ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES CONVERSACIONALES EN UN GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS: UNA VALORACION DE LA GENERALIZACIÓN

Carlos Cuevas Yust y Salvador Perona Garcelan
Unidad de Rehabilitación de Salud Mental Virgen del Rocío.
Servicio Andaluz de Salud.
Sevilla.

RESUMEN

En el presente artículo describimos el desarrollo de un grupo de entrenamiento en habilidades conversacionales con sujetos esquizofrénicos. Los resultados avalan la eficacia del entrenamiento en la situación de intervención, así como su generalización a otros contextos. Los resultados sugieren también la importancia de este tipo de entrenamiento como elemento coadyuvante de la integración socio-comunitaria de los pacientes.
Palabras claves: Entrenamiento en Habilidades Sociales, Generalización, Esquizofrenia.

ABSTARCT

This paper describe the development in conversational skills training of a schizophrenics groupe. Results indicated succesful in training and generalization a other environment. The outcomes suggest the importance of conversational skills training for social integration of schizophrenics persons.
Key words: Social skills, generalization, schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha enfatizado el tratamiento integral, en el ámbito comunitario, de las personas con trastornos psiquiátricos de tipo esquizofrénico (Watts y Bennett, 1983; Liberman, 1988). Así mismo, cada vez se apuesta más claramente por la aplicación de técnicas conductuales-cognitivas en el tratamiento de dichos desórdenes (Birchwood y Tarrier, 1995).

Las habilidades conversacionales y su posible tratamiento es uno de los elementos a tener presente en la evaluación individual del funcionamiento psicológico y social de las personas con diagnóstico psiquiátrico de trastorno esquizofrénico. Unas habilidades conversacionales adecuadas pueden constituir un elemento facilitador de la integración y adaptación del sujeto en su medio, así como ayudar a satisfacer sus necesidades personales básicas y afiliativas. Así mismo, desde modelos como el de vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977), el desarrollo de habilidades personales se postula como importante recurso para el afrontamiento del estrés.

En líneas generales está probada la eficacia de los entrenamientos en habilidades sociales, dentro de las cuales se incluyen las habilidades conversacionales, para mejorar la competencia social de la población esquizofrénica, *al menos en situaciones similares a las entrenadas* (Liberman, 1988). En cambio, en cuanto a la generalización de los aprendizajes a otros contextos diferentes a los de entrenamiento, mientras existen autores que cuestionan que se trate de un tema que haya sido suficientemente evaluado (Halford y Haynes, 1991), otros autores aportan datos que sugieren su realidad (Cuevas y Perona, 1992; Wong, Martínez-Díaz, Keith Massel, Edelstein, Wiegand, Bowen y Liberman, 1993).

En este artículo, presentamos un estudio en el que cinco sujetos diagnosticados de trastorno esquizofrénico son entrenados, en un contexto grupal, en habilidades conversacionales. El objetivo principal de este trabajo fue el incrementar las habilidades conversacionales de estos sujetos y valorar su generalización a otros contextos utilizando medidas directas de esas conductas.

METODOLOGÍA

Sujetos

El grupo lo constituyeron 5 personas usuarias de la Unidad de

Rehabilitación de Salud Mental "Virgen del Rocío" de Sevilla (URA). Estas personas fueron seleccionadas para participar en el entrenamiento en habilidades conversacionales como resultado de la evaluación conductual y de los análisis funcionales realizados sobre su funcionamiento psicosocial, así como por haber verbalizado interés personal en mejorar este tipo de comportamientos.

Eran dos mujeres y tres hombres. Sus edades oscilaban entre los 20 y los 33 años, siendo la edad media del grupo 28.2 años. Los diagnósticos psiquiátricos según el DSM-III-R (APA, 1987) fueron, para uno de ellos, de Trastorno Esquizo-frénico Indiferenciado y, para los cuatro restantes, de Trastorno Esquizofrénico Paranoide. El número de hospitalizaciones registradas en sus historias de ingresos previos en unidades de salud mental de hospitales generales se situaban entre cero y diez, con una media grupal de 2,6 hospitalizaciones. Los años de evolución del trastorno psiquiátrico se encontraban entre un mínimo de 2 años y un máximo de 13, con una media grupal de 7,2 años. Todos los sujetos estaban con tratamiento neuroléptico. Todos vivían con sus familias de origen y su estado civil era de solteros. Las redes sociales de las cinco personas se limitaban a sus familiares más cercanos. Ninguno de los sujetos realizaba actividades ocupacionales de carácter comunitario. En la tabla n° 1 se describen las características generales de las personas que participaron en este tratamiento.

Tabla n° 1.- Características de los sujetos que participaron en el estudio

	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5
Sexo	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Edad	20 años	28 años	27 años	33 años	33 años
Diagnóstico	Esquizof. Paranoide	Esquizof. Paranoide	Esquizof. Paranoide	Esquizof. Indiferenc.	Esquizof. Paranoide
N° hospitalizaciones	10	1	2	0	0
Años de evolución	6	2	2	13	13
Medicación neurolep.	Si	Si	Si	Si	Si
Lugar de residencia	Familia de origen	Familia de origen	Familia de origen	Familia de origen	Familia de origen
Estado civil	Soltera	Soltero	Soltera	Soltero	Soltero
Red de apoyo Social	Familia	Familia	Familia	Familia	Familia
Ocupacion	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna

Evaluación

Las cinco personas que participaron en el presente estudio fueron evaluadas siguiendo el procedimiento habitual en nuestro dispositivo: una fase inicial en la que se explora el funcionamiento del sujeto en las distintas áreas de su vida (social, familiar, ocupacional, autonomía personal, esparcimiento y psicopatología) detectándose posibles déficits o dificultades; y una segunda fase de evaluación más específica y exhaustiva en la que se lleva a cabo el análisis funcional de las conductas-problema detectadas (Cuevas y Perona, 1992).

En las evaluaciones individuales llevadas a cabo con cada uno de los sujetos, se identificó que una de las variables significativas relacionadas con dificultades y disfuncionalidad en sus interacciones con el contexto inmediato, era su comportamiento conversacional. Un comportamiento conversacional no competente y deficitario a la hora de obtener gratificación del medio, de satisfacer necesidades personales y sociales, y de resolver autónomamente problemas de la vida cotidiana.

Hipotetizamos que una mejora en la topografía y funcionalidad de la conducta conversacional significaría una mayor competencia social. Así, nos propusimos un primer objetivo, la mejora de la conducta conversacional de los sujetos a través de su entrenamiento en un contexto grupal. Un segundo objetivo, fue la valoración del nivel de generalización de dichos comportamientos a contextos distintos al entrenado. Por último, el tercer objetivo consistió en facilitar junto a otras intervenciones (hay que tener presente que se trataba de personas en proceso de rehabilitación psicosocial), la integración socio-comunitaria de los sujetos.

La evaluación de las habilidades conversacionales se llevó a cabo mediante observaciones del comportamiento conversacional de cada sujeto en las siguientes situaciones (las observaciones las realizaban dos profesionales entrenados):

- *Situaciones de conversación grupal*, en las que participaban los cinco sujetos y eran de 6 minutos de duración cada una de ellas.
- *Situaciones de conversación en contextos distintos a la situación de entrenamiento*, con otra persona, consistían en conversaciones de 3 minutos de duración; distinguiéndose de tres tipos: con otros iguales (otros pacientes), con profesionales del mismo sexo y con profesionales de distinto sexo.

En todas ellas se indicaba a los sujetos que podían hablar de cualquier tema que fuese ajeno a la enfermedad.

Las primeras se llevaron a cabo antes del entrenamiento, después del entrenamiento, a los dos meses de seguimiento, y a los 10 meses de segui-

miento. Las segundas se llevaron a cabo antes, después del entrenamiento y a los 10 meses de finalizado éste. Sólo hubo una excepción, antes del entrenamiento no se pudieron tomar datos de las conversaciones de pareja con otros iguales.

En todos los sujetos tomamos dos tipos de medidas: 1) medidas directas del comportamiento conversacional, obtenidas a través de observaciones sistemáticas y de escalas ordinales y, 2) otras medidas, obtenidas a través de entrevistas, registros e informes de otros.

Medidas Directas del Comportamiento Conversacional.

Las medidas efectuadas durante estas observaciones fueron las siguientes (Cuevas, Hernández, Perona y García, 1991):

- **Número de Preguntas Cerradas**, definidas como aquellas que solicitan información muy precisa o puntual, o que sólo pueden ser contestadas de una manera muy concreta; son ejemplo de ellas: "¿cuál es tu edad?"... "¿qué hora es?"... "¿te gusta le mermelada de albaricoque?"...
- **Número de Preguntas Abiertas**, definidas como aquellas que solicitan información más general y que al no referirse a aspectos muy concretos, posibilitan que el interlocutor se extienda indefinidamente al contestarlas; son ejemplo de ellas: "¿por qué prefieres ir al cine?"... "¿qué hiciste ayer?"... "¿qué opinas de la sequía?"...
- **Número de Comentarios Espontáneos,** definidos como ofrecer información sobre aspectos personales (opiniones, creencias, intereses, experiencias) o sobre aspectos generales (conocimientos culturales, noticias, etc), en ausencia de preguntas por parte de los otros interlocutores.
- **Contenido Conversacional**, valoración a través de una escala ordinal de cuatro puntos, de la presencia/ausencia de aspectos relativos a la enfermedad como tema de conversación. Donde se valoró con 1 los contenidos fundamentalmente ligados a la enfermedad; con 2 los contenidos parcialmente ligados a la enfermedad; con 3 los contenidos escasamente ligados a la enfermedad; y con 4 los contenidos ajenos a la enfermedad.
- **Componentes No Verbales**, valoración a través de una escala ordinal de cuatro puntos (1= muy deficitario; 2= deficitario; 3= parcialmente adecuado; 4= adecuado), del volumen de la voz, contacto ocular, expresión facial y fluidez conversacional.
- **Competencia Conversacional**, juicio global de la competencia conversacional de cada sujeto, evaluado a través de una escala ordinal de cinco puntos (1= muy deficitaria; 2= deficitaria; 3= parcialmente adecuada; 4= adecuada; 5= excelente).

Otras Medidas

También obtuvimos datos sobre otros parámetros que sin estar determinados por la habilidad conversacional de un sujeto, pueden ser interesantes al analizar dicha habilidad como elemento facilitador de un funcionamiento psicosocial en el ámbito comunitario, más normalizado. Así pues, se tomaron datos sobre:

- participación en actividades ocupacionales socio-comunitarias,
- horas de permanencia en casa y,
- relaciones interpersonales.

Estas medidas se realizaron "antes del entrenamiento", "después del entrenamiento" y "a los 10 meses de seguimiento".

Procedimiento

Los cinco sujetos participaron en un formato grupal de entrenamiento en habilidades conversacionales, dirigido por el primero de los autores (psicólogo clínico) y auxiliado por otro profesional (un psicólogo residente). Las sesiones duraban 60 minutos y tenían lugar una vez a la semana en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental "Virgen del Rocío". El total de sesiones del programa fue de cuarenta, incluyendo tanto a las sesiones valorativas como a las de intervención. Los porcentajes de asistencia de los sujetos oscilaron entre un 77,00% y un 92,50%, con una media grupal del 87,40% (ver tabla nº 2).

Tabla 2.- Porcentajes de asistencia al programa de cada uno de los sujetos

Sujeto 1	92.50
Sujeto 2	95.00
Sujeto 3	77.00
Sujeto 4	87.50
Sujeto 5	85.00

Fases del Programa.

Pre-línea Base.

Durante las primeras siete sesiones no se realizó ningún tipo de intervención, ni de observaciones sistemáticas. Los objetivos perseguidos duran-

te este período tenían que ver con: 1) disminución de la posible reactividad a la nueva situación y, 2) favorecer la habituación a la misma (lugar, personas). Los sujetos estaban informados de que hasta pasado un largo período no iba a comenzar la fase de entrenamiento y que mientras tanto queríamos observar y conocer su comportamiento conversacional. Durante estas sesiones los psicólogos les invitábamos a que llevaran a cabo conversaciones pero no participábamos en ellas y no ofrecíamos retroalimentación sobre sus actuaciones. Se les informaba que podían hablar de cualquier tema que no estuviera relacionado con la enfermedad. Al final de cada sesión les agradecíamos su asistencia.

Línea Base

Durante esta fase, ocho sesiones, efectuamos observaciones sistemáticas del grupo en situación de conversación. Cada observación tenía una duración de 6 minutos y en ellas se cuantificaba el número de preguntas cerradas, de preguntas abiertas y de comentarios espontáneos que cada uno de los sujetos emitía; también valorábamos cualitativamente el contenido conversacional, el volumen de la voz, el contacto ocular, la expresión facial, la fluidez conversacional y la competencia conversacional. Por lo demás mantuvimos la misma tónica. A los sujetos se les invitaba a iniciar y mantener conversaciones espontáneas en las que no participábamos los psicólogos. No se llevó a cabo intervención alguna ni se dio retroalimentación tras las conversaciones. Al finalizar las sesiones les agradecíamos su asistencia al grupo.

Sesión de Pre-Intervención

Previo al inicio de la fase de entrenamiento dedicamos una sesión para explicar al grupo los resultados de las observaciones que durante la Línea Base habíamos efectuado. Ello permitió señalar los aspectos positivos y deficitarios que habíamos detectado en cada uno de los sujetos, así como justificar los componentes conversacionales que íbamos a tratar para mejorar su habilidad conversacional.

Intervención

El período de intervención constó de tres fases de entrenamiento (preguntas cerradas, preguntas abiertas y comentarios espontáneos) seguidas cada una de ellas de sesiones en las que se invitaba a los sujetos a mantener conversaciones grupales abiertas, tras ellas se realizaba un análisis de su ejecución, se ofrecía retroalimentación, se reforzaban los aspectos posi-

tivos, se sugerían modificaciones y se pedía feedback al grupo sobre la propia actuación y sobre la de sus compañeros.

Cada una de las tres fases de entrenamiento (preguntas cerradas, preguntas abiertas y comentarios) se llevó a cabo a través de la siguiente metodología:

1) Conceptualización.

En ella se explicaba al grupo en qué consistía el componente a trabajar y se abría una discusión grupal sobre su potencial utilidad, justificando el por qué de su entrenamiento.

2) Ejercitación del componente.

Concretamente en el caso del entrenamiento de preguntas cerradas y de preguntas abiertas se llevaron a cabo los siguientes tipos de ejercicios, siempre iniciados por los psicólogos quienes también participaban:

- Ruedas de preguntas "al aire", en las que los miembros del grupo, sucesivamente, verbalizaban preguntas.
- Ruedas de preguntas a un miembro del grupo, en las que cada sujeto recibía sucesivamente una pregunta procedente del resto de los integrantes.
- Ruedas de preguntas al resto del grupo, en las que cada vez un sujeto efectuaba una pregunta a todos y cada uno de los integrantes del grupo.
- Escribir un listado de unas quince preguntas y utilizarlo en una posterior conversación grupal.

En el caso del entrenamiento de comentarios espontáneos, los ejercicios se llevaron a cabo desde el punto de vista de la técnica de resolución de problemas, mediante discusiones grupales dirigidas por los profesionales sobre cómo mejorar este componente y mediante qué estrategias, de este modo se realizaron los siguientes ejercicios:

- Hablar de temas personales (actividades, proyectos de futuro, opiniones personales, etc).
- Hablar de temas detectados como de interés para los interlocutores.
- Hablar de temas de actualidad conocidos a través de los medios de comunicación.

3) Ofrecimiento de información sobre los ejercicios realizados.

Tras la realización de los diferentes tipos de ejercicios, los profesionales señalaban y elogiaban a cada sujeto los aspectos positivos de su ejecución. En caso de dificultad, uno de los psicólogos u otro de los integrantes del

grupo realizaba modelado antes de que el sujeto repitiera el ejercicio.

4) Conversaciones grupales y posterior retroalimentación.

Como señalábamos más arriba una vez completadas, cada una de las fases de entrenamiento (preguntas cerradas, preguntas abiertas y comentarios) era seguida de una serie de sesiones en las que ya no se realizaban ejercicios, y en las que nuevamente, se invitaba a los sujetos a iniciar y mantener conversaciones. En ellas tenían la oportunidad de utilizar los componentes recién entrenados. Las conversaciones se prolongaban durante períodos de seis minutos, al término de los cuáles los terapeutas abrían una discusión grupal sobre la misma y ofrecían información a cada sujeto sobre su actuación, reforzando los aspectos positivos y analizando y sugiriendo alternativas ante posibles dificultades. No se realizaba ninguna intervención sobre los componentes que aún no habían sido entrenados.

La duración y sucesión de las fases de entrenamiento de componentes y de las fases de conversaciones grupales posteriores se describen a continuación:

1° entrenamiento en preguntas cerradas: cinco sesiones de ejercicios y tres sesiones de conversaciones grupales en las que se llevaron a cabo un total de ocho observaciones sistemáticas.

2° entrenamiento en preguntas abiertas: cuatro sesiones de ejercicios y tres sesiones de conversaciones grupales en las que se efectuaron siete observaciones sistemáticas.

3° entrenamiento en comentarios espontáneos: tres sesiones de ejercicios y seis sesiones de conversaciones grupales en las que se realizaron siete observaciones sistemáticas.

RESULTADOS

Valoraciones cuantitativas de los componentes conversacionales entrenados en la situación grupal.

En las figuras 1 a 5 se muestran las líneas bases múltiples a través de respuestas para los cinco sujetos que participaron en este estudio. Los valores numéricos que aparecen en cada fase son las medias de respuestas en cada condición. La fiabilidad entre observadores estuvo en un rango entre 0.80 a 1.00 en el pretest y 0.77 a 1.00 en el postest.

Entrenamiento en preguntas cerradas:

Durante los períodos de línea base los sujetos 1, 3 y 4 exhibieron tasas de

preguntas bajas y relativamente estables, cuyos valores medios fueron 0.5, 0 y 0.25 respectivamente. Los sujetos 2 y 5 mostraron una línea base con una tasa más alta y variable, oscilando sus valores medios entre 2.8 y 1.6 respectivamente.

Durante el entrenamiento en preguntas cerradas se observó un claro efecto del tratamiento en los sujetos 1, 2 y 4, apreciándose en un incremento gradual en el patrón de respuestas durante el entrenamiento, alcanzando en el último tercio de esta fase unos valores medios de 6.2, 5.4 y 2 preguntas cerradas respectivamente. Sin embargo, en los sujetos 3 y 5, se observó un leve incremento respecto a la línea base, siendo el efecto menor que en los otros sujetos.

Los resultados obtenidos en el seguimiento realizado a los dos y diez meses de finalizado el tratamiento, mostraron en general que las diferencias respecto a la fase de línea base se mantenían. Sin embargo, los resultados obtenidos respecto al tratamiento variaban en función de los sujetos. En el sujeto 1 la media de preguntas cerradas prácticamente era la misma que en el último tercio de la fase de tratamiento (media de 6.6), pero a los diez meses descendió a un promedio de 4 preguntas. Los sujetos 2 y 3 mantuvieron valores promedios muy cercanos a los obtenidos durante el tratamiento. Por último, los sujetos 4 y 5 incrementaron, a los dos y diez meses de finalizado el tratamiento, el promedio de preguntas cerradas.

Entrenamiento en preguntas abiertas:

Durante la línea base todos los sujetos exhibieron un promedio de cero preguntas abiertas. Durante el entrenamiento en este tipo de preguntas, los sujetos 1 y 2 mostraron un mayor incremento que el resto (1.15 y 1.3 respectivamente), siendo de todas formas más débil que el obtenido con las preguntas cerradas. En los sujetos 3, 4 y 5 no se apreció ningún efecto del tratamiento.

Durante el seguimiento a los dos meses, el sujeto 1 incrementó su tasa de preguntas abiertas hasta 2.33, descendiendo a un promedio de 1 a los diez meses. El sujeto 2 mostró un claro mantenimiento de los logros obtenidos durante el tratamiento, estabilizándose en un promedio de preguntas abiertas entre 1.6 y 1.5 en el seguimiento a los dos y diez meses. Sin embargo, en los sujetos 3 y 5, en los que no se observó ningún efecto del tratamiento, en el seguimiento se apreció un incremento en la frecuencia de respuesta comparable a los obtenidos por los sujetos 1 y 2 durante el tratamiento, destacando las tres preguntas promedio obtenidas por el sujeto número 5 a los diez meses de finalizado el tratamiento.

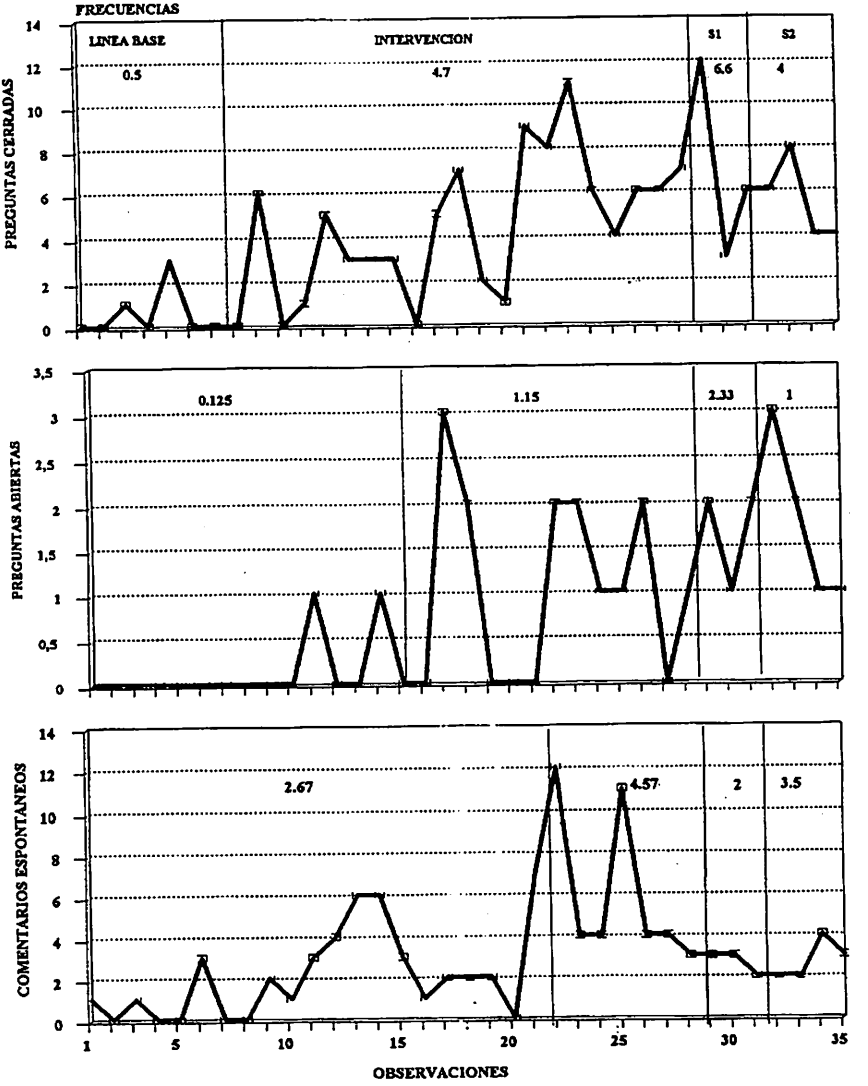
Entrenamiento en comentarios espontáneos:

Las líneas bases obtenidas para este componente de las habilidades conversacionales, fue muy variable e inestable entre los distintos sujetos. Mientras que los sujetos 2 y 5 obtenían durante este período una alta tasa de comentarios (un promedio de 4.64 y 3.7 respectivamente), los sujetos 1, 3 y 4 manifestaron un menor número de comentarios espontáneos durante la línea base (2.67, 1.23 y 1 respectivamente).

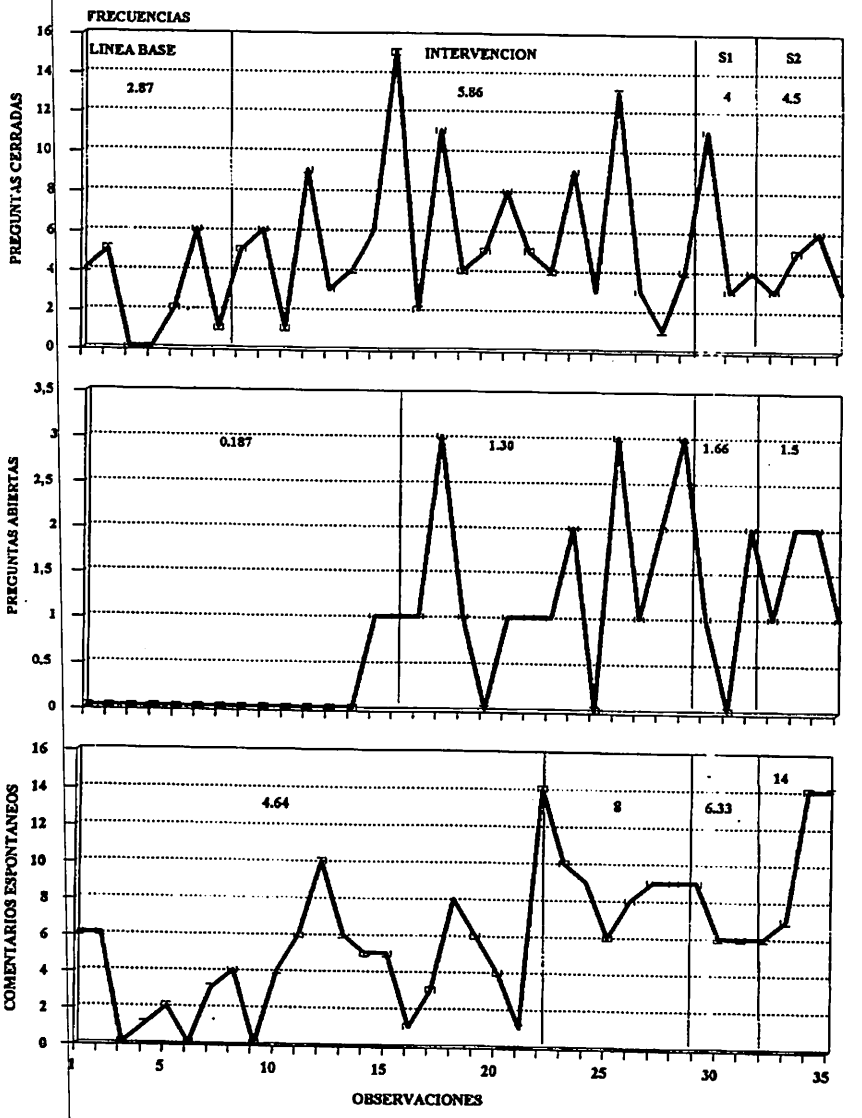
Todos los sujetos experimentaron un incremento de las tasas de comentarios antes de la aparición del tratamiento, coincidiendo con el entrenamiento en preguntas cerradas y abiertas, no apreciándose, por tanto, ningún efecto de la fase de entrenamiento en la emisión de comentarios espontáneos.

En el seguimiento, los sujetos 2, 3, 4 y 5 incrementaron sustancialmente las medias de comentarios espontáneos respecto al período de línea base y al de tratamiento. El sujeto 1, si bien mantuvo una mayor tasa respecto a la línea base, descendió la tasa respecto al tratamiento.

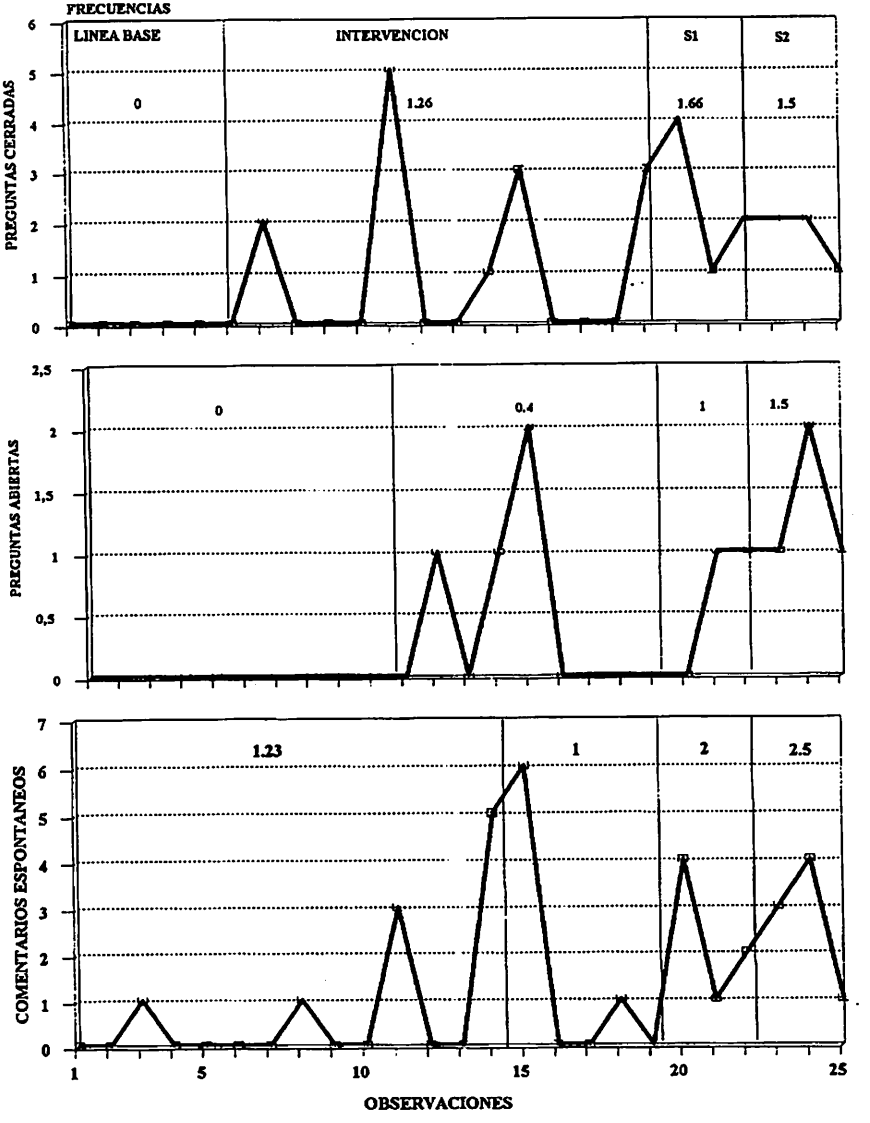
Sujeto 1


FRECUENCIAS
LINEA BASE
INTERVENCION
S1
S2
0.5
4.7
6.6
4
PREGUNTAS CERRADAS
0.125
1.15
2.33
1
PREGUNTAS ABIERTAS
2.67
4.57
2
3.5
COMENTARIOS ESPONTANEOS
OBSERVACIONES

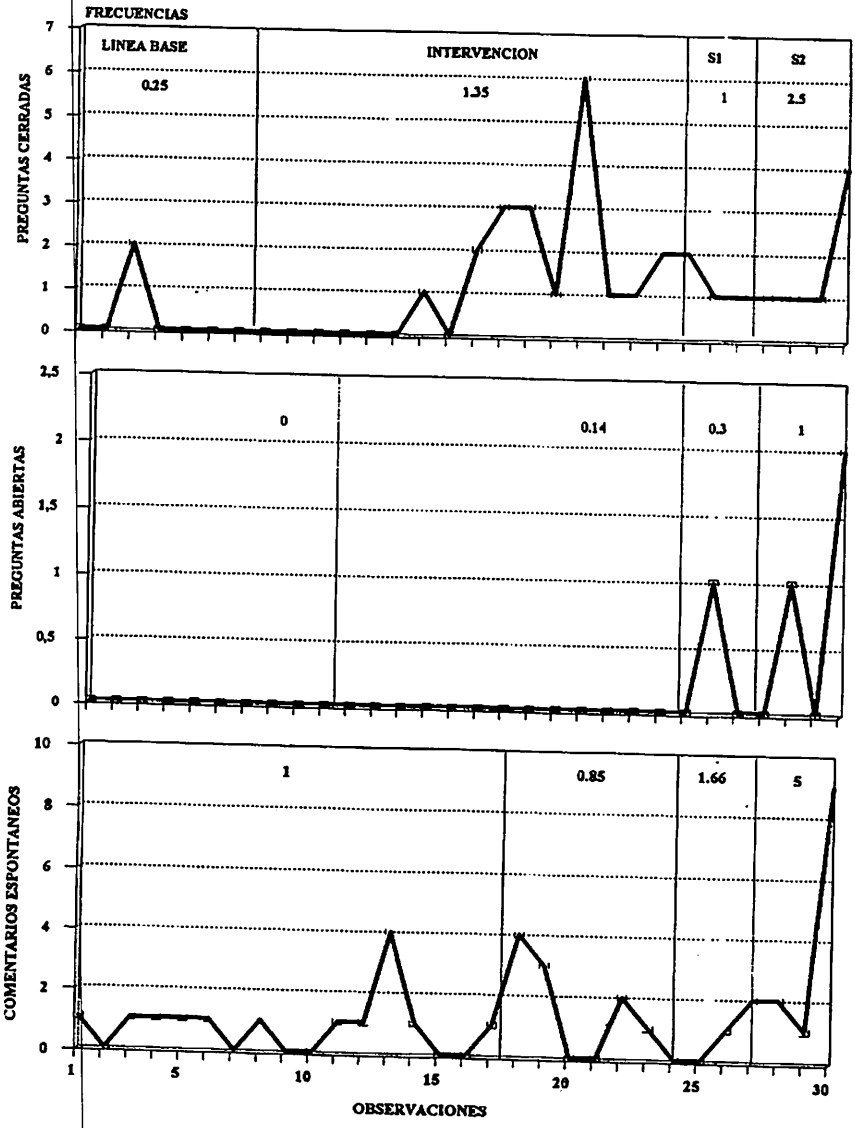
Sujeto 2


FRECUENCIAS
LINEA BASE
INTERVENCION
S1
S2
2.87
5.86
4
4.5
PREGUNTAS CERRADAS
0.187
1.30
1.66
1.5
PREGUNTAS ABIERTAS
4.64
8
6.33
14
COMENTARIOS ESPONTANEOS
OBSERVACIONES

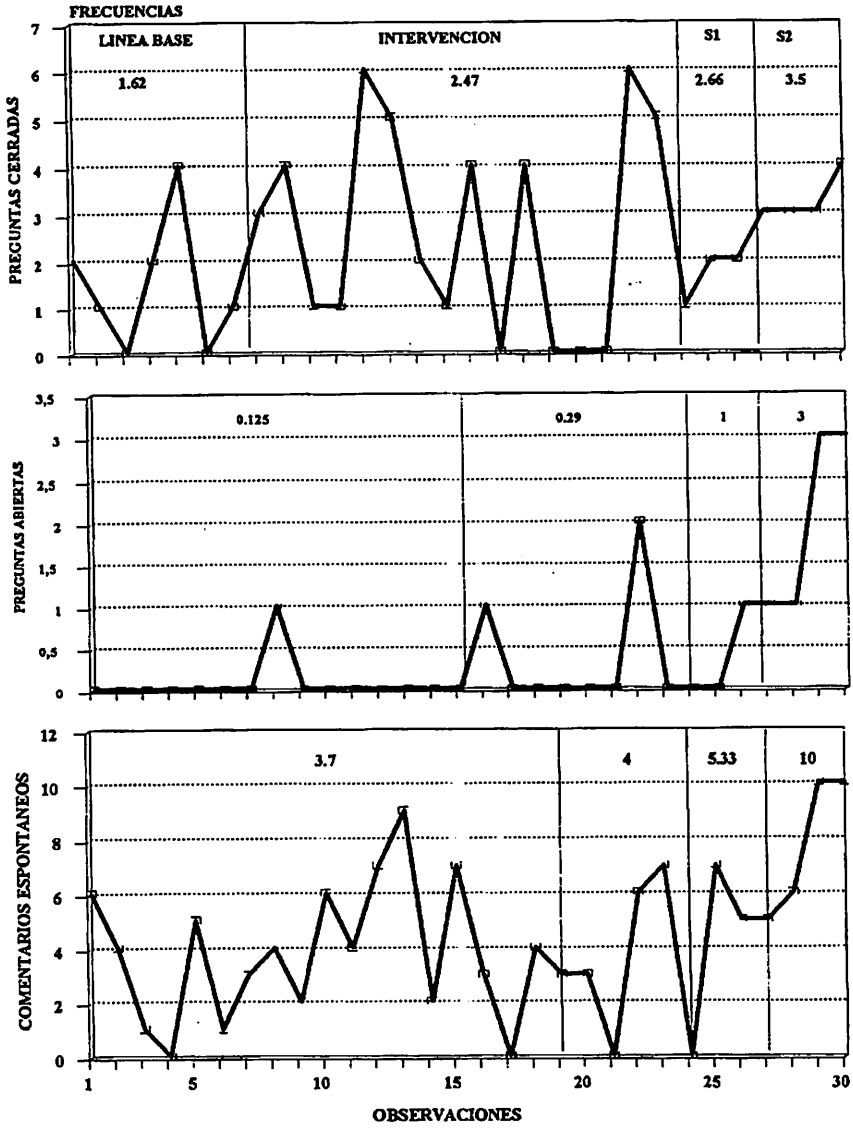
Sujeto 3


FRECUENCIAS
LINEA BASE
INTERVENCION
S1
S2
0
1.26
1.66
1.5
PREGUNTAS CERRADAS
0
0.4
1
1.5
PREGUNTAS ABIERTAS
1.23
1
2
2.5
COMENTARIOS ESPONTANEOS
OBSERVACIONES

Sujeto 4


FRECUENCIAS
LINEA BASE
INTERVENCION
S1
S2
0.25
1.35
1
2.5
PREGUNTAS CERRADAS
0
0.14
0.3
1
PREGUNTAS ABIERTAS
1
0.85
1.66
5
COMENTARIOS ESPONTANEOS
OBSERVACIONES

Sujeto 5


FRECUENCIAS
LINEA BASE
INTERVENCION
S1
S2
1.62
2.47
2.66
3.5
PREGUNTAS CERRADAS
0.125
0.29
1
3
PREGUNTAS ABIERTAS
3.7
4
5.33
10
COMENTARIOS ESPONTANEOS
OBSERVACIONES

Valoraciones cuantitativas de los componentes conversacionales en contextos distintos a la situación de entrenamiento (generalización):

Para estudiar la generalización de los efectos del tratamiento fuera del contexto de entrenamiento, se observó las habilidades conversacionales de cada uno de los sujetos en tres situaciones distintas: en una conversación con un profesional de nuestra unidad de distinto sexo que el sujeto valorado; en una conversación con un profesional del mismo sexo que el sujeto valorado; y en una conversación con otro paciente de la unidad.

Previo a la aplicación del tratamiento todos los sujetos fueron evaluados en sus habilidades conversacionales en dos de esos contextos, excepto con "otros iguales", es decir, con otros pacientes que asistían a las actividades de nuestro dispositivo. Los resultados de los pretest mostraron que no había diferencias significativas entre las conversaciones con profesionales del mismo y distinto sexo para cada uno de los componentes conversacionales (preguntas cerradas: $t(4)= 0.21$, $p<0.05$; preguntas abiertas: $t(4)= 1.50$, $p<0.05$; comentarios espontáneos: $t(4)= 1.93$, $p<0.05$). Es decir, la ejecución de cada uno de los sujetos antes del tratamiento era muy baja y muy similares entre situaciones (ver tabla 3).

Tabla 3.- Comparación entre las puntuaciones medias obtenidas en conversaciones realizadas con profesionales de distinto e igual sexo antes del tratamiento.

Conductas	Distinto sexo	Igual sexo
Preguntas Cerradas	0.86	0.91
Preguntas Abiertas	0.05	0.08
Comentarios Espontaneos	2.11	3.05

Al final de la intervención y diez meses después, se volvieron a evaluar a los sujetos en esos contextos, añadiéndole la evaluación de la conversación con "sus iguales", para comprobar el grado de generalización del entrenamiento. Con respecto a las conversaciones con profesionales del mismo sexo, se observó que "después" del entrenamiento, las medias obtenidas por los sujetos en cada uno de los componentes conversacionales mejoraron significativamente respecto al pretest (preguntas cerradas: $t(4)= 3.09$, $p< 0.05$; preguntas abiertas: $t(4)= 2.87$, $p< 0.05$; comentarios espontáneos: $t(4)= 2.50$, $p< 0.05$). A los diez meses, la generalización a este contexto se mantuvo respecto a las preguntas cerradas ($t(4)= 4.17$, $p< 0.05$) y abiertas ($t(4)= 9.6$, $p<0.05$), pero no respecto a los comentarios espontáneos (ver tabla nº 4).

Tabla 4.- Puntuaciones medias obtenidas en conversaciones con un profesional del mismo sexo.

Conductas	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Preguntas cerradas	0.91	4.40*	3.5*
Preguntas abiertas	0.28	1.40*	2.2*
Comentarios espontaneos	3.05	6.80*	5.5

* Contraste de medias pre y postest significativo p< 0.005

En las conversaciones con un profesional de distinto sexo, "después" de finalizado el entrenamiento se obtuvieron resultados muy similares a los anteriormente comentados. Las medias obtenidas para cada uno de los componentes conversacionales mejoraron significativamente respecto al pretest (preguntas cerradas: $t(4)= 3.33$, $p< 0.05$; preguntas abiertas: $t(4)= 2.17$, $p< 0.05$; comentarios espontáneos: $t(4)= 4.90$, $p< 0.05$). A los diez meses, los resultados seguían siendo significativos respecto al pretest, incluido también los comentarios espontáneos (preguntas cerradas: $t(4)= 2.4$, $p< 0.05$; preguntas abiertas: $t(4)= 6.42$, $p< 0.05$; comentarios espontáneos: $t(4)= 4.05$, $p< 0.05$) (ver tabla nº 5).

Tabla 5.- Puntuaciones medias obtenidas en conversaciones con un profesional de distinto sexo.

Conductas	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Preguntas cerradas	0.86	5.20*	2.4*
Preguntas abiertas	0.05	2.20*	1.4*
Comentarios espontaneos	2.11	8.40*	6.9*

* Contraste de medias pre y postest significativo p< 0.005

Como hemos mencionado anteriormente, en la evaluación de las habilidades conversacionales de nuestros sujetos con otros pacientes de la unidad, no se pudo obtener una evaluación en el pretest y solo se realizó el postest a los dos meses de finalizado el tratamiento. Al carecer de pretest y habiendo comprobado que todas las medidas previas al tratamiento no eran diferentes estadísticamente, se comparó las medias obtenidas para cada uno de los componentes conversacionales en el pretest de las conversaciones con un profesional de distinto sexo, con las obtenidas con sus igua-

les. También en este contraste de medias se obtuvo diferencias significativas respecto al pretest en cada uno de los componentes (preguntas cerradas: $t(4)= 3.81$, $p< 0.05$; preguntas abiertas: $t(4)= 3.96$, $p< 0.05$; comentarios espontáneos: $t(4)= 3.31$, $p< 0.05$) (ver tabla nº 6).

Tabla 6.- Puntuaciones medias obtenidas en conversaciones con sus iguales después del tratamiento comparadas con puntuaciones medias obtenidas en conversación con un profesional de distinto sexo antes del tratamiento.

Conductas	Antes	Seguimiento a los 2 meses
Preguntas cerradas	0.86	4.30*
Preguntas abiertas	0.05	2.40*
Comentarios espontaneos	2.11	6.40*

* Contraste de medias pre y postest significativo $p< 0.005$

Valoraciones cualitativas de otros componentes conversacionales en la situación de entrenamiento grupal y en contextos distintos a la situación de entrenamiento (generalización):

Valoración del contenido conversacional.

El contenido conversacional es un aspecto muy importante en los entrenamientos en habilidades conversacionales dirigidos a facilitar la integración sociocomunitaria de los pacientes psicóticos. Frecuentemente, en pacientes con dificultades a nivel de funcionamiento social, se observa que su escasa tasa de comportamientos verbales se centra fundamentalmente en aspectos relacionados "con la enfermedad"; esto es, su discurso se centra en la realización de verbalizaciones sobre síntomas, miedos, medicación, hospitales, etc. Esta circunstancia puede relacionarse con las lógicas preocupaciones que el trastorno suscita en los sujetos; con el hábito de relacionarse verbalmente con familiares y profesionales de salud en base a estos temas; con el escaso refuerzo de contenidos conversacionales alternativos; y con la ausencia de realización de actividades y relaciones sociales en contextos comunitarios; pero en cualquier caso, este déficit en el manejo de contenidos conversacionales, puede constituir una importante dificultad para el establecimiento de relaciones sociales en el ámbito comunitario.

La tabla nº 7 muestra cómo "antes del entrenamiento", todos los sujetos presentaban importantes déficits en su capacidad para iniciar o mantener conversaciones sobre temas alternativos a la enfermedad. Los resultados

contrastan significativamente con los obtenidos "después del entrenamiento" y "a los 10 meses de seguimiento", momentos en los que todos los sujetos conversaban sobre temas de actualidad, actividades personales, creencias y opiniones personales, etc.

Tabla 7.- Evolución del contenido conversacional de cada sujeto antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Sujeto 1	1	4	4
Sujeto 2	1	4	4
Sujeto 3	2	4	4
Sujeto 4	2	4	4
Sujeto 5	1	4	4

1= contenido fundamentalmente ligado a la enfermedad; 2= contenido parcialmente ligado a la enfermedad; 3= contenidos escasamente ligados a la enfermedad; 4= contenidos ajenos a la enfermedad.

Valoración de los componentes no verbales.

En la tabla nº 8 se describen los resultados de cuatro componentes no verbales, valorados todos ellos a través de una escala ordinal aplicada después de las conversaciones observadas.

El volumen de la voz fue adecuado en todo momento para todos los sujetos.

El contacto visual "antes del tratamiento" era muy deficitario en el sujeto 3 y deficitario en los sujetos 1, 4 y 5. "Después del entrenamiento" estos últimos normalizaron dicho componente, no así el sujeto 3 que siguió con un contacto visual deficitario a los 10 meses de seguimiento.

En cuanto a la expresión facial "antes del entrenamiento", en los cinco sujetos era valorada como parcialmente adecuada. En posteriores valoraciones en cuatro de los sujetos ya era adecuada, mientras que el sujeto 3 continuaba con la valoración de parcialmente adecuada.

La fluidez verbal, esto es, la ausencia de bloqueos e interrupciones durante las intervenciones, era deficitaria para todos los sujetos "antes del entrenamiento". "Después del entrenamiento" y en el "seguimiento a los 10 meses" era adecuada en cuatro sujetos. La fluidez verbal del sujeto 3 era calificada en estas dos ocasiones como parcialmente deficitaria.

Tabla 8.- Valoración de componentes no verbales antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Sujeto 1			Sujeto 2			Sujeto 3			Sujeto 4			Sujeto 5		
	A	D	S	A	D	S	A	D	S	A	D	S	A	D	S
Volumen de la voz	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Contacto visual	2	4	4	4	4	4	1	2	2	2	4	4	2	4	4
Expresion facial	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4
Fluidez conversacion	2	4	4	2	4	4	2	3	3	2	4	4	2	4	4

A= antes; D= después; S= seguimiento a los diez meses; 1= muy deficitario; 2= deficitario; 3= parcialmente adecuado; 4= adecuado.

Valoración social de la "competencia conversacional".

Se trata de un juicio cualitativo, de una valoración global de la competencia conversacional de cada uno de los sujetos, antes, después y a los 10 meses de seguimiento, utilizando una escala ordinal de cinco puntos. La competencia conversacional de un sujeto supone una manifestación, mantenimiento y combinación de componentes verbales y no verbales, que sean pertinentes a una situación conversacional dada. Las valoraciones se realizaban tras las conversaciones grupales y tras las conversaciones de pareja.

En la tabla nº 9 se describen los resultados de la valoración global de la competencia conversacional de cada sujeto. "Antes del entrenamiento" la competencia conversacional de tres de los sujetos fue valorada como muy deficitaria, y la de los otros dos se valoró como deficitaria. "Después del entrenamiento" hubo cambios notables, la competencia de tres sujetos fue calificada como adecuada, y la de los otros dos como parcialmente adecuada. En el "seguimiento a los diez meses", tres de los sujetos volvieron a recibir la valoración de adecuada. De los otros dos, uno volvió a obtener la calificación de parcialmente adecuada (sujeto 3), y el otro (sujeto 4) progresó a la valoración de adecuada.

Tabla 9.- Valoración social de la competencia conversacional antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Sujeto 1	1	4	4
Sujeto 2	2	4	4
Sujeto 3	1	3	3
Sujeto 4	1	3	4
Sujeto 5	2	4	4

(1= muy deficitaria; 2= deficitaria; 3= parcialmente adecuada; 4= adecuada; 5= excelente)

Otras medidas:

Participación en actividades ocupacionales socio-comunitarias.

Si bien esta variable no evalúa directamente la influencia del entrenamiento en habilidades conversacionales, sí que tiene que ver con otra posible consecuencia del mismo, esto es, la facilitación de la integración del sujeto en la vida comunitaria evaluada a través de su participación en actividades ocupacionales.

En la tabla nº 10 se observa cómo "antes del entrenamiento" ninguno de los cinco sujetos tenía actividades socio-ocupacionales en la comunidad. "Después del entrenamiento" en habilidades conversacionales tres de ellos (los sujetos 1, 3 y 4) se encontraban participando en actividades ocupacionales de carácter formativo (tapicería, cerámica). En el "seguimiento a los diez meses", estas tres personas mantenían sus ocupaciones; a ellas se sumó un cuarto sujeto, el número 2, que desde hacía algunos meses participaba en otro proyecto formativo (jardinería). El sujeto 5 continuaba sin actividades, pero se trataba de una persona que siempre había manifestado no desear realizar este tipo de ocupaciones.

Tabla 10.- Participación en actividades ocupacionales socio-comunitarias antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Sujeto 1	No	Si	Si
Sujeto 2	No	No	Si
Sujeto 3	No	Si	Si
Sujeto 4	No	Si	Si
Sujeto 5	No	No	No

Tiempo de permanencia en casa.

Esta variable tampoco evalúa directamente la influencia del entrenamiento en habilidades conversacionales, pero puede tener que ver con otra de sus posibles consecuencias, la facilitación de la reducción del aislamiento social del sujeto, medido a través del número de horas promedio que el sujeto permanece en su casa a lo largo del día.

En la tabla nº 11 se observa una notable reducción del tiempo de permanencia en casa en cuatro de los sujetos. Esta variable se relaciona directamente con la realización de actividades ocupacionales en la comunidad y

con el desarrollo de relaciones sociales. El sujeto 5, el único que no mantenía actividades regladas, muestra en los tres momentos valorados, prácticamente el mismo tiempo de permanencia en casa.

Tabla 11.- Número de horas al día que permanecían en casa cada uno de los sujetos antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Sujeto 1	21	18	14
Sujeto 2	22	19	15
Sujeto 3	20	17	17
Sujeto 4	22	20	19
Sujeto 5	20	19	19

Relaciones interpersonales.

Con frecuencia se observa que las relaciones interpersonales de los pacientes psicóticos están muy restringidas a sus familiares y a los profesionales de salud mental que les asisten, siendo escasa la existencia de relaciones de amistad. El entrenamiento en habilidades conversacionales no determina el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales de amistad, pero junto a otras variables, como por ejemplo la accesibilidad a contextos sociales, puede facilitarlas.

La tabla nº 12 muestra, cómo "antes del entrenamiento" los cinco sujetos carecían de relaciones interpersonales de carácter extrafamiliar o extraprofesional. "Después del entrenamiento" cuatro de los cinco sujetos que estaban asistiendo a contextos sociales (clubes sociales, grupos de actividades sociales, etc), establecieron relaciones de amistad. En el "seguimiento a los diez meses", todos los sujetos mostraban relaciones interpersonales de amistad o las habían incrementado todavía más, menos el sujeto 1. Dicho sujeto tras haber aumentado significativamente de cero a cinco (antes y después del entrenamiento) el número de amigos, "sufrió" una reducción (en el seguimiento a los 10 meses), contabilizando a una sola persona; no obstante es preciso matizar que con esta persona había desarrollado una relación de noviazgo, eventualidad que permitía comprender la disminución del número de personas con quienes establecía citas.

Esta tabla no incluye las relaciones sociales de tipo familiar, ni los contactos con profesionales de salud, ni las relaciones con compañeros y superiores en contextos ocupacionales.

Tabla 12.- Número de personas con las que mantienen relaciones sociales antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Sujeto 1	0	5	1
Sujeto 2	0	3	6
Sujeto 3	0	0	1
Sujeto 4	0	1	2
Sujeto 5	0	1	3

DISCUSIÓN

De los resultados descritos anteriormente podemos extraer las siguientes conclusiones:

1- En el contexto de entrenamiento todos los sujetos experimentaron incrementos en la manifestación de preguntas cerradas, preguntas abiertas y comentarios espontáneos, si bien en los sujetos 1, 2 y 3 fue más destacado.

2- Aunque se apreció un cambió en los tres componentes entrenados, por los datos obtenidos en las líneas bases múltiples, se puede observar dos efectos diferentes de la intervención: uno es un efecto directo en el que se aprecia una contiguidad entre el comienzo de cada período de entrenamiento y el incremento de las frecuencias de preguntas abiertas y cerradas,; y el otro es un efecto indirecto del entrenamiento sobre las comentarios espontáneos. En las figuras 1 a 5 se aprecia que el incremento de las frecuencias de los comentarios no se produce precisamente al comienzo del entrenamiento en comentarios espontáneos, sino que se produce cuando se introducen las primeras sesiones de entrenamiento en preguntas cerradas. Esto nos muestra por tanto, que estas conductas están interrelacionadas. Si este efecto fuese replicado en futuros trabajos, nos sugeriría que para el entrenamiento de las habilidades conversacionales, quizá con el entrenamiento en preguntas fuera suficiente para producir un incremento de los comentarios espontáneos, y por tanto, no sería necesario su entrenamiento específico.

3- A los dos y diez meses de finalizado el entrenamiento, los resultados obtenidos con los sujetos 1, 2 y 3, no solo se mantienen en unos promedios similares a los del entrenamiento, sino que en algunos componentes se

incrementan (como es el caso por ejemplo de las preguntas abiertas en el sujeto 1 y 2 y las preguntas cerradas en el sujeto 3, 4 y 5). En los sujetos 4 y 5, en los que el efecto del tratamiento sobre preguntas abiertas fue débil, en los períodos de seguimiento emiten un mayor número de preguntas. Fenómeno difícilmente explicable desde una perspectiva de entrenamiento directo de cada componente.

4- Los componentes entrenados se generalizaron a otros contexto distintos al de entrenamiento. Ello fue evidente en todos los sujetos tanto después del tratamiento como en el seguimiento realizado a los 10 meses.

5- Respecto al contenido conversacional resultó interesante ofrecer a los sujetos desde un inicio la siguiente consigna: "procurar no hablar de temas relacionados con la enfermedad". Fue un buen punto de partida para desarrollar contenidos alternativos a los existentes en sus pobres repertorios iniciales. Así, se observó una progresiva evolución desde contenidos muy vinculados con el trastorno psiquiátrico que padecían, a contenidos caracterizados por ser socialmente más funcionales. Esta modificación fue muy importante al valorar la supuesta adecuación del comportamiento conversacional de los sujetos. No hay que olvidar que independientemente de lo mucho o poco que los sujetos hablaran durante la fase de línea base, su discurso se refería muy frecuentemente a síntomas, tratamiento, internamientos hospitalarios, etc.

6- En cuanto a los componentes no verbales siguientes: volumen de la voz, contacto ocular, expresión facial y fluidez conversacional, es de destacar que en el presente estudio no fueron objeto de entrenamiento específico. Si bien el volumen de la voz no fue deficiente en ningún momento para ninguno de los sujetos, si es cierto que en la evaluación previa a la intervención, se detectaron déficits en los otros tres componentes (contacto ocular, expresión facial y fluidez verbal). No obstante en cuatro de los sujetos dichos componentes se normalizaron a la par que fruto de la intervención, mejoraban los componentes entrenados y la funcionalidad de los comportamientos conversacionales. Por tanto, no fue precisa la intervención específica sobre estos aspec tos como sí recomendarían enfoques basados eminentemente en lo molecular. El único sujeto, el número 3, que no alcanzó la valoración social de "adecuado" en estos componentes, tampoco la alcanzaría en la valoración social sobre su competencia conversacional, aunque su contenido conversacional se había normalizado y la manifestación de preguntas y comentarios se había incrementado. Todo ello sugiere la importancia de una conceptualización molar del comportamiento conversacional.

7- En el presente estudio la valoración de la competencia conversacional de los sujetos, efectuada por parte de observadores entrenados constituye un criterio importante en la determinación de la funcionalidad y adecuación del comporta-miento de los sujetos. Es significativo cómo de una situación de partida en la que la competencia conversacional de tres sujetos era valorada como "muy deficiente" y en los otros dos como "deficiente", se pasó después del tratamiento a que la competencia de tres de los sujetos ya fuera valorada como "adecuada" y en los otros dos como "parcialmente adecuada". De éstos dos últimos, uno de ellos en el seguimiento a los diez meses también progresaría a la calificación de "adecuada", mientras que el sujeto 3 quedó en la valoración de "parcialmente adecuada" que en cualquier caso superaba a la que había obtenido en la línea base ("muy deficiente").

8- Otro aspecto es el referente a "otras medidas" tales como tiempo de permanencia en casa, número de amistades y actividades ocupacionales socio-comunitarias. Si bien el objetivo de un entrenamiento en habilidades conversacio-nales no es mejorar dichas medidas, pues no las determina, si es cierto que unas habilidades conversacionales competentes pueden facilitar su desarrollo. Pero siempre junto a otras intervenciones incluidas en planes integrales de rehabilitación psicosocial. En el presente estudio, se produjeron mejoras en la reinserción social de sobre todo cuatro de los sujetos, los cuales establecieron relaciones interpersonales de amistad, se implicaron en actividades ocupacionales y disminuyeron notablemente el tiempo de permanencia en casa , situación distinta a la de partida, en la que manifestaban un estilo de vida caracterizado por el aislamiento social y la inactividad. Incluso el sujeto 5, el único que no deseaba participar en actividades ocupacionales, incrementó sus relaciones interpersona-les. Hay que precisar que en este estudio, al hablar de relaciones interpersonales nos referimos a las de amistad, pero lógicamente los sujetos participantes en actividades formativas tuvieron que desarrollar relaciones sociales con sus compañeros y superiores en dichos contextos. Así mismo, es de destacar que a los diez meses de seguimiento ninguno había sufrido recaídas psicopatológicas, manteniéndose satisfactoriamente en su entorno.

Es importante destacar que al igual que cualquier otro tratamiento, el entrenamiento en habilidades conversacionales no debe constituir una técnica de intervención estandarizada que se aplique por igual a cualquier sujeto. El diseño de entrenamiento en habilidades conversacionales debe de responder al nivel de funcionamiento y necesidades personales de cada uno de los integrantes del grupo. Así mismo, hay que señalar que la inclu-

sión de una persona en un entrenamiento de este tipo no debe de obedecer necesariamente a circunstancias tales como que el sujeto esté aislado, que carezca de amistades o que sea poseedor de una determinada etiqueta diagnóstica, sino que debe ser consecuencia derivada del análisis funcional y evaluación conductual de las dificultades que pueda tener en sus interacciones con el medio ambiente.

Es preciso resaltar que el objetivo de la evaluación e intervención es la interacción *sujeto-medio,* en tanto el comportamiento no ocurre en el vacío, sino que tiene lugar en un contexto determinado y caracterizado por unas micro y macro variables físico-sociales. Así, la evaluación y el diseño del tratamiento conversacional deberá dirigirse a la consecución de objetivos relevantes para la vida actual del sujeto, para mejorar el desempeño de sus roles, *su funcionamiento.* Esto significa que si bien es preciso garantizar que los sujetos sean, potencialmente, capaces de manifestar los distintos componentes conversacionales (verbales y no verbales), ello no constituye el objetivo último de un entrenamiento en habilidades sociales. El objetivo no es únicamente conseguir modificaciones en la topografía de respuesta, es decir, incrementar los componentes deficitarios o reducir los que resultan excesivos, sino conseguir modificaciones en la *funcionalidad de dichas respuestas conversacionales en interacción con el medio.* Así por ejemplo, en una hipotética situación, en principio no resultará tan relevante determinar si se realizan más o menos comentarios espontáneos (cuestión, por otra parte de complicada definición apriorística), sino si éstos son adecuados a la situación y facilitan la obtención de gratificación o la resolución de dificultades. Desde esta posición se resalta la importancia de no buscar cambios solamente a nivel cuantitativo, sino también a nivel cualitativo, como lo puede constituir la valoración social sobre la competencia conversacional de un sujeto. Así por ejemplo, en una conversación una persona podría recibir una valoración social de competencia conversacional adecuada, sin que quizás hubiera llegado a formular ninguna pregunta; o a la inversa, durante una interacción social convencional, un sujeto podría realizar un sin fin de preguntas cerradas y recibir una valoración social de competencia conversacional deficiente "*...parecía un interrogatorio...*". La valoración de una habilidad conversacional competente no viene definida por aspectos de tipo molecular, esto es, la presencia de sus distintos componentes en un sentido sumativo, ni tampoco porque cada uno de esos componentes se manifieste con una determinada tasa de frecuencia. La valoración de comportamiento conversacional competente, como evento interactivo y funcional, está muy ligada a las valoraciones sociales sobre su molaridad proce-

dentes del contexto en que tiene lugar. Por tanto, toda evaluación previa y posterior a intervenciones sobre el comportamiento de sujetos, debería de complementar medidas *cuantitativas* junto a valoraciones sociales *cualitativas;* circunstancia que también debería aplicarse al valorar la eficacia de los tratamientos, tanto en las situaciones de entrenamiento como en otros contextos (generalización).

En el presente estudio es de destacar como las *valoraciones sociales de carácter más moral* sobre el comportamiento conversacional de los sujetos (valoración de la competencia conversacional y del contenido conversacional), complementaron las *valoraciones moleculares cuantitativas* (número de preguntas y comentarios) realizadas tanto en el contexto grupal de entrenamiento, como en otros contextos diferentes al entrenado (en nuestro estudio las conversaciones de pareja). Y ello, tanto en momentos previos como posteriores al entrenamiento. Así mismo, la evolución en general positiva de dichas valoraciones cualitativas se constituyó en un interesante elemento para interpretar clínica y socialmente la eficacia del entrenamiento.

Otra cuestión es la referente a las observaciones de la conducta a partir de las cuales llegar a determinar el nivel basal del comportamiento de un sujeto. En nuestro estudio dimos gran importancia a este aspecto, de modo que antes de tomar medidas sistemáticas y con la intención de obtener una muestra comportamental lo más representativa posible, y de minimizar el posible efecto de la reactividad, llevamos a cabo varias sesiones, hasta siete, que significaron casi dos meses de duración y constituyeron el período prelínea base. Posteriormente y ya en una línea base de ocho sesiones efectuamos las medidas. Si bien, es frecuente plantearse el tema de la reactividad en situaciones de entrenamiento y esperar a que en la línea base se produzca una cierta estabilización, no parece que se proceda de igual manera en las observaciones habitualmente llevadas a cabo en las llamadas fases de seguimiento. Opinamos que en futuros estudios, al valorar el posible mantenimiento de los resultados atribuidos al entrenamiento, sería conveniente contemplar fases de seguimiento similares a las llevadas a cabo durante la fase de línea base, en cuanto a número de sesiones y número de observaciones.

Por último, habría que destacar la distinción de dos momentos durante la intervención. Primero había sesiones dónde se entrenaban y ejercitaban topográficamente los componentes verbales de preguntas cerradas, preguntas abiertas y comentarios espontáneos. Y segundo, se producían las posteriores conversaciones grupales donde se procuraba alcanzar la fun-

cionalidad de las conductas conversacionales del sujeto en el grupo. Posteriormente se observaron resultados sugerentes de generalización a contextos y situaciones distintos de los entrenados, valoración efectuada concretamente en las conversaciones a nivel de pareja.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, D.C. (3ª ed. Revisada), 1987.

Birchwood M y Tarrier N. *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia.* Barcelona: Ariel, 1995.

Cuevas Yust C, Hernández Esteban F, Perona Garcelán S y García Aguado A. *Programa de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. Unidad de Rehabilitación de Salud Mental "Virgen del Rocío".* Documento no publicado, 1991.

Cuevas Yust C y Perona Garcelán S. Entrenamiento en habilidades sociales en una unidad de rehabilitación psicosocial. En: F Gil, JMª León y L Jarana, (cds). *Habilidades sociales y salud.* Madrid: Eudema Universidad, 1992.

Halford WK y Haynes R. Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clin Psychol Rev*, 1991, 11: 24-44.

Liberman RP. *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1988.

Watts FN y Bennett DH. *Rehabilitation psiquiátrica. Teoría y práctica.* México, D.F.: Limusa, 1990. (Orig. 1983).

Wong SE, Martínez-Díaz JA, Keith Massel H, Edelstein BA, Wiegand W, Bowen L y Liberman RP. Conversational skills training with schizophrenic inpatients: a study of generalization across settings and conversants. *Behav Ther*, 1993, 24: 285-304.

Zubin J y Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 1977, 86(2): 103-126.

Nota:

Agradecemos al profesor D. José María León Rubio las sugerencias aportadas a este trabajo.

LIBROS REVISADOS

EVITAR LOS MALOS TRATOS ES PREVENIR PROBLEMAS DE SALUD.

Arruabarrena, M.I. y De Paúl, J.
Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide. 1994.

Los malos tratos constituyen un problema de salud en la infancia y adolescencia. Los datos disponibles en nuestro país revelan que entre el 0'2% y el 1'4% de la población menor de 18 años sufre malos tratos. El abandono físico es el tipo más frecuente, o sea, cuando las necesidades básicas del niño, como alimentación, vestido, higiene, cuidados médicos, condiciones de seguridad, etc., no se satisfacen adecuadamente. El abuso físico, incluido el sexual, ocurre aproximadamente entre dos y tres casos de malos tratos de cada diez. Estas agresiones físicas de los adultos cuidadores producen lesiones como magulladuras, quemaduras, fracturas, etc., o conllevan grave riesgo de padecerlas, Así pues, bien por omisión de cuidados elementales que puede ocasionar enfermedades o accidentes, bien por comisión de acciones intencionadas que puede causar daño físico, los malos tratos suelen requerir la intervención de los profesionales que trabajan en el campo de la salud.

Como oportunamente reconoce en el prólogo, Miguel Costa, Jefe del Area de Investigación del Centro de Estudios del Menor, del Ministerio de Asuntos Sociales, sólo recientemente se ha resuelto la indefensión de los menores ante los adultos responsables de su cuidado. En 1874 se emitió la primera sentencia condenatoria contra una madre por infligir malos tratos a su hija. La anécdota de este juicio estriba en que la querella la interpuso la Sociedad Protectora de Animales, ya que no existía ninguna ley de protección del menor; la demanda se basó en que la niña pertenecía al reino animal y, por tanto, tenía al menos los mismos derechos que un perro.

Hoy día en el estado español los menores gozan de cobertura legal frente a las arbitrariedades de los adultos responsables. Lamentablemente este