

TRATAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES: UN CASO CON PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS.

PILAR CARDEÑAS (*)

AITOR ELORDI JARZOSO (*)

ALICIA LOPEZ MARTINEZ (**)

NATIVIDAD NAVARRO HUMANES (*)

Gabinete de Psicología Oneiar

MÁLAGA

RESUMEN

En este trabajo se muestra la necesidad de una interacción entre la labor médica y la psicológica. Para ello se describe un caso afectado de alopecia y pústulas en la cabeza, que tras una detallada evaluación psicológica fue tratado de déficits conductuales en situaciones que implican relaciones interpersonales, lográndose la total desaparición de los problemas dermatológicos.

PALABRAS CLAVE: Medicina Conductual, Habilidades Sociales, Problemas Dermatológicos.

* Colaboradores del Departamento de Psicología de la Universidad de Málaga.

** Colaboradora del Departamento de Psicología de la Universidad de Málaga.

Becaria de colaboración en el Aula de Psicología del Departamento de Psicología de la Universidad de Málaga

SUMMARY

This paper presents the need of an interaction between the medical and psychological work.

After a psychological diagnostic, a case with alopecia and pustules in her head was treated individually by behavioral therapy of conductual deficits in interactional situations. Results indicated a total disappearance of her dermatological symptoms.

KEY WORDS: Conductual Medicine, Conductual deficits in interactional situations, Dermatological Problems.

1. INTRODUCCION

Hoy en día, desde el punto de vista del psicólogo clínico, se observa que el diagnóstico médico no siempre considera aquellas variables que inciden en algunos problemas físicos. Son variables, sin embargo, que el psicólogo siempre ha de considerar. Parecía, por tanto, necesario el establecer una disciplina en la que ambos campos de conocimientos se interrelacionasen, surgiendo, de este modo, la Medicina Conductual. Esta se ocupa de operar no sólo sobre el organismo, sino de cómo este responde al ámbito estimular. Se trata de un nuevo modo de realizar medicina donde la psicología juega un papel muy relevante. (Polaino, 1982).

En este sentido, un aspecto de gran interés es el que hace referencia a la posible asociación de problemas de habilidades sociales con problemas tales como el asma, cefaleas, trastornos dermatológicos... (Gil, 1984). A continuación se expone el caso, su evaluación y tratamiento, de una mujer con un déficit en habilidades sociales con problemas dermatológicos asociados.

Por otra parte, el estudio de los problemas en comportamientos interpersonales está recibiendo un interés creciente en los últimos años. A pesar de las grandes disquisiciones teóricas (falta de acuerdo respecto a lo que se entiende por habilidad social, conducta asertiva, o competencia social; excesivos modelos explicativos...), problemas relacionados con la evaluación (escasa validez de la mayoría de los instrumentos; discordancia entre los diferentes tipos de medidas...) y, por último, problemas relativos a la eficacia terapéutica (ausencia y dificultad para replicar experimentos anteriores, falta de seguimientos), (para una revisión de estos y otros problemas véase en reciente trabajo de Gavino y Godoy, 1986), lo cierto es que el tratamiento de habilidades sociales es cada vez más numeroso, aplicándose no sólo a personas con demandas de este tipo sino como parte de los distintos tratamientos de otras alteraciones (depresión, Barbaree y Davis, 1984; Shaffer y col., 1981; Thase y col., 1984; agorafobia, Emmelkamp y col., 1983; hipertensión, Morrison y col., 1985;

obsesiones, desórdenes sexuales y fobias en general, Turner y col., 1983).

2. HISTORIA CLINICA

Se trataba de una mujer de 22 años, soltera, estudiante de segundo curso de Medicina, en Málaga, perteneciente a una familia de nivel socio-económico medio-bajo. Era la tercera de cinco hermanos (dos varones y tres mujeres). Residía en casa de sus padres.

Acude a consulta en Noviembre de 1986, enviada por su dermatólogo, presentando alopecia y pústulas en la cabeza que se extendían hasta la mejilla izquierda, por lo que recibía tratamiento dermatológico desde hacía ocho meses. La falta de resultados con este tipo de tratamiento dió lugar a que se le recomendase tratamiento psicológico, tratamiento que comenzó sin la medicación, por no haber acusado ninguna mejoría.

Una entrevista permitió recabar datos generales e información concreta sobre el problema. Se pidió a la paciente que rellenara una hoja de autorregistro donde debía especificar el día/hora, la situación y compañía, actividad y sentimientos. Los datos obtenidos permitieron establecer la hipótesis de que cuando la paciente se veía en situaciones que le provocaban ansiedad se tocaba el pelo y se rascaba la cabeza llegando incluso a hacerse sangre. Estas situaciones se referían a su falta de habilidades sociales que la paciente verbalizaba como se veía incapaz de iniciar y mantener una conversación y se ponía muy nerviosa con la gente.

Estas circunstancias le llevaron, desde hacía dos años, a imaginarse historias en las que ella era la protagonista. Este tipo de pensamientos también solía aparecer cuando era incapaz de hablar estando en una reunión de amigos. La paciente estaba totalmente convencida de que estas historias eran una manera de evitar las situaciones conflictivas y las imaginaba incluso cuando iba a dormirse, por lo que tardaba en conciliar el sueño alrededor de hora y media.

No se observó ningún otro tipo de problema; las relaciones con su familia y compañeros de clase no entrañaban problemas específicos ni relevantes.

En las siguientes sesiones, tras revisar los autorregistros y completar la información, se le pasó una serie de autoinformes (escala de Rathus, 1973; una lista de situaciones para el entrenamiento de habilidades sociales, 1985; el PPSS, 1985, y un cuestionario de respuestas fisiológicas). Por último, también se le pidió que respondiera a una serie de situaciones que se le presentaban mediante

una cassette (1979), grabando sus respuestas para evaluar así su velocidad de comienzo, tono y calidad de voz, contenido y volumen. Se comprobó que tenía déficits en los siguientes componentes conductuales: calidad de voz, contenido, volumen, contacto visual, expresión facial, gestual y postura.

3. TRATAMIENTO

El tratamiento se enfocó desde un punto de vista conductual, optando por el ensayo comportamental, basándonos para esta elección en los resultados de la evaluación que se ha expuesto brevemente.

Una vez que se le explicó en qué consistía esta técnica, se elaboró entre la paciente y el terapeuta (de acuerdo a los autorregistros que debía rellenar) una relación de situaciones interpersonales que le produjeran ansiedad, debiendo describirlas y valorar cada una de ellas en una escala de uno a diez en base al grado de ansiedad que le provocaban (1, muy poca ansiedad, 10, máxima ansiedad). En la tabla número 1 puede verse la descripción de estas situaciones.

TABLA 1: Lista de situaciones ansiógenas elaborada por la paciente y el terapeuta jerarquizadas de 0 a 10.

NIVEL SUBJETIVO DE ANSIEDAD	DESCRIPCION
2 -----	En una tienda de regalos. Cuando ya se ha decidido por uno se acerca al dependiente y pide que se cobre; el precio le parece excesivo y solicita rebaja
3 -----	Después de comprar un artículo se da cuenta de que está en malas condiciones. Vuelve a la tienda con intención de devolverlo.
4 -----	Telefonar a una empresa o institución pidiendo información sobre un puesto de trabajo publicado en el periódico.
5 -----	En un bar con un grupo de amigos (dos o tres) y el camarero se equivoca al traer lo que ha pedido. Debe devolverlo.
6 -----	En un bar con un grupo de amigos. Hay una persona, no del grupo, que le atrae y con la que le gustaría entablar una conversación.
7 -----	Reunión con un grupo de tres o cuatro amigos hablando de un tema determinado y hay diversidad de opiniones en contra de la suya. Debe mantener su opinión
8 -----	Conseguir no gritar a su padre y/o madre cuando le reprenden.
9 -----	Expresar sentimientos de cariño, afecto y amor
10 -----	Recibir y devolver un halago

La situación con un grado de ansiedad seis y las dos últimas situaciones se realizaron teniendo la paciente de interlocutores a coterapeutas de ambos sexos, puesto que se definía bisexual y manifestó que le interesaba hacerlo de esta manera.

Las sesiones se llevaron a cabo en la consulta. La duración, por término medio, era de una hora; con una frecuencia de una sesión semanal, hasta un total de cinco sesiones. En cada sesión eran representadas dos escenas. Antes de cada representación se le describía la situación y se le pedía que imaginase, en primer lugar, el contexto, para después establecer las pautas de comportamiento mediante modelado verbal; finalmente, representaba la situación en varios intentos, corrigiendo el terapeuta en cada uno de ellos los componentes conductuales que se referiran a continuación.

En cada representación se evaluaron los componentes conductuales de la comunicación no verbal y verbal, a los que nos referíamos anteriormente, siguiendo el sistema de registro especificado en la tabla número dos.

TABLA 2: Hoja de registro para la evaluación de componentes verbales y no verbales de la comunicación (Tomado de Muldmand, 1979).

EVALUACION DE LA COMUNICACION NO VERBAL Y VERBAL

COMPORTAMIENTO:	Intervenciones								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Contacto con los ojos									
Expresión facial									
Expresión gestual									
Volumen de voz (1)									
Postura (2)									
Calidad de voz (3)									
Contenido									

- (1) Muy fuerte o no suficientemente fuerte
- (2) Rígida/flexible
- (3) Muy dura o gimoteante

Criterios de evaluación:

- 1. Muy mala; ausencia completa del comportamiento deseable.

2. Mala; gran necesidad de mejorar.
3. Media; una cierta necesidad de mejora.
4. Buena; necesidad de refinar un poco.
5. Excelente; muy poca o ninguna necesidad de mejorar.

Hay que destacar que después que la paciente representaba adecuadamente la escena sobre la que estuviese trabajando, se le pedía que la volviese a representar varias veces más, con el fin de que se estableciera un sobreaprendizaje. Además, era algo que debía llevar a cabo luego en la vida real, comentándose en cada sesión los posibles problemas que hubiesen podido surgir.

Al finalizar la quinta sesión se realizó una evaluación global: la paciente se sentía capaz de enfrentarse a todas las situaciones representadas sin ansiedad y vivenciaba su estado como totalmente satisfactorio. También manifestaba hallarse en condiciones de enfrentarse a nuevas situaciones de forma adecuada. De cualquier modo, se quiso comprobar hasta qué punto sus actuaciones eran adecuadas en la "vida real" para lo cual se escogieron estas tres situaciones:

-Seleccionar un anuncio del periódico que hiciera referencia a un puesto de trabajo y llamar por teléfono solicitando información al respecto, además de concertar una entrevista.

-Entrar en una zapatería para probarse una serie de zapatos y no comprar ninguno porque no son de su agrado.

-Pedir en un bar una bebida, devolviendo al camarero la misma después de que la sirvió por encontrarse en malas condiciones.

Fueron escogidas estas tres situaciones, y no otras, porque era en las que entrañaba menos problemas que el terapeuta estuviese presente, aunque debe señalarse que éste en ningún momento daba indicaciones a la paciente respecto a cómo debía actuar, sino que su papel era el de mero observador, comprobándose que, efectivamente, la sujeto resolvía adecuadamente cada situación: la postura, expresión facial y gestual, contacto ocular, contenido, volumen, tono, y calidad de voz eran los apropiados.

Así mismo, las historias que la paciente se inventaba, habían desaparecido, con lo cual la latencia del sueño, que como se señaló anteriormente era de alrededor de hora y media, disminuyó hasta un promedio de veinte minutos.

Por último, se decidió remitir a la paciente a su dermatólogo, para que

comprobase si realmente existía una desaparición de su problema dermatológico. Pudimos comprobar por el informe del especialista, la total desaparición de las pústulas no sólo de la mejilla izquierda, lo cual era evidente a simple vista, sino también las de la cabeza. Con respecto a la alopecia, además, existe una mejora; actualmente, ya que no se le cae el pelo y sólo se frota el pelo con una loción vitaminica para fortalecer su raíz.

Se han realizado diversos seguimientos de la paciente, a los quince días, al menos y a los tres meses, encontrándose en todos los casos que no presentaba ningún tipo de problema, no habiéndole vuelto a aparecer las alteraciones dermatológicas.

4. DISCUSION

A la vista de los resultados obtenidos nos gustaria señalar dos aspectos. El primero de ellos es la necesidad de evaluación objetiva que permita la correcta diferenciación entre el problema principal y el resto de las alteraciones (psicológicas y físicas) ocasionadas probablemente por el primero. Como se puede ver en esta paciente existían diversos problemas psicológicos relacionados (insomnio, invención de historias, déficits conductuales en relaciones interpersonales). El hecho de haber realizado un correcto análisis funcional fue lo que posibilito el distinguir de entre todos estos problemas aquel que incidía sobre los demás.

Algo que ha de considerarse, bajo nuestro punto de vista, fundamental en Psicología Clínica es el hecho de que todo terapeuta cuando se enfrenta a un nuevo caso debería actuar como investigador objetivo, que sin partir de ideas preconcebidas, trata de hallar el problema concreto, en qué condiciones se da, que lo mantiene y qué problemas concomitantes ocasiona.

Hoy en día el diagnóstico médico ha de considerar otro tipo de variables cuando se encuentra ante un paciente, que no están contempladas en lo que normalmente aparece en los manuales de patología médica. Es, entonces, cuando la figura del psicólogo toma relevancia en el tratamiento de algunos problemas que siempre se consideraron médicos, puesto que su labor, entre otras, es la de determinar precisamente esas variables, que normalmente se refieren al ambiente social, familiar, y al estilo de vida en general (Polaino, 1982).

Además, hay que destacar cómo la evaluación va a determinar la elección del tratamiento más adecuado de acuerdo al problema y a las variables situacionales, personales, etc... de la persona (Segura, 1986). En este sentido,

debemos destacar cómo a medida que han ido desapareciendo los problemas de habilidades sociales que presentaba la paciente, su problema dermatológico ha ido mejorando hasta desaparecer completamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BARBAREE, H.E. y DAVIS, R.B. (1984): Assertive behavior, selfexpectations, and self-evaluations in mildly depressed university women. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 2, 153-172.
- EMMELKAMP, P., VAN DER HOUT, A. y DE VRIES, K. (1983): Assertive training for agoraphobics. *Behavior Research and Therapy*, 21, 1, 63-68.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J.I.A. (1983): *Evaluación Conductual*. Madrid, Edit. Pirámide.
- GAVINO, A. y GODOY, A. (1986): *Breve revisión de problemas en comportamientos interpersonales*. Univ. de Málaga.
- GIL, F. (1984): Entrenamiento en habilidades sociales. En J. Mayor y F.J. Labrador: *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid, Edit. Alhambra Universidad.
- MORRISON, R.L, BELLACK, A.S. y MANUCK, S.B. (1985): Role of social competence in borderline essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 2, 248-255.
- MULDMAND, F. (1979): *Assertion et therapie comportement tale: construction d'un test en vue de son application clinique*. Paris. Tesis Doctoral. Université René Descartes (Paris.V), Sorbonne.
- PECK, D. y CACERES CARRASCO, J. (1981): *Avances en Terapia de Conducta*. Universidad de Deusto.
- POLAINO, A. (1982): *Medicina Comportamental*. En A. Polaino: *Psicología Patológica*. Madrid, U.N.E.D., Vol. 2.
- SEGURA, M. (1986): *La situación terapeutica y sus problemas*. En J.I.A. Carrobles: *Análisis y Modificación de la Conducta*. Madrid, U.N.E.D., Vol. 1.
- SHAFFER, M.S., SHAPIRO, J., SANK, I y COGHLAN, D.J. (1981): Positive changes in depression, anxiety and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 2, 149-157.
- THASE, M.E., HERSEN, M., BELLACK, A.S., HIMMELHOCH, J.M., KORNBILITH, S.J., y GRENWALD, D.P. (1984): Social skills training and endogenous depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 2, 101-108.
- TURNER, R.M., MELER, D. y DITOMASSO, R. (1983): Assesment of social anxiety: A controlled comparison among social phobics, obsessive-compulsives, agoraphobics, sexual disorders and simple phobics. *Behavior Research and Therapy*, 21, 2, 181-183.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de la Profesora Titular Aurora Gavino Lázaro, y de D. Francisco Navarro Humanes, ambos pertenecientes al Departamento de Psicología de la Universidad de Málaga.