepto kraepeliniano de que *crónico* alude a deterioro, déficit cognitivo e incurabilidad, lo cual significa un pesado lastre para el futuro del enfermo como persona y para su familia.

Nos parece que hay un divorcio entre los estudios científicos y las experiencias rehabilitadoras con la práctica clínica. También creemos que hay dificultades para transferir a esa práctica el ámbito y el lenguaje de la investigación que no sea la información sesgada que facilitan las casas farmacéuticas.

Todo esto se traduce en la práctica en lo que Sheperd³ ha descrito como "una excesiva prescripción de medicamentos y tratamiento homogéneo a todos los pacientes sin tener en cuenta sus necesidades individuales, ni su subjetividad" cumpliendo una regla universal en medicina: "El grado de atención y los números de contactos suelen ser inversamente proporcionales a la gravedad del cuadro y a su consideración como crónico".

Es más, dice Andreasen⁴: "La única estrategia posible es el control de las fases agudas y su teórica prevención a base solo de medicación continuada a altas dosis, mientras que, cara al futuro, se confía en que el estudio de los procesos moleculares y celulares que alteran el desarrollo del cerebro, pueda identificar técnicas preventivas que se utilicen antes de que se produzca el daño cerebral, aparte naturalmente, de encontrar por fin el psicofármaco adecuado para cada tipo de trastorno". Los factores de desarrollo o ambientales, como la propia rehabilitación psicosocial, estarían de sobra según esta tesis.

En un medio en el que, supuestamente, prima la evidencia científica frente a otros argumentos, la necesidad de un tratamiento psicosocial debería reivindicarse hoy más que nunca, ya que las

recomendaciones de un abordaje psicosocial se mantienen en todas las guías actuales de tratamiento de la esquizofrenia⁵.

Se observa en la práctica que, a pesar de las limitaciones que para el paciente psicótico crónico supone un abordaje exclusivamente farmacológico (falta de respuesta completa, mal cumplimiento, tratamiento de síntomas positivos con olvido de aspectos funcionales, y otros síntomas menos evidentes como los cognitivos, la falta de introspección, no recuperación de la autoestima, etc.); el uso y extensión de la psicoterapia en estos pacientes, es muy limitado. Alanen recoge en su último libro una serie de razones que explicarían esta situación, entre las que destacamos las relacionadas con la evolución hacia un concepto biomédico de la enfermedad (con lo que supone el desarrollo e inversión de recursos en intervenciones psicológicas o psicosociales y no solamente en psicofármacos) y las derivadas de las dificultades intrínsecas y económicas de su aplicación e investigación, sobre todo con estudios prospectivos controlados⁶.

Por otro lado, las prácticas en los talleres de rehabilitación, desarrolladas en los centros de reclusión psiquiátricos "manicomiales", muchas veces no preparan al paciente para un mercado laboral, de por sí escaso para los "sanos", ni garantizan una integración familiar y social. Son insuficientes las metas o acciones como "compensar", "ocupar", "entretener", así como modelos de exclusión, cronificación o progresión circular. En su lugar es necesaria la búsqueda de modelos alternativos, integrados, completos y continuos de creación y de vínculos progresivos hacia la integración social del paciente.

Abordaje cognitivo-conductual

Aunque no existe un modelo de enfermedad específico sobre el que se sustenten estas técnicas en los enfermos esquizofrénicos, sí está ampliamente aceptado el de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977) como hipótesis de trabajo, ya que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales⁷.

Clásicamente la terapia cognitivo-conductual incluye las fases de valoración, identificación de problemas clave, intervención y prevención de recaídas, aportando durante toda la terapia apoyo, información y educación. Así, la terapia comienza con la evaluación de los síntomas (síntomas psicóticos, depresivos, ansiosos, ideas suicidas,

aislamiento, problemas económicos, cotidianos, etc.). Posteriormente, paciente y terapeuta formulan los síntomas clave e identifican su correlato cognitivo y conductual, así como las creencias y estrategias de afrontamiento involucradas, y se desarrollan técnicas de focalización y exposición, respuesta racional y reatribución, modificación del pensamiento, distracción, realización de actividades por medio de la discusión, cuestionamiento inductivo, imaginación, juego de roles (*role playing*), asignación de tareas, etc. La terapia cognitivo-conductual permite al paciente psicótico desarrollar alternativas frente al delirio y pensamiento paranoide o ayudar a desarrollar atribuciones no estresantes para las alucinaciones; también permite afrontar la sintomatología negativa, iniciar actividades, administrar autorecompensas para incrementar la realización de actividades gratificantes, etc. Pero también la psicoterapia cognitivo-conductual intenta mejorar el afrontamiento de la enfermedad en su conjunto y el conocimiento y adherencia al tratamiento farmacológico. Los efectos beneficiosos de la terapia cognitivo-conductual, tanto en síntomas positivos como negativos, vienen avalados por el meta-análisis publicado por Rector y Beck⁸; y la revisión de Dickerson encuentra que este tipo de intervenciones mejora la evolución frente al mero apoyo o tratamiento convencional⁹.

Dentro de este contexto el entrenamiento en habilidades sociales, sobre el cual existe gran número de estudios de intervención y evidencias de eficacia, aunque con algún resultado dudoso¹⁰, sería una intervención específica que se dirige directamente hacia la mejora del funcionamiento social mediante la identificación y resolución de problemas en actividades de la vida diaria, relaciones sociales, empleo y ocio. Así, el enfoque ya no se dirige directamente a los síntomas sino también a cambios comportamentales. Benton y Schroeder (1990), en un meta-análisis que incluye 27 estudios controlados, concluyen que el entrenamiento en habilidades sociales mejora el funcionamiento social y personal, reduce reingresos y atenúa síntomas¹¹.

También incluiríamos entre estos abordajes específicos, los relacionados con la rehabilitación o entrenamiento cognitivo, la psicoeducación, el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades de autonomía en la vida diaria o técnica de habilidades de apoyo al empleo u ocupacionales, etc¹².

Asimismo, la reinserción de estas personas a su entorno social implica necesariamente comprender la dinámica de la familia, que en nuestra cultura hispana constituye el primer puntal de dicha reinserción donde se entremezclan relaciones de sobreprotección, dependencia, interdependencia, hostilidad, rechazo y creencias sobre la enfermedad mental.

Christine Vaughn y Julian Leff¹³ han identificado tres tipos de problemas en los familiares de las personas que sufren de esquizofrenia: el malestar causado por los síntomas de la enfermedad, las relaciones sociales deficientes y la consecuente perturbación en los miembros de la familia.

Un enfermo con esquizofrenia tiende a aislarse del resto, busca estar solo, se muestra agresivo, extravagante, apático o indolente. Todo ello perturba al resto de la familia creándole sentimientos de desamparo y frustración, pues no se sienten correspondidos en su intención de apoyarlo. Es entendible que los familiares se irriten y se sientan constantemente "al filo de la navaja", nerviosos, confundidos, atemorizados y desesperados ante una nueva recaída, "muertos de vergüenza" ante los vecinos y culpables o culpando a otros por su "desgracia"¹⁴.

Estas emociones constituyen la llamada "alta reactividad emocional" o "alta emoción expresada", la cual produce un clima emocionalmente estresante que ha demostrado facilitar las recaídas y re-hospitalizaciones.

En ocasiones, en los miembros dominantes de la familia, hay censura y hostilidad hacia la persona que sufre esquizofrenia rechazándola y expulsándola del seno familiar; termina así el paciente deambulando y pernoctando en las calles. O bien, por el contrario, se le sobreprotege empleándose grandes cantidades de tiempo y energía en el cuidado del enfermo, lo cual facilita una mayor ruptura de sus relaciones sociales con la comunidad. Otras veces se oscila entre la crítica y la sobreprotección creándose un clima que, en lugar de buscar soluciones, agrava los conflictos¹⁴.

Todo ello no significa en modo alguno una "mala actitud de los familiares", sino la llamada "alta emoción expresada" o "alta reactividad emocional".

Dentro de este contexto se hace necesario el desarrollo de programas psico-educativos y de técnicas de soporte de estrés dirigidas hacia la

familia y sus pacientes, así como de nuevos procedimientos para mejorar su calidad comunicacional que los aproxime a una rehabilitación integral.

Material y métodos

Lo que a continuación se describe es un programa de entrenamiento en habilidades sociales para usuarios externos (familiares y pacientes con discapacidad mental crónica) desarrollado en los consultorios externos del Hospital Víctor Larco Herrera desde enero de 2009 a agosto de 2011.

La infraestructura física, mobiliario y equipos utilizados fueron: un ambiente con sillas y capacidad suficiente para 30 personas, una pizarra acrílica, plumones, un televisor y una filmadora.

El programa de entrenamiento consta de 22 sesiones estructuradas y se realizan 2 programas al año, es decir un total de 44 sesiones por año¹⁴. Las sesiones, diseñadas para durar entre una hora y una hora y media seguían una secuencia en el tiempo. Esta secuencia era la siguiente:

Revisión de la tarea de la sesión anterior: Se realizaba al inicio de la sesión y tenía una duración aproximada de diez minutos. En ella cada participante informaba sobre la tarea que se le había asignado. Se explicaba cómo proceder en caso de no haber cumplido la tarea.

Objetivos: Se definían los objetivos de la sesión.

Definición de conceptos: Se definían los conceptos de las conductas-objetivo de aprendizaje utilizando las definiciones escritas en la Guía y con ejemplos solicitados a los participantes. El tiempo aproximado para esta secuencia era de veinte minutos.

Beneficios: Los beneficios se obtenían como consecuencia del aprendizaje de las conductas-objetivo.

Metodología de trabajo del ensayo conductual: Si bien cada sesión tenía unas conductas-objetivo, estas seguían una secuencia con la que se buscaba garantizar el aprendizaje. Dicha secuencia seguía los siguientes pasos:

- **Definir la situación:** Se daba la consigna considerando las conductas-objetivo de cada

sesión. Esta situación se elegía dentro de la problemática de los participantes considerando sus necesidades y déficits.

- **Realizar el primer ensayo conductual:** Se daban instrucciones a los participantes en base a la consigna señalada en el paso anterior. Se filmaba el ensayo.

- **Medición del SUDS** (Unidad Subjetiva de Distrés).

- **Retro-información visual:** Se daba a través de video-filmación.

- **Retro-información por el participante:** Se daba a través de críticas constructivas que el participante expresaba sobre su desempeño durante el ensayo.

- **Retro-información de los demás participantes:** Los demás participantes, si era necesario, aportaban con críticas constructivas.

- **Modelado:** A cargo de quien mejor había realizado la conducta-objetivo, en caso de que las conductas-objetivo no llegaran a alcanzarse.

- **Segundo ensayo conductual:** Se filmaba sólo el logro de la conducta-objetivo con el fin de reforzar el aprendizaje.

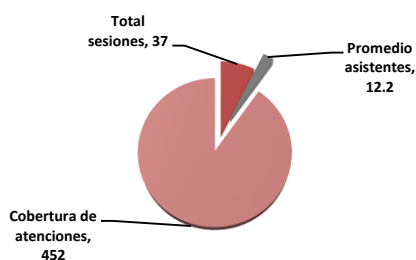
- **Asignación de tareas:** Cada participante anotaba en un cuaderno las conductas que estuvieron en déficit durante el desempeño de su ensayo conductual y las practicaba en su ambiente natural las veces que consideraba necesarias, anotándolas en su cuaderno. Se le preguntaba al inicio de la siguiente sesión acerca de las prácticas que había realizado.

El autor estuvo presente, capacitó y supervisó al personal profesional de la institución e internos de psicología que realizaban las sesiones. Hubo estudiantes de medicina y psicología en calidad de observadores.

Resultados

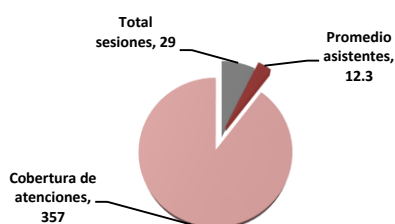
En el año 2009 se realizaron 37 sesiones del Programa de entrenamiento en habilidades sociales para familiares y personas con discapacidad mental crónica, con un promedio de 12,2 asistentes (pacientes y familiares) por sesión y una cobertura de 452 atenciones (Figura 1).

Figura 1



En el año 2010 se realizaron 29 sesiones de este programa, con un promedio de 12,3 asistentes por sesión y una cobertura de 357 atenciones (Figura 2).

Figura 2



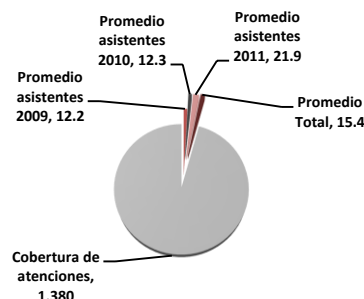
En los primeros siete meses del año 2011 se realizaron 26 sesiones del programa de entrenamiento en habilidades sociales para familiares y personas con discapacidad mental crónica con un promedio de 21.9 asistentes por sesión y una cobertura de 571 atenciones (Figura 3).

Figura 3



Por último, el promedio de asistentes por sesión durante todo el período ha sido de 15,4 y se han realizado 1 380 atenciones a pacientes y familiares (Figura 4).

Figura 4



Conclusiones

La cobertura de atención varió de año a año, incrementándose significativamente en el 2011 (Figuras 1, 2 y 3). El promedio de asistentes por sesión fue homogéneo en los años 2009 (12,2. Figura 1) y 2010 (12,3. Figura 2) casi duplicándose durante el año 2011 (21,9. Figura 3).

Concluimos que el interés de los pacientes usuarios (muchos pacientes asistían a varias sesiones aun cuando no iban sus familiares) fue creciendo con el transcurso del tiempo, así como la derivación al programa de sus pacientes y sus familiares por parte de los médicos psiquiatras. Ello contribuiría con la continuidad de un programa de rehabilitación.

Recomendaciones

Haber obtenido una cobertura total de 1 380 atenciones con un promedio de 15,4 asistentes por sesión (Figura 4), y habida cuenta de que la sesión la realizaba tan solo un profesional de salud mental bajo la supervisión del autor, nos hace creer que la implementación de este sistema de atención grupal cubriría con creces las expectativas de la institución en cuanto a labor asistencial, ya que el desarrollo de este programa a cargo de varios profesionales capacitados multiplicaría el número de usuarios beneficiados.

Aunque no hemos medido el impacto de nuestro programa sobre la socialización de los participantes, y eso sería tema de una próxima investigación, nos atrevemos a estar de acuerdo con la afirmación de Lehman⁵ y Alanen⁶ para una más cabal e integral rehabilitación de las personas

con discapacidades mentales crónicas en el seno de su familia y comunidad no basta un tratamiento exclusivamente farmacológico, por más moderno y preciso que sea, sino que se hacen necesarios procedimientos socializadores como el desarrollado en el presente trabajo.

Referencias

1. García Cabeza J. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2008; XXVIII (I): 09-015.
2. Bleuler E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, Nueva York: International Universities Press; 1950.
3. Sheperd G. The value of work in the 1980s. *Psychiatric Bulletin*. 1989; 13:231-233.
4. Andreasen N, *et al.*, Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:441-449.
5. Lehman A F, y otros, The Schizophrenia Patients Outcome Research Team (PORT): Update Treatment Recommendations *Schizophrenia Bulletin*. 2004; 30: 193-217.
6. Alanen Y O. *La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. 2003.
7. Zubin J, Spring B. Vulnerability, a New View of Schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*. 1977; 86: 103-126.
8. Rector NA, Beck AT. Cognitive Behavioural Therapy for Schizophrenia: an Empirical Review. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001; 189: 278-87.
9. Dickerson FB. Update on Cognitive Behavioral Psychotherapy for Schizophrenia: Review of Recent Studies, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2004; 18: 189-205.
10. Bellack AS., Mueser KT. Psychosocial Treatment for Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*. 1993; 19: 317-336.
11. Benton M K, Schroeder H E. Social skills training with schizophrenics: a Metaanalytic Evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990; 58: 741-747.
12. Liberman RP, Mueser KT, Wallace C J. Social skills training for schizophrenic individual at risk of relapse, *Am. J. Psychiatry*. 1986; 143: 523-526.
13. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social & Clinical Psychology*. 1976; Jun 15(2):157-165.
14. Sotillo C, Caycho L, Echeverría C. *Guía de habilidades sociales para familiares de discapacitados mentales crónicos*. 2004; Ed. Pfizer.

Agradecimientos

A la Dra. Juana Villa Morocho, Jefa de Consultorios Externos de Adultos del Hospital Víctor Larco Herrera y a la Lic. en Psicología Rossana Horna Mimbela de los Servicios de Consultorios Externos de Adultos del Hospital Víctor Larco Herrera.