

DISEMINACION DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS EN EL PERU

César Sotillo(*), Claudia Rodriguez(), Victor Salazar(***)**

En el presente artículo se describe la diseminación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos crónicos en diversos Centros de Salud Mental en el Perú entre los años 1991 a 1996, mostrando los resultados en niveles de capacitación y docencia.

Los trastornos esquizofrénicos constituyen en el Perú aproximadamente el 50% de la atención ambulatoria y de internamiento en los Centros de Salud Mental más importantes de Lima Metropolitana. Es por ello que desde 1991 se inicia un trabajo de rehabilitación con esta importante población destinado a entrenarlos en las Habilidades Sociales perdidas o no adquiridas a raíz de la enfermedad. Entrenamiento basado en principios del aprendizaje descritas en el artículo, realizándose un estudio piloto y luego diseñando una metodología para capacitar a profesionales en salud mental que trabajan con estos pacientes en diversos Centros de Lima metropolitana y Otras Ciudades del país.

Se describen luego los resultados de la diseminación de dicho programa, obteniéndose conclusiones y recomendaciones del trabajo realizado. Tales como que se cumplió el objetivo de capacitación al personal de salud y brindar labor de asistencia a los pacientes; asimismo tanto terapeutas como pacientes mejoraban en su calidad de vida, muchos pacientes sometidos al entrenamiento antes de terminarlo estaban ya vinculados a actividades laborales independientes y los familiares mostraron mayor aceptación a sus pacientes comentando positivamente el cambio en el aseo y arreglo personal y la disminución de conductas agresivas.

PALABRAS CLAVE: *Discriminación, Programa de habilidades sociales, esquizofrénicos crónicos, Perú*

DISSEMINATION OF A SOCIAL SKILL TRAINING PROGRAM FOR CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN PERU.

The present article describes the dissemination of a social skill training program for chronic schizophrenic patients of several mental health centers in Peru within 1991 and 1996, showing the results of its capacitation and assistance.

Schizophrenia represents approximately the 50% of the outpatients and inpatients psychiatric assistance in the main mental health centers in the city of Lima. Therefore is that since 1991 we developed a rehabilitation work with this important population in order to train the lossed or not adquired social skills because of the disease. Training based on the social learning principles described in this article; we developed first a pilot study and then designing a methodology for teaching mental health professionals that work with this patients in several centers of Lima and the mayor cities of Peru.

It is described the results of the dissemination of such program, make conclusions and recomendations of the work done. Such as complete the goal of capacitate the mental health professionals and give assitance to patients; also both therapists and patients improve their quality of live, many patients access to independent jobs during their social skills training and their families show a better acceptance to such patients commenting positives changes in their grooming and a decrement in their agresive behaviors.

KEY WORDS: *Dissemination, social skill program, chronic schizophrenics, Peru.*

* Psiquiatra, Jefe de la Unidad Interdisciplinaria de Terapia Cognitivo Conductual (UITCC) del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» (INSM»HD-HN»)

(**)Psicóloga, Ex-interna de la UITCC del INSM»HD-HN» de Lima - Perú.

(***)Psicólogo, Master en Psicología, Ex-interno de la UITCC del INSM»HD-HN»

◆ INTRODUCCION

El grupo de enfermedades que convencionalmente denominamos «Esquizofrenia», es de naturaleza diversa y abarca una amplia gama de dominios cognitivos, emocionales y conductuales. Los síntomas utilizados para definir esquizofrenia incluyen varias formas de delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento y anomalías de expresión emocional, interacción social, atención y volición e impulso. Desde la perspectiva de la psicología cognitiva, estos síntomas representan distintos sistemas, que incluyen pensamiento interferencial y abstracto; lenguaje; impulsos apetitivos; percepción auditiva, visual y táctil; y muchos otros (Nancy Andreasen et. al., 1995). Además, como consecuencia de esta «enfermedad» y en parte de la medicación necesaria para contrarrestarla, se deterioran en las personas, los procesos cognitivos básicos -atención, memoria, juicio y abstracción-. Estos trastornos afectan el área del comportamiento humano: el laboral, académico, y social, impidiendo al individuo desempeñar un rol productivo en su sociedad. Liberman (1987), (1989)

Los sujetos con esquizofrenia ven interferidos sus procesos cognitivos, lo cual limita en ellos la adquisición de información, el razonamiento y el aprendizaje de habilidades, todo esto necesario para la vida adaptada en sociedad. (Liberman, 1987) (Liberman 1993).

La esquizofrenia es, entonces, una enfermedad caracterizada por déficits psicofisiológicos, cognitivos e interpersonales, lo que resulta en una marcada vulnerabilidad al estrés. Así los episodios de la enfermedad surgen en los individuos vulnerables que experimentan eventos estresantes en sus vidas. (Liberman, 1987) (Liberman, 1993)

No se tienen registros adecuados sobre prevalencia e incidencia de los trastornos esquizofrénicos en el Perú. Sin embargo un índice referencial que puede reflejar ésta patología son los porcentajes de ingresos, egresos y atenciones en los tres centros más importantes de asistencia psiquiátrica pertenecientes al Ministerio de Salud en Lima, ciudad que alberga la tercera parte de la población del Perú. En 1995, el Hospital Hermilio Valdizán de un total de 11,672 casos atendidos 5,174 (44.15%) eran pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. En el Hospital Víctor Larco Herrera en ése mismo año un 50.8% de las atenciones fue a pacientes esquizofrénicos y hubieron en 1994 51.4% de egresos hospitalarios con diagnóstico de esquizofrenia. En el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi», en 1995 de 9,366 atenciones en el Departamento de Adultos y Geriátria 5,178 (55.3%) fueron a pacientes con diagnóstico de psicosis esquizofrénica; asimismo de un total de 448 ingresos, 250 (55.8%) correspondieron al diagnóstico de esquizofrenia y de 454 egresos, 237(52.2%) correspondieron al diagnóstico de esquizofrenia.

En el caso de las situaciones y las habilidades sociales, las disfunciones cognitivas y autonómicas interactúan deteriorando la habilidad del individuo para procesar la información social. Lo que resulta en que cuando los eventos interpersonales cotidianos exceden la capacidad de afrontamiento del individuo con esquizofrenia, este se sobreactiva y experimenta las situaciones sociales como más confusas y estresantes. Así, el sujeto con esquizofrenia presenta hipersensibilidad a los estresores sociales del ambiente.

El diseño de un efectivo programa para el tratamiento con esquizofrénicos, requiere que incluyamos ciertos factores que interactúan

para contribuir a la génesis, curso clínico y pronóstico de éste grupo de trastornos. Estos factores también determinan la extensión del deterioro, incapacidad y limitación asociados con los trastornos esquizofrénicos. Estos factores se incluyen dentro de 3 grupos:

1. **Factores de vulnerabilidad** que predisponen a una persona a desarrollar un trastorno esquizofrénico.
2. **Estresores socio ambientales** que al sobreponerse a los factores de vulnerabilidad determinan el inicio y los patrones de recaída de la enfermedad, y
3. **Factores protectores** que filtran o contrarrestan los efectos nocivos de los factores de vulnerabilidad y socio ambientales y que influyen además en el grado de sintomatología psicótica.

Estos factores protectores incluyen, además de la medicación, una serie de habilidades de afrontamiento, interpersonales y para la vida independiente, así como también una red de soporte social adecuada. (Lieberman, 1993).

Se ha comprobado que la rehabilitación de los trastornos esquizofrénicos se produce por la combinación exitosa de los tratamientos farmacológicos y psicosociales. Dentro de éste último se encuentra el entrenamiento en habilidades sociales, cuyo objetivo es desarrollar y optimizar los recursos de interacción social, entendidos como habilidades sociales.

Se entiende por habilidades sociales al conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que le permiten expresar sus sentimientos-positivos y negativos-, actitudes, deseos, intereses y opiniones y defender sus derechos

personales respetando también los de los demás. (Sotillo et. al.,1991), (Lieberman, 1989), Ballesteros y Carrobbles, 1986), (Alberti y Emmos, 1982), Hersen y Bellack, 1977).

Las habilidades sociales comprenden tres dimensiones:

- Conductual (tipo de habilidad social),
- Interpersonal (con quién tiene lugar la conducta) y
- Situacional (el contexto ambiental). (Caballo,1993).

Además, tiene tres componentes:

- No-Verbal (lo que acompaña al discurso),
- Verbal (contenido de la respuesta) y
- Para-Lingüístico (elementos del discurso que acompaña a la palabra).

El entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos crónicos diseñado en el Perú consiste en proponer diecisiete sesiones a grupos de pacientes que no excedan de diez por grupo, donde se les enseñe en cada sesión una de las habilidades sociales específicas que están en déficit en ese grupo.

Dentro de los beneficios derivados de este programa podemos mencionar:

1. Prevención de recaídas.
2. Logro de una vida social activa y más autónoma, es decir, establecimiento de amistades, asistencia a eventos sociales y acceso al empleo no protegido.
3. Controles ambulatorios más espaciados con un información más precisa al médico tratante, y
4. Como consecuencia del anterior beneficio, la reducción de la dosis de la medicación antipsicótica.

Considerando que el problema de la esquizofrenia en el Perú tiene una magnitud

que repercute en el plano individual, familiar y social, para contrarrestar éste efecto, se viene difundiendo un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos crónicos.

El objetivo de este artículo es describir la diseminación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos crónicos en diversos centros de salud mental en el Perú, mostrando los resultados en los niveles de capacitación y asistencia.

♦ METODOLOGIA

El presente trabajo se basa en la información obtenida a partir de los diferentes programas grupales de entrenamiento en Habilidades Sociales con Pacientes Esquizofrénicos Crónicos que se han ido desarrollando desde 1991 a 1996.

La información será presentada de modo descriptivo, usando datos cuantitativos y cualitativos.

Estrategias y Actividades:

El programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos crónicos en el Perú se ha gestado en el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» desde 1991. En un primer momento, se diseñó e implementó un programa piloto integrado por un equipo multidisciplinario. Este programa consistió en:

1. Diseño del programa piloto de entrenamiento en habilidades sociales en base al manual de R.P. Liberman (1989).
2. Selección de los sujetos que participarían

en el programa piloto teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Pacientes esquizofrénicos crónicos sin sintomatología positiva activa, con un repertorio de conductas básicas (atención discriminación, seguimiento de instrucciones y repertorio verbal mínimo), con déficits en las conductas de habilidades sociales, con soporte familiar que proporcione alimentación, vestimenta y supervisión en la medicación y que recibieron medicación antipsicótica de depósito.

3. Entrevistas a los pacientes y sus familiares o responsables de su cuidado para solicitar su consentimiento para participar en el taller.

4. Medición de línea base a través de ensayos conductuales, observación directa e inventarios y escalas (Inventario de Asertividad de Rathus, la Escala de Listado de Conductas y la Escala de Interacción Social (SIS, 1989).

5. Ejecución de las sesiones de entrenamiento en habilidades sociales, las cuales fueron distribuidas en 3 fases:

- Fase Inicial: Que incluye habilidades básicas como la sesión inaugural, conductas paralingüísticas, conductas no verbales (incluyendo posturas), expresión y reconocimiento de emociones. Sesiones 1-6.

- Fase Intermedia: Iniciar, mantener y terminar una conversación satisfactoriamente. Sesiones 7, 8 y 9.

- Fase Final: Que trabaja aspectos más cognitivos y complejos relacionados a la aserción verbal, incluye: dar opiniones, dar y decir halagos, hacer críticas constructivas, el manejo de las críticas manipulatorias a través de diversas técnicas y solución de problemas. Sesiones 10-17.

Resultados del programa piloto.

En este estudio completaron el entrenamiento los cinco sujetos, los cuales fueron evaluados en base a diecinueve conductas antes y después del entrenamiento.

Para confirmar hallazgos previos sobre la efectividad de las técnicas del Entrenamiento Grupal en Habilidades Sociales los datos del segundo cuadro fueron sometidos a la prueba de «Wilcoxon Pareada». Los resultados revelaron cambios estadísticamente significativos en el número de conductas con puntaje (3) en los cinco sujetos.

En líneas generales, los resultados nos permiten decir que los cinco sujetos con trastorno esquizofrénico crónico lograron beneficiarse del programa, en el sentido que no sólo aprendieron mejores formas de comportamiento social para ejecutarlas en las sesiones de entrenamiento, sino que este aprendizaje se generalizó a su medio ambiente natural, lo que fue puesto de manifiesto por los autoinformes de los propios sujetos, los de sus familiares y por los logros concretos de los pacientes tales como: la intención de empleo, el acceso a centros de estudios superiores y la mejora en sus relaciones interpersonales dentro de su familia, amigos y sociedad.

Cabe destacar en este punto que, si bien en el presente estudio se tomaron en consideración las pautas dadas por Liberman, De Risi y Muesser en su manual de Entrenamiento en Habilidades Sociales con Pacientes Psiquiátricos, este modelo no fue tomado rígidamente, sino que fue adaptado en el sentido que se agregaron otras técnicas como, por ejemplo, las de aserción verbal (Smith, 1973) («el banco de niebla», «el disco rayado» y la aserción encubierta»), además de desarrollar un instrumento propio de

evaluación.

Tres meses antes de realizado el estudio fue capacitado todo el personal de salud (1 psiquiatra, 1 residente de psiquiatría, 1 psicólogo y 3 internos de psicología) a través de revisiones y discusiones del módulo de trabajo de Liberman Muesser y De Risi (1989).

Difusión del Programa Piloto:

En base a la sistematización de la experiencia inicial se organizó un plan de capacitación, implementación y supervisión del programa en otras unidades del INSM H. Delgado - H. Noguchi y en otros centros de salud mental, pertenecientes al Ministerio de Salud, Seguridad Social y privados.

Inicialmente se enviaron cartas de invitación para la Capacitación a numerosas Instituciones que realizaban labor asistencial con pacientes psiquiátricos crónicos a lo largo del territorio peruano.

Acudimos a aquellas donde hubo respuesta. Los Centros donde hubo respuesta estuvo directamente relacionado a la asistencia de un profesional comprometido con la labor rehabilitadora de los pacientes.

Este programa de difusión consistió en:

- a) Conferencia de Información y Sensibilización al personal del centro o institución de salud mental.
- b) Seminario Taller Vivencial de Entrenamiento en el Programa: Los profesionales en capacitación organizan equipos de trabajo y hacen ensayos en vivo de las cinco (5) primeras sesiones del entrenamiento, las cuales son evaluadas por los responsables de la capacitación.

c) Selección de los Pacientes: Es realizada por los terapeutas de cada institución siguiendo los criterios clínicos del DSM III-R(1991 al 1994) y del DSM IV (1994 en adelante)) para el diagnóstico de trastornos esquizofrénicos. Se seleccionan y evalúan un promedio de 6 a 10 pacientes de acuerdo a los criterios usados en el programa piloto.

d) Inicio del Entrenamiento en Habilidades Sociales con los pacientes: Los profesionales en capacitación (terapeutas) programan las cinco primeras sesiones a razón de una sesión semanal.

e) Supervisión y Evaluación de los Resultados al término del primer ciclo.

f) Formulación y Aplicación de los siguientes ciclos de entrenamiento a los pacientes y capacitación a los terapeutas: Se realizan tres visitas de supervisión.

g) Seguimiento del entrenamiento en Habilidades Sociales: Este se realiza bajo responsabilidad de los terapeutas de cada Institución. Al mes, a los tres meses y a los seis de concluido el entrenamiento.

◆ RESULTADOS

TABLA

1

NÚMERO DE ASISTENTES AL SEMINARIO POR SEDE.

Sede	Número de Asistentes
INSM HD - HN Servicio de Rehabilitación	21
Hospital Domingo Olavegoya	20
Hospital Víctor Larco Herrera - Todos los Pabellones	27
Hospital Víctor Larco Herrera - CCEE	04
Hospital Víctor Larco Herrera - Pabellón 17	03
Clínica Baltazar Caravedo	09
Granja Psiquiátrica Kenny Tejada - Barranca	08
Hospital Regional de Ica - Servicio de Salud Mental Humberto Rotondo	23
Hospital Hermilio Valdizán - Pabellones 1,4 y 5	26
Hospital Las Mercedes - Chiclayo	35
Centro de Salud Mental de Iquitos (CREMI)	48
Hospital Víctor Larco Herrera - Pabellón 11	09
Granja Psiquiátrica Moisés Heresi - Arequipa	38
San Ramón de Tacna	15
INSM HD - HN UITCC	05
TOTAL	291

Se ha realizado 15 eventos de sensibilización en los cuales participaron 291 profesionales de la salud. El número varía de acuerdo a la

sede que se llevó a cabo desde un mínimo de 05 a un máximo de 48.

TABLA 2 NÚMERO DE SEDES QUE IMPLEMENTARON EL PROGRAMA POR AÑO

AÑO	NUMERO DE SEDES
1991 - 1992	01
1993 - 1994	08
1995 - 1996	07
TOTAL	16

En la Tabla 2 se aprecia que el número de sedes en las que se implementó el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales de acuerdo al año desde 1991 hasta la actualidad. El primer período que comprende 1991 y

1992 corresponde al estudio piloto. En el segundo período (1993 - 1994) el número de sedes casi se triplicó y corresponde a la fase de difusión del Programa. El tercer período también se refiere a la difusión del programa.

TABLA 3 NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA SALUD CAPACITADOS.

PROFESIONALES DE LA SALUD	FRECUENCIAS
Psiquiatras	14
Psicólogos	14
Enfermeras	18
Asistentes Sociales	07
Terapeutas Ocupacionales	06
Médicos Generales	02
Residentes de Psiquiatría	03
Internos de Psicología	13
Auxiliares de Enfermería	20
Estudiantes de Psicología	01
Total	98

Los profesionales de la salud capacitados han sido en total 98, de los cuales la mayor frecuencia han sido auxiliares de enfermería, enfermeras, psiquiatras y psicólogos. En menor

frecuencia han sido capacitados internos de psicología, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y médicos generales.

TABLA 4 NÚMERO DE PACIENTES ENTRENADOS POR SEDE.

SEDE	No. Pacientes
INSM HD - HN UITCC (estudio Piloto)	05
INSM HD - HN Servicio de Rehabilitación	07
Hospital Domingo Olavegoya	06
Hospital Víctor Larco Herrera - Todos los Pabellones	
Hospital Víctor Larco Herrera - CCEE	06
Hospital Víctor Larco Herrera - Pabellón 17	07
Clínica Baltazar Caravedo	06
Granja Psiquiátrica Kenny Tejada - Barranca	07
Hospital Regional de Ica - Servicio de Salud Mental Humberto Rotondo	03
Hospital Hermilio Valdizán - Pabellones 1,4 y 5	19
Hospital Las Mercedes - Chiclayo	06
Centro de Salud Mental de Iquitos (CREMI)	
Hospital Víctor Larco Herrera - Pabellón 11	08
Granja Psiquiátrica Moisés Heresi - Arequipa	09
Hospital San Ramón de Tacna	07
INSM HD - HN UITCC	09
Total	104

El número total de pacientes entrenados en las trece sedes en las que se desarrolló el programa es 104. En la mayoría de ellas el número de pacientes fue 07.

TABLA 5 SEDES DONDE SE MANTUVO EL PROGRAMA EN HABILIDADES SOCIALES:

Sede	Capacitación	Asistencia	Capacitación y Asistencia
INSM «H.D.-H.N.» - U.IT.C.C.	✱	-	-
INSM «H.D.-H.N.» - Serv. Rehab.	-	-	✱
H.V. Larco Herrera - CCEE	-	✱	-
Clínica Baltazar Caravedo	-	-	✱
C.S.M.»Moisés Heresi» - Arequipa	-	-	✱
Hospital San Ramón - Tacna	-	-	✱
C.S.M.»Humberto Rotondo»- Ica	-	-	✱
H. Hermilio Valdizan	-	✱	-
H. Las Mercedes - Chiclayo	-	-	✱

En la Tabla 5 se aprecia que continuaron la labor de Capacitación la U.I.T.C.C. gestadora del programa, se aprecia además que 5 sedes han mantenido tanto la capacitación a personal nuevo como labor asistencial a los pacientes. Hubieron 2 sedes el Hospital Hermilio Valdizan y Víctor Larco Herrera donde sólo se mantuvo labor asistencial. En la UITCC se realizó capacitación proviniendo los pacientes de otras Unidades de la Institución (INSM»HD-HN») como la Unidad de Esquizofrenia o el Servicio de Hospitalización.

◆ DISCUSION

La propuesta de implementar el módulo de Entrenamiento en Habilidades Sociales para Esquizofrénicos Crónicos implica un beneficio a nivel individual, familiar y social para el paciente. Es en este sentido que el presente trabajo de investigación busca demostrar la diseminación de este módulo en diferentes servicios de salud mental del Perú.

Fueron once los servicios de salud mental en los que se concluyó el Módulo (A la fecha de entrega del presente trabajo, las otras dos sedes se continúa desarrollando). En algunos servicios se realizaron más de un módulo debido a la demanda creciente por el número de áreas que lo solicitaban. Como se ha mencionado en cada uno de los servicios el primer paso fue el Seminario de Sensibilización. Dependiendo del número de personal, la cantidad de personas asistentes variaba. De los quince seminarios programados asistieron un total de 291 personas. De estas personas fueron capacitadas para desarrollar el programa 98 de ellas, es decir un 33.7%. A cada sede ejecutora del programa en las diversas ciudades asistían profesionales de otras Instituciones que atendían a pacientes psiquiátricos sin embargo dicho personal no tenían autorización para implementar el programa en su

Institucion y/o tenían enormes dificultades logísticas como carencia de infraestructura apropiada y/ o falta de material psicoeducativo para realizar el entrenamiento en su propia sede y/ o no tenían responsabilidad directa sobre los pacientes.

La mayor parte de los interesados para la capacitación fueron los siguientes profesionales de la salud: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería e internos de psicología. En menor medida participaron: asistentes sociales, médicos generales, terapeutas ocupacionales y residentes de psiquiatría. Esto sería porque se trato de incluir al personal que tuviera una relación directa y activa con la rehabilitación del paciente.

La relación entre pacientes entrenados y terapeutas capacitados era de uno a uno. Ello se debe a que el objetivo principal del programa era capacitar al personal de salud para que estos a su vez capacitaran a otros profesionales.

La experiencia adquirida mostró que en los diversos lugares donde se realizaba labor rehabilitadora de pacientes estaba en función al entusiasmo del profesional y a las facilidades que la institución podría brindar. Al proporcionarles una capacitación estructurada en forma de módulos se podía homogenizar los criterios de mejoría de los pacientes así como actualizar el conocimiento teórico de los profesionales asistenciales, permitiendo de esta manera en el futuro un mejor entendimiento entre las sedes de salud mental del país.

La razón por la cual se realizó en esas 16 sedes es debido a que éstas respondieron positivamente y hubo un profesional generalmente psiquiatra que actuó de coordinador con el resto de sedes de su ciudad para poder desarrollar los eventos de

capacitación.

Se inició capacitando centros próximos a la Institución (UITCC) y luego se fueron eligiendo, por razones de vías de comunicación y acceso a ellas, Centros Asistenciales en la Ciudad de Lima, Sedes próximas a Lima, tales como Jauja y Barranca y posteriormente Sedes más distantes como Ica, Arequipa, Tacna, Chiclayo e Iquitos.

Sólo 6 de las 16 sedes mantienen el Programa en sus funciones de capacitación y asistencia. Los motivos por los que las diez sedes restantes ya no mantienen son diversas tales como que el personal capacitado no ha difundido el Programa (por viaje, rotación o traslado), falta de recursos de infraestructura o incapacidad de toma de decisiones de dicho personal en relación con las terapias de los pacientes. No es posible indicar los resultados de los centros capacitados en 1996 por ser muy recientes en el tiempo ya sea en la conclusión de la capacitación o porque aún no ha concluido ésta.

Muchos de los pacientes sometidos al entrenamiento antes de terminarlo estaban ya vinculados a actividades laborales independientes como: venta ambulatoria, costura, etc. Así mismo los familiares de los pacientes mostraron mayor aceptación hacia los pacientes y comentaban positivamente el cambio en aseo y arreglo personal y la disminución de conductas agresivas.

Los pacientes internados involucrados con el programa mejoraban su comunicación y su comportamiento era más asertivo. Se observó que si bien hubo algunas recaídas, la mayoría de los pacientes se mantuvo sin síntomas positivos o con síntomas positivos remisión social. En relación con la medicación no se pudo evaluar la posibilidad de modificación de dosis por una inadecuada comunicación con el personal de salud responsables de los

pacientes.

Por otro lado los terapeutas capacitados manifestaron que mejoraron su calidad de vida y sus relaciones familiares.

Por lo tanto, podemos concluir que la diseminación de habilidades sociales alcanzó sus objetivos de capacitar al personal de salud y dar labor de asistencia a pacientes esquizofrénicos.

Una limitación es que el seguimiento de esta investigación no ha sido constante. Otra limitación es la falta de parámetros de evaluación más precisos.

En ciudades como Tumbes, Trujillo, Piura y Cuzco no tuvimos suficiente capacidad de persuasión como para diseminar el programa. En ciudades como Puno, Moquegua y Bagua, de difícil acceso desde Lima, preferimos que sedes próximas capacitadas en la ciudad de Tacna y la ciudad de Chiclayo, realicen la capacitación con nuestra supervisión.

Dificultades al implementar: Fue que en el Ministerio de Salud Peruano la política de acceso a los recursos variaba de año en año, faltaban recursos económicos en las sedes ejecutoras, resistencia al cambio por parte del personal, y epidemias locales tales como malaria y dengue en la ciudad de Iquitos que suspendían temporalmente la capacitación.

◆ RECOMENDACIONES

- 1.- Mejorar la comunicación con los médicos tratantes de los pacientes.
- 2.- Mejorar los sistemas de evaluación implementando parámetros para recaídas y dosis de medicación.
- 3.- Supervisar las actividades de los Centros capacitados lo que implica un seguimiento..

Teniendo en cuenta las recomendaciones anteriores, se continuará la diseminación de la capacitación a los profesionales de salud en

Habilidades Sociales para pacientes psicóticos crónicos en los próximos años.

◆ REFERENCIAS

- 1) ANDREASEN NANCY C. Y COLS., Schizophrenia Symptoms Methods Significance and Mechanisms. (Arch. Gen. Psychiatry. 1995; 52: 341-351).
- 2) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: (1990) Schizophrenia: Let's Talk Facts About, 1-10.
- 3) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV) Washington, DC.
- 4) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1987) Third Edition Revised (DSM-III-R).
- 5) BELLACK A.S., HERSEN M., Y TURNER S. (1976) An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. Hospital and Community Psychiatry, 35:1023-1028.
- 6) BELLACK Y MUESSER (1986) A comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. Community Mental Health Journal, 22: 175-189.
- 7) BRADY J.P. (1984) Social Skills training for psychiatric patients I; concepts, methods, and clinical results. American Journal of Psychiatry, 141: 333-340.
- 8) BROWN Y MUNFORD (1983) Life Skills training for Chronic Schizophrenics. Journal of Nervous and Mental Disease, 171: 466-470.
- 9) CABALLO V., (1993) La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales. Psicología Conductual 1(2), 221-232.
- 10) COLE R., KANE K., ZASTOWNY T., GROLNICK W., Y LEHMAN A., (1993). Expressed emotion communication and problem solving in the families of chronic schizophrenic young adults. En R. Cole y D. Reiss (Eds). How do families cope with chronic illness. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- 11) CORRIGAN P., LIBERMAN R., Y ENGEL J., (1990) From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry 41(11), 1203-1211.
- 12) CLINICAL RESEARCH CENTER FOR SCHIZOPHRENIA & PSYCHIATRIC REHABILITATION (1990) Brentwood Division, Camarillo State Hospital UCLA Department of Psychiatry. Mcneil Pharmaceutical. Social and Independent Living Skills Basic Conversation Skills Module. Trainer's Manual.

- 13) EISLER R.M. MILLER, O.M., & HERSEN. M. (1973). Components of Assertive Behaviour. *Journal of Clinical Psychology*, 21: 295-299.
- 14) FENSTERHEIN H., & BAER J. : (1975) «No diga Sí cuando quiera decir Nó». El Aprendizaje Asertivo (AA) que puede cambiar su vida. 17a. Ediciones Grijalbo.
- 15) KELLEY J. (1987) Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Guía práctica para intervenciones. Bilbao : Descleé de Brouwer.
- 16) KOPELOWICZ ALEX ET AL: (1994) The Biobehavioral Road Recovery from Schizophrenia: Teaching the Seriously Mental ill to Manage Their Own illnesses. 1-44.
- 17) LIBERMAN et. al., (1986) Social Skill training for schizophrenics at risk of relapse. *American Journal of Psychiatry*. 143: 523-526.
- 18) LIBERMAN R.P., (1987) Psychosocial interventions in the Manegement of Schizophrenia: Overcoming disability and Handicap. Exposition Presented on the Symposium «Current Problems and Strategies for the treatment of schizophrenic». 140 Annual Meeting American Psychiatric Association. Chicago, Illinois.
- 19) LIBERMAN, De RISI Y MUESSER (1989). Social Skills training for psychiatric patients. Pergamon Press.
- 20) LIBERMAN R.P. (1992), Effective Psychiatric Rehabilitation. Editions Jossey-Bass Publishers.
- 21) LIBERMAN R.P., (1993), Desingning New Psychosocial Treatments for Schizophrenia. 56, 238-248.
- 22) LIBERMAN R.P., (1993) Innovations in Skills training for the Seriously Mentally ill: the UCLA Social and Independent Living Skill Modules 2,2 43-60.
- 23) LIBERMAN R.P., (1994) Biobehavioral Treatment and Rehabilitation of Schizophrenia. Copyright 1994 Association for Advancement of Behavior Therapy. (Pgs. 89 al 107).
- 24) LUKOFF D., VENTURA J., NUECHTERLEIN K., LIBERMAN R., : Handbook of Psychiatric Rehabilitation (pgs 56 al 77).
- 25) MASSEL K., CORRIGAN P., LIBERMAN R. Y MILAN M., (1990) Conversation Skills training of thought - Disordered Schizophrenic patients through attentions focusing. *Psychiatry Research* 38: 51-61.
- 26) MATARAZO RUTH G. University of Oregon Health Sciences Center. «Evaluating the Therapists». Chapter 23: Research on the Teaching and Learning of Psychotherapeutic Skills. (Pgs. 941 al 966).
- 27) MUESER K., GLYNN S., & LIBERMAN R., (1993) Behavioral family management for serious psychiatric illness. En A.B. Harfield (Ed). Models of interventions with families of mentally ill relatives. San Francisco: Jossey - Bass.
- 28) NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (1986). Schizophrenia Questions and Answers. Public Inquiries Branch. Rockville. MD 20857. 1986.
- 29) ROJAS, ROBERTO (1995): Habilidades Sociales: Psicoterapia grupal con pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP)*. Vol XIII Nº 1; 63-95.

- 30) SCHOOLER N., (1986) The efficacy of antipsychotic drugs and family therapies in the maintenance treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 6 (1), 45-50.
- 31) SMITH MANUEL J. (1979) «Cuando digo no me siento culpable - Terapia Asertiva Sistémica. Ed. Grijalbo.
- 32) SOTILLO C., GENG J., SALAZAR V., ANCHANTE M., IBERICO C., CHAU C., Y BECERRA S., (1991) Entrenamiento en Habilidades Sociales en Pacientes Esquizofrénicos Crónicos: Estudio Piloto. Lima : Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.
- 33) WALLACE Y LIBERMAN (1985) Social Skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatric Research*, 14: 239-247.
- 34) WONG S., MARTINEZ DIAZ J., MASSEL H.K., ELDSTEIN B., WIEGAND W., BOWEN L., & LIBERMAN R., (1993) Conversational Skills training with schizophrenic inpatients: A study of generalization across settings and conversants. *Behavior Therapy* 24: 285-304.

Dirección Postal: Jr. Porta 170 of .909
Lima - 18