

R. Cirici Amell¹
J. Obiols Llandrich²

Validez de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos

¹ Servei de Psiquiatria
Hospital Mútua de Terrassa
² Serveis de Salut Mental del SAAS
Andorra

En la década de 1980 Robert P. Liberman y su equipo de la UCLA diseñaron los Módulos de Habilidades Sociales para la Vida Independiente. Desde entonces sus métodos se han extendido a lo largo del mundo y su efectividad ha sido demostrada. Parece que actualmente está empezando a quedar en desuso la aplicación de estos métodos y prácticamente no hay publicaciones que avalen la continuidad de estos tratamientos.

En este artículo se presentan los resultados de un programa de entrenamiento en habilidades sociales (PEHS) en una muestra de 57 pacientes esquizofrénicos. Se evaluaron los resultados con las escalas *Positive and Negative Symptoms Scale* (PANSS) y *Social Behavior Assessment Schedule* (SBAS) y con los cuestionarios *Social Interaction Self-Statements Test* (SISST) y AI-F. Con posterioridad a la intervención terapéutica, los pacientes mejoraron en síntomas negativos, adquirieron nuevos roles sociales y aumentaron la frecuencia del comportamiento asertivo. También los familiares vieron mejorada su sobrecarga emocional y el nivel de estrés. De todos modos estas mejoras decrecieron a los 6 meses de seguimiento sin intervención terapéutica.

Palabras clave:
Esquizofrenia. Programa de entrenamiento en habilidades sociales. Rehabilitación psicossocial. PANSS. SBAS.

Actas Esp Psiquiatr 2008;36(3):123-132

Validity of a social skills training program for schizophrenic patients

In the 1980's, Robert P. Liberman and his team from UCLA designed the Social Independent Living Skills Modules. Since then, their methods have spread throughout the world and their effectiveness has been demonstrated. It seems that the application of these methods is beginning to disappear and there are practically no publications that support the continuity of these treatments.

Correspondencia:
R. Cirici
Hospital Mútua de Terrassa
Plaça Dr. Robert, 5
08221 Terrassa
Correo electrónico: rcirici@mutuaterrassa.com

In this article, the results of the Social Skills Training Program (SSTP) are presented in a sample of 57 schizophrenic patients. The results are evaluated with the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) and the Social Behavior Assessment Schedule (SBAS) scale and with the Social Interaction Self-Statements Test (SISST) and AI-F questionnaires. The negative symptoms of the patients improved after the therapeutic intervention. The patients acquired new social roles and their frequency of assertive behavior increased. Their relatives also improved their emotional burden and stress level. In any event, these improvements decreased at 6 months of follow-up without therapeutic intervention.

Key words:
Schizophrenia. Social Skills Training Program. Psychosocial rehabilitation. PANSS. SBAS

INTRODUCCIÓN

Robert Paul Liberman y su equipo de la UCLA durante la década de 1980 diseñaron los módulos *Social Independent Living Skills* (SILS) con los objetivos de incrementar las habilidades de los pacientes para hacer frente al estrés, conseguir una mayor autonomía personal e incentivar la participación activa de los pacientes en los tratamientos psiquiátricos¹⁻⁴.

Durante la década de 1990 hubo numerosas publicaciones relacionadas con la rehabilitación psicossocial de la esquizofrenia. En el año 1997 Bellack et al.⁵ editaron un manual práctico de entrenamiento en habilidades sociales que se ha extendido a lo largo del mundo. Otros autores como Roder et al.⁶ incluyeron el módulo de habilidades sociales dentro de su programa IPT. Pero con el cambio de siglo las publicaciones fueron decreciendo de forma progresiva para dar paso a otro tipo de estudios más centrados en la terapia psicológica individual y en la rehabilitación cognitiva. Sin menospreciar en ningún caso estas nuevas modalidades de intervención, que están siendo evaluadas con rigurosidad científica y con estudios basados en la evidencia, no debemos olvidar la importancia de las intervenciones psicoterapéuticas grupales y, en especial, de los programas de entrenamiento en habilidades sociales.

La efectividad de los módulos SILS ha sido ampliamente demostrada como se constata en distintas revisiones publicadas^{5,7,11}. Hay una sólida evidencia de que los programas que añaden abordajes psicosociales al tratamiento farmacológico son más efectivos en reducir recaídas y en mejorar el funcionamiento psicosocial¹². Una extensa revisión de Bustillo y su equipo¹³ en 2001 destacó la importancia del entrenamiento en habilidades sociales en mejorar la competencia social (incluyendo el ajuste social, la capacidad de vivir independientemente, el aprendizaje de habilidades para la vida cotidiana y las mejoras cognitivas).

Por el contrario, un análisis metaanalítico realizado por Pilling et al.¹⁴, publicado en 2002, concluye que el entrenamiento en habilidades sociales y la rehabilitación cognitiva no parecen conferir beneficios evidentes para pacientes con esquizofrenia y no pueden ser recomendados en la práctica clínica. Evidentemente, nosotros discrepamos de esta afirmación y tanto nuestros resultados como nuestra experiencia clínica nos avalan para defender la recomendación de la terapia integral a la esquizofrenia, que incluye la farmacoterapia junto con intervenciones psicosociales para los pacientes y familiares.

MATERIAL Y MÉTODO

En el presente artículo se presentan los resultados de un programa aplicado a 57 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (criterios CIE-10) que participaron en un programa de entrenamiento en habilidades sociales (PEHS) de forma ambulatoria. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del programa en comparación con el tratamiento estándar.

El proyecto de investigación se diseñó como un estudio prospectivo, con distribución aleatoria de los pacientes en dos grupos (experimental y control). Se compararon dos tratamientos: PEHS junto con tratamiento antipsicótico (grupo experimental) frente a tratamiento antipsicótico exclusivo (grupo control). También se evaluó el efecto de la retirada del PEHS a los 6 meses de seguimiento.

Participantes

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de la muestra en la línea base. No había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control en las variables sociodemográficas y clínicas al inicio del programa. Todos estaban sin exacerbación aguda en el momento de incorporarse al estudio (tabla 1).

El grupo experimental obtuvo una puntuación global en la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) de 75,05 (desviación estándar [DE] = 18,86) y el grupo control de 67,04 (DE = 16,72), sin presentar diferencias estadísticamente significativas. Ambos grupos se situaron en la zona sintomática leve, según los criterios de Voruganti et al.¹⁵. Predominaban los pacientes con esquizofrenia tipo negativo, es decir, aquellos pacientes que puntuaban a partir de 4 (síntoma moderado) en tres o más ítems de la subescala PANSS-negativa.

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes

		Grupo experimental (n = 35)	Grupo control (n = 22)
Edad	Media (DE)	27,7 (6,52)	27,8 (5,79)
Sexo	n (%)		
Hombre		21 (60)	14 (63,6)
Mujer		14 (40)	8 (36,4)
Convivencia	n (%)		
Solo/a		1 (2,9)	1 (4,5)
Con padres		30 (85,7)	18 (81,8)
Con otros familiares		2 (5,7)	2 (9,1)
Con pareja		2 (5,7)	1 (4,5)
Nivel de estudios	n (%)		
Medios		21 (60)	7 (31,8)
Primarios		10 (28,6)	12 (54,6)
Superiores		4 (11,4)	3 (13,6)
Situación laboral	n (%)		
Activo/a		5 (14,3)	3 (13,6)
Parado/a		28 (79,9)	16 (72,8)
Estudiante		1 (2,9)	3 (13,6)
Trabajo protegido		1 (2,9)	—
Clase social familiar	n (%)		
Alta		6 (17,1)	5 (22,7)
Media		16 (45,8)	7 (31,7)
Baja		13 (37,1)	10 (45,5)
Años de evolución de la enfermedad	Media (DE)	8,25 (6,05)	8,36 (5,34)
Número de ingresos	Media (DE)	1,48 (1,94)	2 (2,33)
Tratamiento neuroléptico mg (equivalente, clorpromazina)	Media (DE)	271,64 (232,70)	223,45 (202,42)
Coficiente intelectual			
WAIS vocabulario	Media (DE)	108,14 (13,83)	107,72 (15,25)
WAIS cubos		97,85 (15,82)	98,86 (16,89)
WAIS semejanzas		113,57 (13,26)	114,77 (15,77)
PANSS inicial	Media (DE)	75,05 (18,86)	67,04 (16,72)

Test de hipótesis de proporciones y Test de Wilcoxon. DE: desviación estándar; n: número de pacientes; WAIS: *Wechsler Adults Intelligence Scale*; PANSS: *Positive and Negative Syndrome Scale*. No hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable de esta tabla.

Todos los pacientes tomaban regularmente medicación antipsicótica pautada por su psiquiatra. Para facilitar la comparabilidad entre las dosis de medicación de los sujetos se realizó una equivalencia con dosis de clorpromazina (según las propuestas de transformación de Ban, 1971, y Foster, 1989).

La media de edad de los pacientes se situaba en torno a los 27 años. En ambos grupos había aproximadamente un 60% de hombres. Mayoritariamente convivían con los padres (81,8-85,7%), un paciente de cada grupo vivía solo aunque estaba en contacto a diario con su familia, entre un 4,5 y un 5,7% vivían en pareja y entre un 5,7 y un 9,1% convivían con otros familiares.

El nivel de estudios situaba la moda en los estudios medios (54,6-60%). La clase social de la muestra se situaba en el nivel medio-bajo. La situación laboral más frecuente era el paro (72,8-79,9%). En activo, con jornada parcial o completa, se hallaba alrededor del 14% de la muestra y estudiantes había pocos (2,9-13,6%). Un paciente trabajaba en un taller protegido.

La edad de inicio de la enfermedad de los pacientes se situaba mayoritariamente entre los 17 y los 25 años (77,1-86,4%). El tiempo de evolución de la enfermedad se situaba alrededor de los 8 años. Los pacientes habían estado ingresados en hospitales psiquiátricos una media de 1,48 veces (DE=1,94) en el grupo experimental y de 2 veces (DE=2,33) en el grupo control.

La estimación de inteligencia general valorada según la *Wechsler Adults Intelligence Scale* (WAIS) con el subtest WAIS vocabulario situaba a los pacientes en un nivel de coeficiente intelectual (CI) en el promedio de normalidad (entre 107,72 y 108,14). La inteligencia manipulativa estimada con el subtest WAIS cubos situaba a los pacientes en un nivel de CI entre 97,85 y 98,86. Y la capacidad de aprendizaje y de pensamiento asociativo estimada con el subtest WAIS semejanzas situaba a los pacientes en un nivel de CI entre 113,57 y 114,77.

Procedimiento

Los 35 pacientes del grupo experimental se subdividieron en grupos terapéuticos de entre seis y ocho personas para participar en el PEHS. Cada grupo realizaba una sesión semanal de 1,5 h durante 20 semanas y estaba a cargo de dos terapeutas experimentados en las terapias psicosociales.

Con un enfoque cognitivo-conductual se trataban todos los componentes relacionados con las habilidades de comunicación social (verbal y no verbal) y se realizaban ensayos conductuales (*roleplaying*) para entrenar las conductas aprendidas, así como estrategias para el comportamiento asertivo y técnicas de solución de problemas. A los pacientes del grupo control que únicamente recibían atención psiquiátrica se les ofreció la oportunidad de incorporarse a los grupos PEHS una vez finalizado el estudio.

Evaluación

Las evaluaciones se realizaron en tres ocasiones: preevaluación de línea base, postevaluación al final de la intervención y seguimiento (evaluación a los 6 meses de la retirada del tratamiento), excepto en el grupo control, en el cual no se realizó evaluación de seguimiento. Cada evaluación se refería a los cambios observados durante los 6 meses anteriores, exceptuando la escala PANSS, que valoraba los cambios en los síntomas durante los 30 días previos a la entrevista.

El protocolo de evaluación incluyó dos entrevistas semiestructuradas (una con el propio paciente y otra con un familiar próximo) y dos pruebas autoadministradas. La batería de pruebas recogió información desde distintos puntos de vista: valoración del clínico, percepción desde su entorno social y autopercepción de la conducta y las cogniciones.

La primera entrevista semiestructurada que se administró fue la PANSS¹⁶ en la versión española de Peralta y Cuesta¹⁷.

La segunda entrevista semiestructurada, *Social Behaviour Assessment Schedule* (SBAS)¹⁸, es una escala de valoración del desempeño social que evalúa la habilidad social del sujeto desde el punto de vista de su interacción con el entorno. La versión que aplicamos fue la SBAS española, adaptada por Otero et al.¹⁹. Esta entrevista se realizó con un familiar o persona próxima al paciente que mantenía un contacto diario con él.

La SBAS se basa en el constructo de *performance*, que implica que la conducta del sujeto se compara con las expectativas que sobre él recaen dentro de su propio contexto socio-cultural y familiar. Se trata de una escala que permite observar varias conductas del sujeto y de cada una de ellas dar cuatro puntuaciones: a) el funcionamiento social reciente del sujeto; b) los cambios en su desempeño; c) el estrés que produce al informante (persona significativa del paciente), y d) la carga del informante, separando los cambios objetivos de la vida del informante del estrés causado por el propio paciente (carga subjetiva). Se evalúa también el apoyo que recibe el informante, así como las recaídas del paciente.

Finalmente, basándonos en diversos estudios sobre la validez de las pruebas autoadministradas como herramientas útiles para evaluar a pacientes esquizofrénicos¹⁵⁻²⁰ se incluyeron dos cuestionarios: el *Social Interaction Self-State-ment Test* (SISST)²¹ y el *Assertion Inventory* (AI)²². El SISST evalúa las cogniciones positivas y negativas que intervienen en situaciones de interacción social y el AI recoge información sobre la conducta asertiva.

RESULTADOS

Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron métodos descriptivos y métodos inferenciales. Con las variables de tipo cualitativo se calcularon frecuencias y porcentajes, y

en el caso de las variables de tipo cuantitativo se calcularon medias, DE, rangos y medianas.

Se calculó el índice del tamaño del efecto (ITE)²³ con todas las diferencias halladas entre medias que alcanzaron una significación estadística ($p < 0,05$ o $p < 0,001$). Este índice se obtuvo a partir de la diferencia entre las dos medias dividida por la DE de la primera. Se utilizó el ITE para valorar si determinados cambios detectados, potencialmente inducidos por el PEHS, podían ser considerados clínicamente relevantes. Con el baremo propuesto por Cohen, referido por Casado et al.²³, se consideró que un ITE era pequeño cuando era inferior a 0,35, mediano cuando se situaba entre 0,35 y 0,65 y grande cuando era superior a 0,65 (tabla 2).

En la PANSS, en la línea base, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio. Como resultado de la intervención terapéutica los pacientes del grupo experimental mejoraron significativamente en varios de los síntomas de la escala PANSS (tabla 2). La comparación de medias de puntuaciones entre la preevaluación y la posteva-

luación señaló que para el grupo experimental la diferencia era estadísticamente significativa en los ítems: N02 ($p < 0,05$; ITE=0,56), N04 ($p < 0,001$; ITE=0,54), N06 ($p < 0,05$; ITE=0,41), G02 ($p < 0,05$; ITE = 0,49), G11 ($p < 0,05$; ITE = 0,31), G13 ($p < 0,001$; ITE=0,46), G15 ($p < 0,05$; ITE=0,48) y G16 ($p < 0,001$; ITE=0,38). En el grupo control únicamente hubo una diferencia estadísticamente significativa (ítem G16) en el sentido de empeoramiento ($p < 0,05$; ITE=0,34).

En la comparación entre la postevaluación y la evaluación de seguimiento se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental para los ítems N01 ($p < 0,05$; ITE=0,34), N07 ($p < 0,05$; ITE=0,51) y G13 ($p < 0,05$; ITE=0,37). Dichas diferencias indicaron que las puntuaciones de los pacientes regresaron a sus puntuaciones iniciales o incluso las empeoraron cuando se interrumpió el programa de tratamiento. Para los ítems G02 y G11 las diferencias, aunque no fueron estadísticamente significativas, obtuvieron una $p=0,07$ (figs. 1 y 2).

En las cuatro subescalas básicas de la SBAS al inicio del programa tampoco hubo diferencias estadísticamente signifi-

Tabla 2

Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS). Medias de las puntuaciones de los pacientes en las tres evaluaciones del estudio

Ítem	Grupo	Preevaluación Media (DE)	Postevaluación Media (DE)	p ¹	ITE ¹	Seguimiento Media (DE)	p ²	ITE ²
N01: Embotamiento afectivo	Experimental	2,97 (1,44)	2,66 (1,16)	ns	—	3,06 (1,30)	*	0,34
	Control	3,05 (1,36)	3,18 (1,26)	ns	—	—	—	—
N02: Retraimiento emocional	Experimental	3,40 (1,26)	2,69 (1,23)	*	0,56	2,83 (1,32)	ns	—
	Control	2,77 (1,31)	3,09 (0,97)	ns	—	—	—	—
N03: Contacto pobre	Experimental	2,43 (1,07)	2,14 (0,97)	ns	—	2,37 (1,00)	ns	—
	Control	2,32 (0,95)	2,55 (1,22)	ns	—	—	—	—
N04: Retraimiento social	Experimental	3,89 (1,55)	3,06 (1,55)	**	0,54	3,23 (1,68)	ns	—
	Control	3,59 (1,68)	3,68 (1,67)	ns	—	—	—	—
N06: Espontaneidad/fluidez	Experimental	2,80 (1,28)	2,37 (1,06)	*	0,41	2,51 (1,01)	ns	—
	Control	2,86 (1,04)	2,82 (1,30)	ns	—	—	—	—
N07: Pensamiento estereotipado	Experimental	2,49 (1,12)	2,23 (1,11)	ns	—	2,80 (1,21)	*	0,51
	Control	2,59 (1,18)	2,82 (1,05)	ns	—	—	—	—
G02: Ansiedad	Experimental	3,11 (1,32)	2,46 (1,15)	*	0,49	2,80 (1,38)	ns ^a	—
	Control	2,77 (1,51)	3,05 (1,76)	ns	—	—	—	—
G07: Retardo motor	Experimental	2,83 (1,34)	2,51 (1,07)	ns	—	2,43 (1,14)	ns	—
	Control	2,55 (1,37)	2,41 (1,10)	ns	—	—	—	—
G11: Atención deficiente	Experimental	2,91 (1,29)	2,51 (1,17)	*	0,31	2,94 (1,21)	ns ^a	—
	Control	2,95 (1,29)	2,95 (1,09)	ns	—	—	—	—
G13: Trastorno de la volición	Experimental	2,77 (1,37)	2,14 (1,24)	**	0,46	2,60 (1,22)	*	0,37
	Control	2,82 (1,14)	3,18 (1,40)	ns	—	—	—	—
G15: Preocupación	Experimental	3,11 (1,28)	2,49 (1,22)	*	0,48	2,77 (1,21)	ns	—
	Control	2,64 (1,33)	2,95 (1,25)	ns	—	—	—	—
G16: Evitación social activa	Experimental	3,40 (1,65)	2,77 (1,35)	**	0,38	2,89 (1,45)	ns	—
	Control	2,68 (1,46)	3,18 (1,50)	*	0,34	—	—	—

Test de Wilcoxon. ITE: índice del tamaño del efecto; DE: desviación estándar; p¹: comparación entre la preevaluación y la postevaluación; p²: comparación entre la postevaluación y la evaluación de seguimiento; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; ns^a $p = 0,07$; ns: no significativo. Si la puntuación disminuye, el paciente mejora.

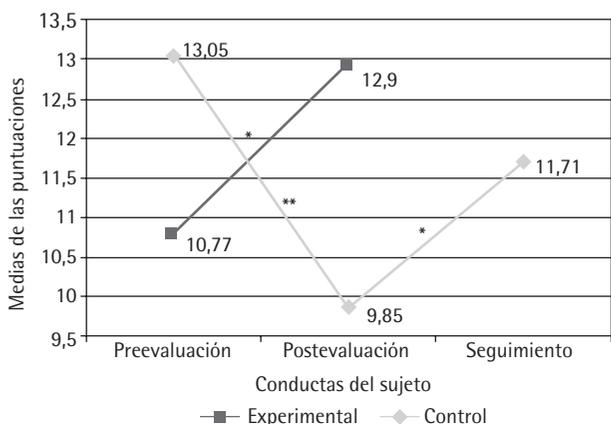


Figura 1 | Social Behavior Assessment Schedule (SBAS). Subescala conductas del sujeto. Test de Wilcoxon. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

ficativas entre los dos grupos de pacientes. En la evaluación post observamos cambios en el grupo experimental, con unas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Según valoraron los informantes, los pacientes mejoraron en su estado psicopatológico general (subescala conductas del sujeto) (fig. 1) y desempeñaron en mayor medida roles sociales (subescala desempeño social de roles) (fig. 2) con un tamaño del efecto mediano (ITE=0,53 e ITE=0,59, respectivamente). Por otra parte, disminuyó la propia sensación de carga emocional (subescala carga familiar) (fig. 2) con un tamaño del efecto mediano (ITE=0,48) y descendió con un tamaño del efecto alto (ITE=0,71) el estrés experimentado (subescala estrés del informante) (fig. 2).

En el grupo control la comparación pre-postevaluación indicó sólo una diferencia estadísticamente significativa

($p < 0,05$) en la subescala conductas del sujeto (fig. 1). Este cambio fue en dirección al empeoramiento con un tamaño del efecto pequeño (ITE=0,35). Las puntuaciones en las otras tres subescalas se mantuvieron sin cambios significativos (fig. 2).

A los 6 meses de retirada del tratamiento en el grupo experimental se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las medias de las puntuaciones de la subescala conductas del sujeto ($p < 0,05$; ITE=0,27) (fig. 1) y de la subescala estrés del informante ($p < 0,001$; ITE=0,60) (fig. 2).

En la tabla 3 se presentan los resultados de la subescala desempeño social de roles de la SBAS. Hubo cambios estadísticamente significativos en los siguientes roles sociales: actividades de ocio y tiempo libre ($p < 0,05$; ITE=0,40), conversación diaria con el informante ($p < 0,05$; ITE=0,35), apoyo ofrecido al propio informante ($p < 0,001$; ITE=0,57), relación de afectividad y amistad con el informante ($p < 0,001$; ITE=0,41), implicación en actividades laborales o de estudio ($p < 0,05$; ITE=0,45), capacidad para tomar decisiones en casa ($p < 0,05$; ITE=0,35), interés por acontecimientos socioculturales ($p < 0,05$; ITE=0,47) e interés por las relaciones interpersonales: amigos, vecinos, familiares ($p < 0,001$; ITE=0,68). En el grupo control no se evidenciaron cambios estadísticamente significativos pre-postevaluación en ningún rol social.

Durante el período de seguimiento el grupo experimental mantuvo las mejoras conseguidas en todos los roles sociales desarrollados con el PEHS. No hubo ningún retroceso estadísticamente significativo (fig. 3).

En cuanto a la prueba autoadministrada AI-F, en el momento de iniciar el programa la comparación de las medias de las puntuaciones de los dos grupos no reveló diferencias estadísticamente significativas. Con la aplicación del PEHS

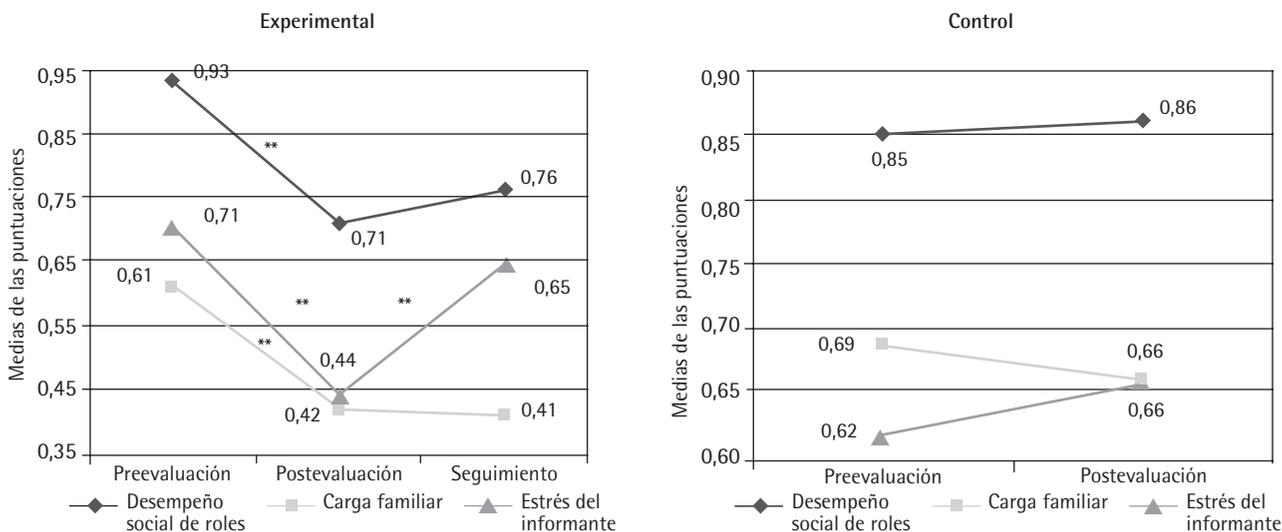


Figura 2 | Social Behavior Assessment Schedule (SBAS). Subescalas desempeño social, carga familiar y estrés. Test de Wilcoxon. * $p = 0,05$; ** $p < 0,001$.

Tabla 3 Social Behavior Assessment Schedule (SBAS) Valoración de los cambios observados por el informante en la subescala desempeño social de roles, en las tres evaluaciones del estudio

Ítem	Grupo	Preevaluación Media (DE)	Postevaluación Media (DE)	p ¹	ITE ¹	Seguimiento Media (DE)	p ²
Actividades de ocio y tiempo libre	Experimental	1,08 (0,70)	0,80 (0,75)	*	0,40	0,91 (0,78)	ns
	Control	1,18 (0,73)	1,22 (0,68)	ns	—	—	—
Conversación diaria	Experimental	0,60 (0,65)	0,37 (0,64)	*	0,35	0,48 (0,70)	ns
	Control	0,59 (0,73)	0,63 (0,58)	ns	—	—	—
Apoyo dado al informante	Experimental	0,65 (0,76)	0,22 (0,59)	**	0,57	0,34 (0,63)	ns
	Control	0,50 (0,74)	0,63 (0,72)	ns	—	—	—
Afectividad y amistad	Experimental	0,37 (0,64)	0,11 (0,32)	**	0,41	0,20 (0,47)	ns
	Control	0,36 (0,79)	0,59 (0,85)	ns	—	—	—
Relaciones de pareja	Experimental	1,65 (0,76)	1,62 (0,73)	ns	—	1,62 (0,77)	ns
	Control	1,13 (0,99)	1,31 (0,94)	ns	—	—	—
Trabajo/estudios	Experimental	1,68 (0,58)	1,42 (0,85)	*	0,45	1,54 (0,74)	ns
	Control	1,40 (0,79)	1,27 (0,82)	ns	—	—	—
Capacidad de decisiones	Experimental	0,91 (0,74)	0,65 (0,76)	*	0,35	0,60 (0,69)	ns
	Control	1,40 (1,86)	0,90 (0,75)	ns	—	—	—
Manejo de recursos comunitarios	Experimental	0,54 (0,70)	0,40 (0,60)	ns	—	0,42 (0,65)	ns
	Control	0,90 (1,97)	0,68 (0,83)	ns	—	—	—
Interés por actos socioculturales	Experimental	0,91 (0,78)	0,54 (0,70)	*	0,47	0,62 (0,69)	ns
	Control	0,90 (0,75)	1,00 (0,75)	ns	—	—	—
Relaciones interpersonales	Experimental	1,28 (0,75)	0,77 (0,73)	**	0,68	0,85 (0,84)	ns
	Control	1,09 (0,68)	1,09 (0,75)	ns	—	—	—

Test de Wilcoxon. ITE: índice del tamaño del efecto; DE: desviación estándar; p¹: comparación entre la preevaluación y la postevaluación; p²: comparación entre la postevaluación y la evaluación del seguimiento; * p < 0,05; ** p < 0,001; ns: no significativo. Si la puntuación disminuye, el paciente mejora.

se observó una mejoría estadísticamente significativa en el grupo experimental ($p < 0,05$; $ITE = 0,35$) (fig. 3). En cambio en el grupo control no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

En el período de seguimiento no hubo diferencias estadísticamente significativas en la AI-F. De todos modos com-

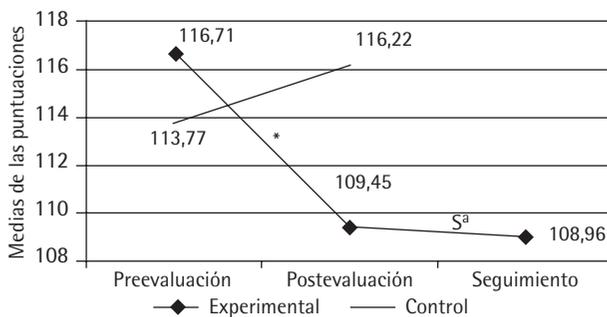


Figura 3 Comportamiento asertivo (AI-F). Test de Wilcoxon. * $p < 0,05$; S^a: $p < 0,001$, comparando preevaluación y seguimiento.

parando la evaluación pre con la evaluación seguimiento se hallaron diferencias altamente significativas ($p < 0,001$) con un $ITE = 0,37$ (figs. 3 y 4).

Las medias de las puntuaciones basales del SISST en los dos grupos de la muestra eran prácticamente iguales, no presentando diferencias estadísticamente significativas. La comparación pre-postevaluación de la subescala SISST-P (fig. 4) no resaltó diferencias estadísticamente significativas ni en el grupo experimental ni en el grupo control. Sin embargo, en la comparación preevaluación-seguimiento sí que se hallaron diferencias estadísticamente significativas para el grupo experimental ($p < 0,05$), con un $ITE = 0,42$ considerado mediano.

Por otra parte, en la subescala SISST-N (fig. 4) tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en la comparación pre-postevaluación, ni en el grupo experimental, ni en el grupo control. En el grupo experimental las autoverbalizaciones negativas de los pacientes tuvieron tendencia a disminuir en el transcurso de la intervención, casi llegando a la significación estadística ($p = 0,06$). Al realizar la comparación preevaluación-seguimiento estas diferencias consiguieron alcanzar la significación estadística ($p < 0,05$; $ITE = 0,18$). En cambio el grupo control se mantuvo sin cambios.

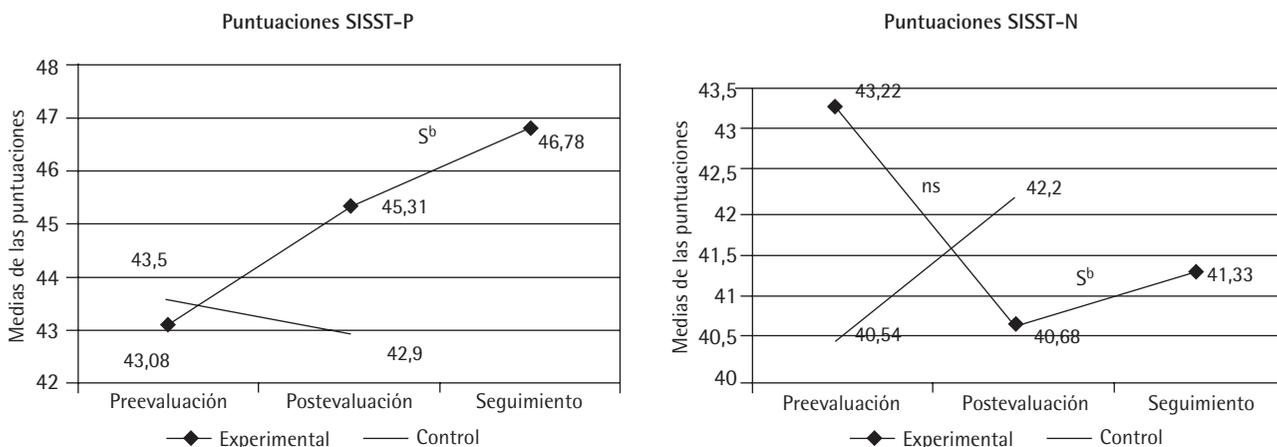


Figura 4 | *Cogniciones que intervienen en la interacción social (Social Interaction Self-Statements Test [SISST]). Test de Wilcoxon. ns: $p < 0,06$; S^b : $p < 0,05$, comparando preevaluación y seguimiento.*

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio aportan evidencia científica sobre los efectos beneficiosos del PEHS para un grupo de pacientes con esquizofrenia y sus familiares. Los pacientes que participaron en el PEHS aumentaron su capacidad de desarrollo social. Esta mejoría se vio reflejada en las distintas variables estudiadas (síntomas de esquizofrenia, desempeño de roles sociales, frecuencia de comportamientos asertivos y autoverbalizaciones de la interacción social). Nuestros resultados coincidieron con revisiones anteriores que señalaban que el entrenamiento en habilidades sociales incrementaba significativamente el comportamiento social^{7,11}, demostrándose de este modo que las personas con esquizofrenia, a pesar de sus graves déficits, son capaces de aprender una amplia gama de habilidades sociales²⁴. Así pues, se puede afirmar, como lo han hecho varios revisores de la investigación sobre programas de rehabilitación psicosocial, que la mejoría en las habilidades sociales está directamente relacionada con el entrenamiento^{4,8,13,24,25} y que no guarda relación significativa con los síntomas que presentan los pacientes²⁶.

Después de participar en el programa de tratamiento, los pacientes del grupo PEHS consiguieron disminuir la puntuación en varios síntomas de la enfermedad valorados con la PANSS. La mejoría en tres síntomas negativos (retraining emocional, retraining social y espontaneidad/fluidez en la conversación), con una relevancia clínica mediana, se reflejó en que los pacientes incrementaron su interés por los contactos sociales, a la vez que aprendieron a expresarse con mayor competencia tanto a nivel verbal como no verbal. Los pacientes del grupo experimental aumentaron la respuesta emocional y la modulación de los sentimientos. Tenían una mayor expresividad facial y gestual y también incrementaron la iniciativa y el interés por las relaciones sociales. Se volvieron más participativos en las actividades cotidianas. Aumentaron el flujo normal de la comunicación, mejoraron

la apatía y disminuyeron la abulia. Esto se manifestó con un incremento de la fluidez y la productividad de los procesos verbales de comunicación.

El programa de intervención consiguió mejorar significativamente también otros síntomas de esquizofrenia. La mejoría observada en cinco síntomas de la subescala PANSS-G (ansiedad, atención deficiente, trastornos de la volición, preocupación y evitación social activa), con una relevancia clínica entre pequeña y mediana, nos hizo considerar que el PEHS también debía influir indirectamente sobre diversos aspectos inespecíficos. La participación en el grupo de terapia logró disminuir el nivel de ansiedad y de preocupación de los pacientes. También mejoraron sus capacidades cognoscitivas; en concreto, la atención y la concentración. A su vez se observó una mejoría en los trastornos de la volición, probablemente derivado de la estimulación que ejercía la terapia para que los pacientes se mantuvieran activos y desarrollaran sus iniciativas sociales. Asimismo comprobamos que se frenó la tendencia de estos pacientes a manifestar una evitación social activa.

De todos modos la retirada de la intervención terapéutica condujo a un retroceso de los avances conseguidos. En sólo 6 meses el grupo que participó en el programa dejó de mantener sus mejorías para situarse próximo al grupo no tratado. En algún síntoma el retroceso fue de baja relevancia clínica (embotamiento afectivo), en cambio en otros el retroceso tuvo un tamaño del efecto mediano (pensamiento estereotipado y trastornos de la volición).

Probablemente algunos síntomas de la enfermedad requieran un tratamiento continuado en el tiempo. Penn y Mueser²⁴ apuntaron que para que la aplicación de PEHS fuera eficaz éstos debían alargarse durante un período extenso de tiempo. En futuros estudios podría evaluarse cuánto tiempo debería durar un PEHS para obtener mejores resultados a largo plazo.

El efecto del tratamiento con PEHS fue valorado muy positivamente por los familiares o personas allegadas a los pacientes tratados. Según los informantes, el PEHS no sólo consiguió mejorar el estado psicopatológico global de los pacientes y el avance en el desempeño de roles sociales (subescalas SBAS: conductas del sujeto y desempeño de roles), sino que también contribuyó a modificar su propio bienestar (subescalas SBAS: carga familiar y estrés del informante). Es decir, el tratamiento realizado, además de ser eficaz con los pacientes, repercutía indirectamente en aliviar la sensación de carga y de estrés experimentada por las personas de su entorno familiar. Los estudios sobre intervenciones familiares han demostrado que éstas son capaces de reducir la carga emocional de los familiares de los pacientes esquizofrénicos^{24,27}. En nuestro caso fue interesante observar que, a pesar de no haber realizado ninguna intervención directa con los familiares, la sensación de carga y el nivel de estrés familiar también descendió.

Según la valoración subjetiva de los informantes, los pacientes del tratamiento con PEHS mejoraron en el desempeño de varios roles sociales: mayor participación en actividades de ocio y de tiempo libre, aumento de la conversación diaria, mayor implicación en actividades laborales o educativas, mayor capacidad para tomar decisiones y ampliación de las relaciones interpersonales. Evidentemente, todos estos comportamientos sociales permitían a los pacientes reincorporarse de forma más competente a la comunidad y mejorar su funcionamiento en ella. Los informantes describieron a los pacientes, al finalizar el tratamiento, como personas con mayor interés por las relaciones sociales, más sensibles al afecto y a las necesidades de los demás y con mayores intereses socioculturales. Según los familiares, el entrenamiento en habilidades sociales influyó en el aumento de la capacidad de expresión de emociones hacia personas de su entorno.

En el grupo de pacientes tratados exclusivamente con medicación (grupo control) no se observaron dichos cambios favorables en los pacientes. Tampoco los informantes comentaron diferencias en la sensación de carga emocional o de estrés. De hecho, los informantes consideraron negativamente la evolución de los pacientes y, en general, su valoración subjetiva indicó un empeoramiento de la psicopatología (subescala SBAS conductas del sujeto).

Los resultados positivos conseguidos en el grupo experimental durante el tratamiento, sin embargo, no fueron tan optimistas a largo plazo. La retirada del PEHS provocó que las puntuaciones de las subescalas de la SBAS conductas del sujeto y estrés del informante retrocedieran progresivamente. Según los informantes, el estado psicopatológico global de los pacientes (subescala conductas del sujeto) se iba deteriorando, aumentando considerablemente su propio nivel de estrés. Esta valoración ofrecida por los informantes coincidía con la información clínica obtenida con la PANSS. Precisamente nuestra experiencia clínica indica que el trastorno de volición (ítem G13 de la PANSS) es uno de los síntomas esquizofrénicos que más estresa a las personas que

conviven con los pacientes y este síntoma empeoró después de la retirada del PEHS.

Deducimos, a partir de estos resultados de la SBAS, que probablemente el nivel de estrés de los familiares estaba básicamente relacionado con la sintomatología de los pacientes y, en cambio, el desempeño de roles con la sensación de carga emocional. Debido a que los sujetos mantenían durante el período de seguimiento el desempeño en los roles sociales, la sensación de carga emocional no aumentó. Por el contrario, el nivel de estrés se incrementó por haber empeorado la sintomatología.

Con los resultados obtenidos a partir del cuestionario AI-F se pudo evidenciar un efecto beneficioso del PEHS también sobre el comportamiento asertivo de los pacientes. Según su propia percepción los pacientes aseguraban que había aumentado la frecuencia de conductas asertivas después de participar en el programa de tratamiento, atreviéndose a enfrentarse de forma más decidida a situaciones conflictivas. Por el contrario, el grupo control no aumentó la frecuencia de conductas asertivas. Este hecho demostró una vez más que la no intervención no consigue cambios en las conductas de los pacientes esquizofrénicos.

En el período de seguimiento los pacientes que participaron en el PEHS continuaban informando que mantenían la mejoría conseguida en asertividad e incluso sus puntuaciones se habían distanciado más del punto de partida, llegando a una significación mayor. Éste es un dato importante a tener en cuenta, puesto que, a diferencia de otras intervenciones, quizás el entrenamiento en comportamiento asertivo puede conseguir mejorías a largo plazo aunque se interrumpa la intervención. En estudios posteriores debería determinarse qué partes del PEHS sería necesario mantener durante un tiempo prolongado y qué partes podrían ser retiradas después de la intervención terapéutica.

Partiendo los dos grupos del mismo punto en el cuestionario SISST, el hecho de que en el grupo control no se observaran cambios y que en el grupo experimental hubiera una tendencia a aumentar las cogniciones facilitadoras de la interacción social, nos reafirmó la idea de que el PEHS había intervenido positivamente en el grupo experimental. Internamente, los pacientes del grupo experimental percibieron los contactos sociales como menos ansiógenos y se autodirigieron mensajes con menor carga negativa después de su participación en los grupos de terapia. Aunque los cambios pre-postevaluación no llegaron a la significación estadística ($p=0,09$) en el grupo experimental, podemos considerarlos favorables. Los pacientes continuaron aumentando sus autoverbalizaciones positivas después de la retirada del tratamiento, lo que confirmó la tendencia a la mejoría observada después de la intervención terapéutica.

El PEHS también consiguió facilitar una tendencia hacia la disminución ($p=0,06$) de las autoverbalizaciones negativas de la interacción social en el grupo experimental. En el

período de seguimiento estas diferencias se fueron acusando respecto al momento inicial, lo que hizo considerar que los cambios cognitivos tienen tendencia a producirse de forma lenta y progresiva y no son tan apreciables como los cambios conductuales.

Es bien conocido el hecho que la retención de este tipo de pacientes es difícil. En este estudio sufrimos pérdidas de pacientes (*drop outs*) a lo largo de las distintas fases del proceso. De todos modos nos dimos cuenta que la participación en el grupo de terapia favorecía mucho más la permanencia de los pacientes que el tratamiento farmacológico exclusivo (pérdidas del 23,9% en el grupo experimental frente a 45% en el grupo control). Estudiamos si había diferencias significativas en las características clínicas y socioculturales entre los pacientes que se perdieron de ambos grupos y no las hallamos.

Una de las limitaciones del estudio aquí presentado se refiere a los sistemas de evaluación utilizados. Pensamos que tanto las cuatro pruebas utilizadas, con la información obtenida con cada una de sus subescalas, aportaron un volumen amplio de información, si bien somos conscientes de que el espectro que cubren las pruebas no es suficiente como para incluir todos los componentes de las habilidades sociales y, quizás, habría sido interesante añadir pruebas de tipo observacional para las conductas no verbales de los pacientes.

COMENTARIOS FINALES

En primer lugar parece muy claro que la intervención con PEHS ayudó a los pacientes de nuestro estudio: disminuyó su sintomatología, aprendieron roles sociales adecuados y mejoró su comportamiento asertivo. Se observó una tendencia al aumento de las cogniciones positivas intervinientes en situaciones sociales y una tendencia a la disminución de las cogniciones negativas. Retuvo a los pacientes durante un tiempo mayor en la terapia y también benefició a sus familiares directos, disminuyendo su estrés emocional y su carga familiar.

Todo ello sugiere que, a pesar de la tendencia a una evolución crónica de la esquizofrenia, demostrada cuando no se interviene con programas psicosociales o cuando éstos se interrumpen, los pacientes que participan en PEHS mejoran sus síntomas psicóticos, son capaces de aprender roles sociales y de mantenerlos²⁸. Del mismo modo se mejora la dinámica familiar. Existen numerosos estudios basados en la evidencia que demuestran que la farmacoterapia contribuye a mejorar los síntomas de la enfermedad, aunque estos tratamientos tienen un efecto limitado para mejorar los déficits sociales característicos de la esquizofrenia¹¹. Los antipsicóticos aplicados de forma exclusiva no ayudan al paciente a conseguir una comprensión de sus problemas, ni ayudan a mejorar la percepción de uno mismo, así como tampoco consiguen que el paciente vuelva a conectarse con la reali-

dad cotidiana después de haber pasado por una devastadora experiencia como es la psicosis⁶. Por tanto, al contrario de lo que proponen Pilling et al.¹⁴, consideramos que no debemos escatimar esfuerzos en ayudar a estos pacientes y a sus allegados, ofreciéndoles la oportunidad de participar en programas de rehabilitación psicosocial tipo PEHS.

De los resultados de este estudio se derivan unas recomendaciones terapéuticas precisas: *a)* la necesidad de complementar el tratamiento farmacológico con intervenciones psicosociales; *b)* la importancia de mantener el tratamiento rehabilitador durante un tiempo prolongado, y *c)* la necesidad de determinar qué factores pueden mantener las mejoras conseguidas con el tratamiento rehabilitador a largo plazo.

Actualmente ya existe un cuerpo considerable de literatura científica que demuestra la eficacia de las intervenciones psicosociales en la esquizofrenia, pero esto parece no ser garantía suficiente para que se apliquen estas terapias de forma generalizada^{9,29,30}. De hecho, en los últimos años ha descendido mucho el número de publicaciones sobre este tema y parece que la comunidad científica está dejando de tener interés en la rehabilitación psicosocial.

Los hallazgos obtenidos en este y otros estudios deben tener su proyección práctica y los programas de rehabilitación psicosocial deben convertirse en terapia coadyuvante de elección para la esquizofrenia^{31,32}. Se ha demostrado que estos programas continúan siendo válidos y altamente recomendables. Mueser y su equipo han iniciado el EBP Project, que consiste en extender e implementar unos paquetes de intervención estandarizados y basados en estudios de evidencia científica. El objetivo es facilitar el acceso de todos los pacientes que lo precisen a un programa que incluya farmacoterapia, tratamiento comunitario asertivo, habilidades sociales, psicoeducación familiar, empleo protegido, habilidades de control de la enfermedad, estrategias de prevención de recaídas y tratamiento integrado para los trastornos duales²⁵. Sigamos su ejemplo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liberman RP. Psychiatric Rehabilitation (special number). *Schizophrenia Bull* 1986;12.
2. Liberman RP. *Effective psychiatric rehabilitation*. San Francisco: Josey-Bass Publishers, 1992.
3. Liberman RP, Kopelowicz A. Basic elements in biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Int J Clin Psychopharmacol* 1995;5(Suppl. 9):51-8.
4. Smith TE, Bellack AS, Liberman RP. Social skills training for schizophrenia: review and future directions. *Clin Psychol Rev* 1996;16:599-617.
5. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. *Social Skills Training for Schizophrenia: A step-by-step guide*. Guilford Press, 1997.

6. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N. *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel, 1996.
7. Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:741-7.
8. Dilk MN, Bond GR. Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1337-46.
9. Lauriello J, Bustillo J, Keith SJ. Can intensive psychosocial treatments make a difference in a time of atypical antipsychotics and managed care? *Schizophr Bull* 2000;26:141-4.
10. Fenton WS, Schooler NR. Editors' Introduction: evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:1-3.
11. Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:187-201.
12. Vallina O, Lemos S, García A, Alonso M, Gutiérrez AM. Rehab Rounds: an Integrated Psychological Treatment Program for Schizophrenia. *Psychiatric Serv* 2001;52:1165-7.
13. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, et al. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry* 2001;158:163-75.
14. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psycholog Med* 2002;32:783-91.
15. Voruganti L, Heslegrave R, Awad AG, Seeman MV. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psycholog Med* 1998;28:165-72.
16. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
17. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afin* 1994.
18. Platt S, Weyman A, Hish S. *Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) NFER-Nelson*: Windsor Berks, 1983.
19. Otero V, Navascues D, Rebolledo S. Escala de desempeño psico-social. Adaptación española del SBAS (Social Behaviour Assessment Schedule). *Psiquis* 1990;10:39-47.
20. Bobes J, González MP, Bousoño M. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: Prous, 1995.
21. Glass CR, Merluzzi TV, Biever JL, Larsen KH. Cognitive assessment of social anxiety: development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognit Ther Res* 1982; 6:37-55.
22. Gambrill ED, Richey CA. An assertion inventory for use in assessment and research. *Behav Ther* 1975;6:550-61.
23. Casado A, Prieto L, Alonso J. El tamaño del efecto de la diferencia entre dos medias: ¿estadísticamente significativo o clínicamente relevante? *Med Clíin (Barcelona)* 1999;12: 584-8.
24. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:607-17.
25. Mueser KT, Torrey WC, Lynde D, Singer P, Drake RE. Implementing Evidence-Based Practices for People with Severe Mental Illness. *Behav Modific* 2003;27:387-411.
26. Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophr Bull* 2000;26:21-46.
27. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:5-20.
28. Cirici R. Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para personas que padecen esquizofrenia. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona (unpublished), 2001.
29. Lehman AF, Carpenter WT, Goldman HH, Steinwachs DM. Treatment outcomes in schizophrenia: implications for practice, policy, and research. *Schizophr Bull* 1995;21:669-75.
30. Schooler NR, Fenton WS. Editors' Concluding Remarks: Psychosocial treatment: more than compassion and common sense? *Schizophr Bull* 2000;26:153-5.
31. Cirici R, García M, Obiols J. Estrategias para aumentar la competencia social de los pacientes que sufren esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Facult Med Barc* 2001;28:8-15.
32. Cirici R. Utilización de la PANSS para evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en la modificación de síntomas de esquizofrenia. *An Psiquiatr* 2002;18:161-9.