

RESULTADOS DE UN TRATAMIENTO GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO SINTOMÁTICO

GROUP TREATMENT IN PEOPLE DIAGNOSED AS SCHIZOPHRENIA

Antonia M. Gómez Hinojosa, Lluís Botella García del Cid,
Sergi Corbella Santomà, Olga Herrero Esquerdo y Meritxell Pacheco Pérez

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna,
Universitat Ramon Llull (Barcelona, España)

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez, A. M., Botella, L., Corbella, S., Herrero, O. y Pacheco, M. (2014). Resultados de un Tratamiento Grupal en pacientes diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide sobre la Calidad de Vida y el Estado Sintomático. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 165-182.

Resumen

Introducción: Los objetivos terapéuticos habituales del tratamiento en la esquizofrenia han sido el alivio sintomático y la prevención de recaídas. Pero la actual ampliación de dichos objetivos añade la evaluación de la calidad de vida como indicador de resultados en la actuación terapéutica. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención psicosocial grupal sobre la calidad de vida subjetiva, el estado sintomático y el número y duración de las recaídas en personas diagnosticadas de esquizofrenia paranoide.

Metodología: Se seleccionaron 30 participantes con esquizofrenia paranoide (criterios DSM-IV) de un centro de salud mental del área del Maresme (Barcelona). De estos, se seleccionaron al azar 15 participantes que se asignaron al grupo tratamiento y 15 al grupo control. Se administraron dos instrumentos de evaluación: el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) (Giner et al., 1995) y la Escala de Síntomas Positivo y Negativo (PANSS) (Peralta y Cuesta, 1994), antes del inicio del tratamiento grupal, a los 12 meses y a los 24 meses del inicio del mismo.

Resultados: El grupo tratamiento mejoró significativamente en la calidad de vida, el estado sintomático y en el número y duración de las recaídas al cabo de los 12 meses del inicio de la intervención. Dicha mejora se mantuvo al cabo de los 24 meses del inicio del tratamiento. En la comparación con el grupo control la significación estadística de mejora no fue tan evidente.

Conclusiones: Las intervenciones psicosociales grupales permiten la mejora de la calidad de vida subjetiva, el estado sintomático y la disminución de las recaídas de los participantes con esquizofrenia paranoide.

Palabras clave: esquizofrenia, tratamiento grupal, calidad de vida, síntomas, recaídas.



Abstract

Introduction: The habitual therapeutic objectives of the treatment in the schizophrenia have been the symptomatic lightening and the prevention of relapses. But the present extension of these objectives adds the evaluation of the quality of life like indicator of results in the therapeutic performance. The objective of this study was to evaluate the effect of a psychosocial intervention group on the subjective quality of life, the symptomatic state and the number and duration of the relapses in people diagnosed as paranoid schizophrenic.

Methodology: We selected 30 participants with paranoid schizophrenia (criteria DSM-IV) of a mental health center of Maresme area (Barcelona). Of these, 15 participants who assigned to the group treatment and 15 to the group selected themselves at random control. Two instruments of evaluation were administered: the Seville Questionnaire of Quality of Life (CSCV) (Giner et al., 1995) and The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Peralta y Cuesta, 1994), before the beginning of the treatment group, to the 12 months and the 24 months of the beginning of the same one.

Results: The treatment group improved significantly in the quality of life, the symptomatic state and in the number and duration of the relapses after the 12 months of the beginning of the intervention. This improvement stayed after the 24 months of the beginning of the treatment. In the comparison with the group control the statistical meaning of improvement was not so evident.

Conclusions: The psychosocial interventions groups allow the improvement of the subjective quality of life, the symptomatic state and the diminution of the relapses of the participants with paranoid schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, treatment group, quality of life, symptoms, relapses.

Introducción:

Las intervenciones psicosociales incluyen los componentes necesarios para que los pacientes consigan una mejora en (a) el nivel general de funcionamiento psicológico y social, (b) la calidad de vida y (c) el cumplimiento con la medicación (Bellack y Mueser, 1993). La eficacia de dichas intervenciones en su uso combinado con el tratamiento farmacológico ha demostrado ser más beneficiosa terapéuticamente que por separado (Álvarez, 2002; Huxley, Rendall y Sederer, 2000; Jiménez y Maestro, 2002; Valencia, Ortega, Rascón y Gómez, 2002). En cuanto al formato de las intervenciones psicosociales, Kanas (1986) concluyó que en el 80% de los trabajos revisados la terapia grupal con pacientes ambulatorios era más efectiva que aquellas no grupales.

Además de la mejora sintomática y la prevención de recaídas, el incremento de la calidad de vida subjetiva (Urzúa y Caqueo-Unzar, 2012) constituye uno de los objetivos terapéuticos de las intervenciones psicosociales extrahospitalarias con pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Katsching, 1997; Barcía, Morcillo y Borgoños, 1995; Lucas, Salcedo y Roca, 1997). En cuanto a los estudios que relacionan la calidad de vida mediante el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) y el estado sintomático a través de la escala de síndromes positivos y negativos en la esquizofrenia (PANSS), se señaló una correlación negativa de la calidad de vida con el síndrome negativo. Pero ninguna correlación significativa entre la escala favorable del CSCV y el síndrome positivo de la PANSS (Leal et al., 1997). Dicho estudio (Leal et al., 1997) también indicó que la escala desfavorable del CSCV estaba relacionada con la sintomatología positiva, negativa y la psicopatología general de la PANSS. Según estos resultados, la calidad de vida de la persona diagnosticada de esquizofrenia puede verse más afectada por los síntomas negativos que por los positivos (Peralta y Cuesta, 1994).

En estudios posteriores (Giner, Ibáñez, Cervera, SanMartín y Caballero, 2001) también se halla que aquellos pacientes con peor calidad de vida presentan mayor puntuación en todas las escalas de la PANSS en comparación con los pacientes que obtuvieron una mejor calidad de vida en el CSCV. Además, la mala calidad de vida está correlacionada un mayor número y gravedad de los síntomas, sobre todo los negativos (Lauer, 1994; Lehman, 1997; Panadero, 2011; Postrado y Lehman, 1995). En la misma línea, también hay estudios que destacan una mejora significativa en la sintomatología esquizofrénica al finalizar un tratamiento cognitivo grupal (Balter, 2014; Bark et al., 2003).

La combinación de los tratamientos psicosociales y farmacológicos demuestra beneficios terapéuticos en cuanto al estado sintomático, el funcionamiento psicosocial y la actividad global. A su vez, disminuye el índice de recaídas y rehospitalizaciones en comparación con aquellos pacientes que sufren esquizofrenia y que siguen exclusivamente un tratamiento farmacológico (Valencia et al., 2002; Gumley et al., 2003). En general, las intervenciones psicosociales permiten que las personas con trastorno esquizofrénico aborden activamente sus problemas y

puedan compartir estrategias de afrontamiento con los demás miembros del grupo terapéutico. En este sentido, dichas intervenciones deberían desarrollarse teniendo en cuenta la perspectiva individual y subjetiva de las personas que se benefician (Giner et al., 2001; Seoane, 1999).

El objetivo del presente estudio es comparar la evolución de la calidad de vida subjetiva, el estado sintomático y las recaídas a través de un período de 2 años de intervención en un grupo de tratamiento psicosocial y un grupo control tanto a nivel intergruparal como intragrupal. El objetivo lo sistematizamos con las siguientes hipótesis:

1. Los participantes que reciban el programa de intervención psicosocial grupal mostrarán una mejora en la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático, así como una disminución de las recaídas al cabo de 12 meses de haber iniciado dicho programa en comparación con los participantes asignados al grupo de comparación.

2. En el grupo de participantes asignados al programa de intervención psicosocial grupal se mantendrá o se mejorará la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático, así como se disminuirán las recaídas en la evaluación realizada al cabo de 24 meses de haber iniciado dicho programa en comparación con los participantes asignados al grupo de comparación.

3. Los participantes que reciban el programa de intervención psicosocial grupal mostrarán una mejora en la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático, así como una disminución de las recaídas en la evaluación al cabo de 12 meses de haber iniciado dicho programa en comparación a la evaluación previa al tratamiento.

4. La mejora respecto a la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático se mantendrá o mejorará, así como se disminuirán las recaídas en la evaluación al cabo de 24 meses de haber iniciado el programa de intervención psicosocial grupal en los participantes que reciban dicho tratamiento.

Metodología:

El tipo de diseño es cuasiexperimental con un grupo tratamiento y un grupo control.

Participantes

De las listas de pacientes proporcionadas por los psiquiatras del centro de salud mental y siguiendo los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión de la investigación (véase tabla 1) se obtuvo un total de 109 pacientes ambulatorios diagnosticados de esquizofrenia paranoide (criterios DSM-IV). Del total de pacientes se realizó un muestreo aleatorio que proporcionó la selección de N=30. De estos 30 participantes 15 fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento y 15 al grupo de control. Éstos últimos continuaron con el tratamiento psiquiátrico que habían seguido hasta el momento y que consistía en el control médico de la toma de neurolépticos.

Tabla 1
Criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Participantes con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide según el DSM-IV (APA, 1994). - Mayores de 18 años. - Participantes que realicen seguimiento psiquiátrico y farmacológico en el Centro de Salud Mental. - Imposibilidad de beneficiarse de otro recurso de la red asistencial - Estado sintomático del paciente le permita participar y beneficiarse de la dinámica grupal. - Aceptar participar en el tratamiento grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exacerbación sintomática que requiera el ingreso inmediato del paciente o una intervención de urgencia en el momento de reclutamiento de los participantes. - Abuso de alcohol o tóxicos. - Evidencias de problemas neurológicos - Retraso mental - Participantes que asistan a Terapia grupal y/o Hospital de Día y/o Centros de Día.

Catorce de los participantes del grupo de tratamiento eran hombres (93,3%) y una mujer (6,7%), con una media de edad de 35,2 años. En el grupo control, 11 eran hombres (73,3%) y 4 eran mujeres (26,7%), con una edad media de 33,53 años. En el grupo tratamiento la edad media de inicio del trastorno era de 22,4 años y en el grupo control de 22,5 años. La media de los años de evolución del trastorno en el grupo tratamiento era de 12,8 años y en el grupo control de 11,13 años. Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes en las variables sociodemográficas y clínicas antedichas. Los resultados indicaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables antedichas entre el grupo tratamiento y el grupo control, señalando que ambos grupos son comparables.

Variables e Instrumentos

La evaluación de la calidad de vida subjetiva se llevó a cabo mediante la administración del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) (Giner et al., 1995). El estado sintomático se evaluó mediante la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) (Peralta y Cuesta, 1994). Por último, se consideraron como recaídas el número y la duración de ingresos en el Hospital Psiquiátrico.

El CSCV es un cuestionario de calidad de vida especialmente diseñado para personas que sufren un trastorno esquizofrénico y se desarrolló a partir de una muestra española de personas con trastorno esquizofrénico (Giner et al., 1995; Giner et al., 1997). Está compuesto por dos escalas: la Escala Favorable de calidad de vida y la Escala Desfavorable de calidad de vida, ambas engloban un total de 59 ítems que se puntúan según una escala Likert del 1 al 5, siendo el 1 “completo desacuerdo” y el 5 “completo acuerdo” (Giner et al., 2001; Seoane, 1999; Giner et

al., 1997). La Escala Favorable consta de 13 ítems que valoran tres dimensiones principales: Satisfacción Vital, Armonía y Autoestima. A su vez, la Escala Desfavorable consta de 46 ítems que agrupan otras tres dimensiones principales: Inhibición, Incomprensión e Irritación (Giner et al., 2001; Seoane, 1999; Giner et al., 1997). La fiabilidad del CSCV fue favorable ($\alpha=0,85$ para la escala favorable y $\alpha=0,96$ para la desfavorable) (Giner et al., 1997). Los índices de consistencia interna de Spearman-Brown y las α de Guttman para dos mitades presentaron fiabilidad superior a 0,70. La validez de contenido del cuestionario se midió a través de la fiabilidad interjueces (α de Cohen), siendo la misma estadísticamente significativa (Giner et al., 1995). Mediante análisis factorial y análisis de matrices multirasgo-multimétodo, el CSCV mostró una buena validez estructural. El CSCV también presentó una buena validez convergente y discriminante (Giner et al., 1997; Giner et al., 1999). El CSCV también es sensible a los cambios clínicos que se producen en los pacientes con trastorno esquizofrénico (Bobes et al., 2001).

La Escala de Síndromes Positivo y Negativo (*The Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS) fue desarrollada por Kay, Opler y Fiszbein en 1987 y está basada en la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) de Overall y Gorham (1962), muchos de cuyos ítems incluye. El desarrollo de la PANSS (Peralta y Cuesta, 1994) se basó en una propuesta para mejorar los problemas de validez de otras escalas y de esta forma estudiar de manera más adecuada el constructo positivo – negativo mediante un instrumento bien contrastado psicométricamente. La PANSS consta de 30 síntomas que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). De los 30 síntomas, siete constituyen la escala positiva (PANSS-P) (delirios, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio y hostilidad), siete la escala negativa (PANSS-N) (embotamiento afectivo, retraimiento emocional, contacto pobre, retraimiento social, dificultad en el pensamiento abstracto, fluidez en la Conversación y pensamiento Estereotipado) y los dieciséis restantes la escala de psicopatología general (PANSS-PG) (preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de juicio e introspección, trastornos de la volición, control deficiente de impulsos, preocupación y evitación social activa). El estudio de la validación española de la PANSS (Peralta y Cuesta, 1994) señaló que la fiabilidad interobservador fue evaluada mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase, obteniendo 0,71 y 0,80, para las escalas positiva y negativa, respectivamente. En la escala de psicopatología general el acuerdo fue moderado (CCI = 0,56). La consistencia interna de la escala positiva de la PANSS resultó moderada (μ total = 0,62) y la de la escala negativa elevada (μ total = 0,92). La escala de psicopatología general presentó una consistencia interna modesta (μ total = 0,55). La validez de criterio se mostró elevada en las escalas positiva ($r=0,70$ y negativa ($r=0,81$).

Procedimiento

El estudio constó de seis fases. Fase 1: Selección de Participantes. La muestra de 30 participantes se seleccionó aleatoriamente a partir de diversas listas de pacientes proporcionadas por los psiquiatras del centro de salud mental según los criterios de inclusión de la investigación. Fase 2: Reclutamiento y Primera Evaluación Pre-tratamiento. La evaluación pre-tratamiento incluyó: la administración del CSCV, de la PANSS y una carta de consentimiento informado sobre los objetivos del estudio y el tratamiento confidencial de los datos personales de los participantes. Este último se entregó a los participantes y fue firmado por los mismos en la primera evaluación. Finalmente, se recogieron las recaídas durante el año previo al inicio de la intervención. Fase 3: Inicio del Tratamiento Grupal. El Tratamiento Grupal estuvo conducido por una psicóloga, un psiquiatra y una asistente social. Tuvo una frecuencia semanal, con sesiones de 90 minutos, y una duración ilimitada. Los objetivos generales que se trabajaron en el Programa de Intervención Psicosocial grupal fueron los siguientes:

1) Ofrecer información útil mediante 6 sesiones iniciales de psicoeducación y que incluyeron las siguientes temáticas con el fin de aumentar la conciencia de enfermedad:

1.1) Definición del trastorno esquizofrénico y sintomatología: En esta primera sesión, se dio paso a la explicación informativa, a cargo del psiquiatra, para los participantes del grupo de la definición del trastorno esquizofrénico y su sintomatología.

1.2) Causas del trastorno esquizofrénico: En esta segunda sesión, se procedió a la explicación informativa, a cargo del psiquiatra, para los participantes del grupo de las posibles causas del trastorno esquizofrénico.

1.3) La medicación y los efectos secundarios: En esta tercera sesión, se dio paso a la explicación informativa, a cargo del psiquiatra, para los participantes del grupo de la medicación antipsicótica y los efectos secundarios.

1.4) Prevención de recaídas: En esta cuarta sesión, se dio paso a la explicación informativa, a cargo de la psicóloga y el psiquiatra, para los participantes del grupo sobre la prevención de recaídas. En este sentido se explicó cómo identificar síntomas y la importancia de consultar con el psiquiatra u otro profesional de referencia en el momento en que éstos aparecen.

1.5) La familia y la importancia de la red de apoyo social: En esta quinta sesión se procedió a la exposición, a cargo de la psicóloga, de la importancia de la red de apoyo social, sobretudo en la información de la enfermedad en la familia de origen. También se enfatizó en la capacidad de la persona con esquizofrenia para tener responsabilidades tanto en la casa como fuera de ella.

1.6) Los recursos comunitarios y vías de acceso: En esta última sesión se ofreció información por parte de la asistente social acerca de la red asistencial de la que pueden hacer uso los pacientes. Es decir, recursos tanto de asistencia primaria como recursos sociales específicos sanitarios o no (p.ej. hospital de día, centro de

día, club social, pisos asistidos, asociaciones de familias, entre otros).

2) Aumentar la red social y mejorar las relaciones sociales: se propusieron salidas y excursiones en grupo, se fomentó la relación interpersonal entre los miembros de grupo y se trabajó la cohesión grupal.

3) Mejorar las habilidades sociales de conversación: se realizaron ejercicios de debate sobre temas de actualidad para promover el hecho de aprender a esperar y seguir un orden, escuchar a la otra persona, respetar las opiniones de los demás, valorar las propias opiniones, y tolerar el desacuerdo entre los miembros. Además se aplicaron las mismas habilidades en las sesiones de expresión de ansiedad y dificultades de afrontamiento.

4) Identificar los síntomas previos a una recaída para poder prevenirla y poder actuar de forma inmediata para evitar el ingreso.

5) Propiciar la expresión de dificultades y problemas mediante preguntas abiertas de carácter general sobre la vida cotidiana.

6) Reconocer las limitaciones y las capacidades, y aumentar la conciencia de enfermedad con la finalidad de poder llegar a una mejor comprensión de sí mismo, evitando la crítica y el juicio

7) Fomento de la cohesión del grupo.

8) Evitar el deterioro que comporta el aislamiento y la inactividad característica de los pacientes con trastorno esquizofrénico

9) Adquisición de responsabilidades de forma progresiva, y aprender a organizarse el tiempo: se realizó mediante un diario que trajo cada uno de ellos al grupo dónde anotaban las actividades a realizar, así como las tareas propuestas en el grupo (por ejemplo: lectura de una determinada noticia de actualidad para su posterior debate).

Fase 4: Segunda Evaluación. Esta evaluación se realizó al cabo de 12 meses del inicio de la intervención. La entrevista incluyó: la administración del CSCV y de la PANSS, así como el recuento del número de recaídas y su duración durante el primer año de la intervención psicosocial. Fase 5: Tercera Evaluación. Esta quinta fase correspondió a la evaluación al cabo de 24 meses del inicio de la intervención. La entrevista incluyó los mismos instrumentos que la segunda evaluación y también se realizó el recuento del número de ingresos y su duración durante el segundo año de intervención. Fase 6: Corrección de los Instrumentos de Medida (CSCV y PANSS) y análisis estadístico mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas y la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.

Resultados

(a) *Resultados Intergrupo en la 1ª administración (antes del inicio de la intervención psicosocial)*: En la administración pre-tratamiento entre ambos grupos no se dieron diferencias estadísticamente significativas a excepción de las halladas en la sintomatología positiva, negativa y psicopatología general entre los

grupos tratamiento y control (Tabla 2). La mayor gravedad sintomática en el grupo tratamiento comportó que si se obtenían cambios como resultado de la intervención, éstos serían aún más significativos de lo que hubiesen sido si no existiera esa diferencia.

Tabla 2

Prueba U de Mann-Whitney de la 1ª administración (antes del inicio de la intervención psicossocial) entre el grupo tratamiento y el grupo control

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Total Puntuación Favorable					
grupo tratamiento	2,8253	1,0732	12,60		
grupo control	3,5000	0,8676	18,40	-1,804	0,071
Total Puntuación Desfavorable					
grupo tratamiento	2,2093	0,6649	13,57		
grupo control	2,5133	0,8007	17,43	-1,203	0,229
Puntuación Total CSCV					
grupo tratamiento	0,6160	1,5939	14,27		
grupo control	0,9867	1,3788	16,73	-0,767	0,443
PANSS-P					
grupo tratamiento	27,9333	6,0411	19,43		
grupo control	21,6000	5,8285	11,57	-2,452	0,013
PANSS-N					
grupo tratamiento	28,3333	5,7029	19,23		
grupo control	23,4667	5,7801	11,77	-2,329	0,020
PANSS-PG					
grupo tratamiento	54,0000	8,1853	18,70		
grupo control	46,0000	10,3578	12,30	-1,993	0,046
Nº Recaídas					
grupo tratamiento	0,5333	0,7432	15,30		
grupo control	0,6667	0,8997	15,45	-0,964	0,662
Días hospitalización					
grupo tratamiento	6,4000	9,7086	19,30		
grupo control	7,1333	10,5618	17,50	-0,196	0,844

(b) *Resultados Intergrupo en la 2ª administración (a los 12 meses del inicio de la intervención psicossocial)*: No se observaron cambios estadísticamente significativos entre los dos grupos en las escalas favorable, desfavorable y la puntuación total del CSCV, en las subescalas de la PANSS, las recaídas y los días de hospitalización (Tabla 3).

(c) *Resultados Intergrupo en la 3ª administración*: Al cabo de 24 meses del inicio de la intervención no se mostraron cambios estadísticamente significativos entre ambos grupos en las variables evaluadas (Tabla 4).

(a) *Resultados Intragrupales entre la 1ª y la 2ª administración del grupo*

Tabla 3
Prueba U de Mann-Whitney de la 2ª administración (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) entre el grupo tratamiento y el grupo control

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Total Puntuación Favorable					
grupo tratamiento	3,4253	0,9885	14,77		
grupo control	3,5153	0,9908	16,23	-0,456	0,648
Total Puntuación Desfavorable					
grupo tratamiento	1,9120	0,5708	12,57		
grupo control	2,4893	0,8222	18,43	-1,825	0,068
Puntuación Total CSCV					
grupo tratamiento	1,5133	1,5368	17,20		
grupo control	1,0260	1,4219	13,80	-1,058	0,290
PANSS-P					
grupo tratamiento	22,6000	5,5006	16,93		
grupo control	20,9333	5,4045	14,07	-0,896	0,370
PANSS-N					
grupo tratamiento	22,8667	5,6677	18,07		
grupo control	25,4667	5,4362	12,93	-1,606	0,108
PANSS-PG					
grupo tratamiento	47,8667	10,4871	17,10		
grupo control	44,6000	9,1635	13,90	-0,997	0,319
Nº Recaídas					
grupo tratamiento	0,2000	0,4140	13,30		
grupo control	0,4667	0,6399	15,20	-1,251	0,188
Días hospitalización					
grupo tratamiento	2,2000	4,7539	17,30		
grupo control	4,4000	6,8012	15,50	-1,407	0,314

tratamiento: Respecto a los resultados de las escalas del CSCV, el grupo tratamiento obtuvo una mejor calidad de vida ($p=0,002$) al cabo de 12 meses del inicio de la intervención señalada por el incremento en la puntuación favorable (TPF), la disminución en la puntuación desfavorable (TPD) ($p=0,007$) y el incremento en la puntuación total (PT) ($p=0,001$) del CSCV (Tabla 5). Todas las subescalas de la PANSS reflejaron que el estado sintomático del grupo tratamiento mejoró a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial grupal (PANSS-P $p=0,002$; PANSS-N $p=0,006$; PANSS-PG $p=0,010$) (Tabla 5). En cuanto al número de recaídas se observó una mejora estadísticamente significativa a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial ($p=0,019$). Es decir, el grupo tratamiento tuvo menos recaídas al cabo de un año de tratamiento grupal. Consecuentemente, los resultados también indicaron una disminución de los días de hospitalización en el grupo tratamiento ($p=0,024$).

Tabla 4
Prueba U de Mann-Whitney de la 3ª administración (a los 24 meses del inicio de la intervención psicosocial) entre el grupo tratamiento y el grupo control

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Total Puntuación Favorable					
grupo tratamiento	3,5193	0,9304	16,07		
grupo control	3,4040	0,5154	14,93	-0,354	0,723
Total Puntuación Desfavorable					
grupo tratamiento	1,9060	0,5052	12,37		
grupo control	2,3633	0,6612	18,63	-1,952	0,051
Puntuación Total CSCV					
grupo tratamiento	1,6133	1,4012	17,57		
grupo control	1,0407	1,0041	13,43	-1,287	0,198
PANSS-P					
grupo tratamiento	21,8000	5,8700	16,30		
grupo control	20,8000	5,3878	14,70	-0,499	0,618
PANSS-N					
grupo tratamiento	23,4000	4,1196	16,97		
grupo control	22,5333	4,8530	14,03	-0,917	0,359
PANSS-PG					
grupo tratamiento	46,4000	10,2106	16,47		
grupo control	44,1333	8,9751	14,53	-0,603	0,547
Nº Recaídas					
grupo tratamiento	0,1333	0,3518	12,30		
grupo control	0,4000	0,6324	15,26	-1,725	0,168
Días hospitalización					
grupo tratamiento	0,8667	2,3563	13,87		
grupo control	4,2000	8,1696	14,70	-1,407	0,148

(b) *Resultados Intragrupales entre la 2ª y la 3ª administración del grupo tratamiento:* En la comparación entre la segunda y la tercera administración, tanto los resultados del CSCV, como del número de recaídas y los días de hospitalización se mantuvieron estables sin cambios estadísticamente significativos. Respecto al estado sintomático se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la escala PANSS-P ($p=0,031$) y en la escala PANSS-N ($p=0,002$) (Tabla 6).

(c) *Resultados Intragrupales entre la 1ª y la 2ª administración del grupo control:*

En los resultados obtenidos entre la primera y la segunda administración del grupo comparación se observaron cambios estadísticamente significativos en la escala PANSS-N ($p=0,046$) y en la PANSS-PG ($p=0,023$) (Tabla 7). Es decir, el grupo comparación mejoró respecto a la sintomatología negativa y la psicopatología general al cabo de 12 meses siguiendo su tratamiento psiquiátrico ambulatorio

Tabla 5
Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon entre la 1ª (antes del inicio de la intervención psicosocial) y la 2ª administración (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) del grupo tratamiento

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Par 1 Total Puntuación Favorable 1	2,8253	1,0732	2,00		
Total Puntuación Favorable 2	3,4253	0,9885	7,92	-3,171	0,002
Par 2 Total Puntuación Desfavorable1	2,2093	0,6649	8,96		
Total Puntuación Desfavorable2	1,9120	0,5709	4,17	-2,701	0,007
Par 3 Puntuación Total CSCV 1	0,6160	1,5940	1,00		
Puntuación Total CSCV 2	1,5133	1,5368	8,50	-3,352	0,001
Par 4 PANSS-P 1	27,9333	6,0411	8,25		
PANSS-P 2	22,6000	5,5006	4,50	-3,157	0,002
Par 5 PANSS-N 1	28,3333	5,7030	8,73		
PANSS-N 2	25,4667	5,6678	3,00	-2,751	0,006
Par 6 PANSS-PG 1	54,0000	8,1854	7,79		
PANSS-PG 2	47,8667	10,4872	5,75	-2,578	0,010
Par 7 Nº Recaídas 1	0,5333	0,7432	7,98		
Nº Recaídas 2	0,2000	0,4140	6,80	-1,180	0,019
Par 8 Días hospitalización 1	6,4000	9,7086	5,97		
Días hospitalización 2	2,2000	4,7539	8,90	-2,671	0,024

habitual. Pero, tanto la escala de síntomas positivos, como la calidad de vida subjetiva y las recaídas y su duración no mostraron cambios de la primera a la segunda administración. Dentro de estos resultados, así como en los siguientes no se comprueban hipótesis, pero se detallan con la finalidad de contrastar las hipótesis atendiendo a cambios clínicos del grupo tratamiento.

(d) Resultados Intragrupal entre la 2ª y la 3ª administración del grupo control:

En la comparación entre la segunda y la tercera administración del grupo control no se observaron cambios estadísticamente significativos en la calidad de vida subjetiva, el estado sintomático, las recaídas y su duración (Tabla 8). Teniendo en cuenta los resultados de ambos grupos por separado, el grupo control obtuvo pocos cambios a través del tiempo en comparación con los cambios que se dieron en el grupo tratamiento.

Discusión

(a) Discusión de los resultados intergrupales: De los resultados obtenidos a partir de la comparación entre ambos grupos en la administración pre-tratamiento cabía esperar que no hubiese diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo el estado sintomático de los participantes del grupo tratamiento fue

Tabla 6

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon entre la 2ª (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) y la 3ª administración (a los 24 meses del inicio de la intervención psicosocial) del grupo tratamiento

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Par 6 Total Puntuación Favorable 2	3,4253	0,9885	5,00		
Total Puntuación Favorable 3	3,5193	0,9304	10,00	-1,100	0,271
Par 7 Total Puntuación Desfavorable 2	1,9120	0,5709	7,11		
Total Puntuación Desfavorable 3	1,9060	0,5052	8,20	-0,722	0,470
Par 8 Puntuación Total CSCV 2	1,5133	1,5368	6,00		
Puntuación Total CSCV 3	1,6133	1,4013	10,29	-0,682	0,495
Par 4 PANSS-P 2	22,6000	5,5006	4,71		
PANSS-P 3	21,8000	5,8700	3,00	-2,154	0,031
Par 5 PANSS-N 2	25,4667	5,6678	7,81		
PANSS-N 3	23,4000	4,1196	3,50	-3,112	0,002
Par 6 PANSS-PG 2	47,8667	10,4872	6,67		
PANSS-PG 3	46,4000	10,2106	12,50	-1,733	0,083
Par 7 Nº Recaídas 1	0,2000	0,4140	9,34		
Nº Recaídas 2	0,1333	0,3518	8,30	-1,483	0,334
Par 8 Días hospitalización 1	2,2000	4,7539	7,91		
Días hospitalización 2	0,8667	2,3563	5,17	-1,788	0,088

disminuyendo progresivamente a lo largo de los dos años de intervención psicosocial, aspecto que demuestra la validez del tratamiento.

(b) *Discusión de los resultados intragrupal*: En la comparación intragrupal entre la primera y la segunda administración del grupo tratamiento se obtuvieron más diferencias estadísticamente significativas que en su comparación con el grupo control. Hubo un aumento en la calidad de vida subjetiva y una disminución de la sintomatología propia de la esquizofrenia. En consecuencia, la psicoterapia grupal en personas con esquizofrenia permite el desarrollo de las capacidades para relacionarse y tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida (Atkinson, Coia, Gilmour y Harper, 1996; Balter, 2014; Gutiérrez et al., 2009; Kahan y Kahan, 1992).

Todas las subescalas de la PANSS fueron estadísticamente significativas, indicando un descenso de la sintomatología al cabo de 12 meses del inicio de la intervención psicosocial grupal. Este aspecto concuerda con los hallazgos de la investigación de Bark y colaboradores (2003) (Bark et al., 2003), ya que las diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida y en el estado sintomático fueron intrgrupales. En resumen, nuestros resultados validarían estadísticamente los de Cramer et al. (2001), ya que éstos señalaron cambios en los síndromes positivo y negativo y en la calidad de vida a lo largo de 12 meses de tratamiento, pero dichas mejoras fueron detectadas clínicamente. También otros

Tabla 7
Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon entre la 1ª (antes del inicio de la intervención psicosocial) y la 2ª administración (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) del grupo control

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Par 6 Total Puntuación Favorable 2	3,5000	0,8677	8,33		
Total Puntuación Favorable 3	3,5153	0,9908	6,88	-0,157	0,875
Par 7 Total Puntuación Desfavorable 2	2,5133	0,8008	8,79		
Total Puntuación Desfavorable 3	2,4893	0,8222	7,31	-0,085	0,932
Par 8 Puntuación Total CSCV 2	0,9867	1,3789	8,13		
Puntuación Total CSCV 3	1,0260	1,4220	7,86	-0,284	0,776
Par 4 PANSS-P 2	21,6000	5,8285	7,50		
PANSS-P 3	20,9333	5,4046	5,88	-1,581	0,114
Par 5 PANSS-N 2	23,4667	5,7801	5,75		
PANSS-N 3	22,8667	5,4362	4,50	-1,998	0,046
Par 6 PANSS-PG 2	46,0000	10,3579	7,50		
PANSS-PG 3	44,6000	9,1636	3,50	-2,270	0,023
Par 7 Nº Recaídas 1	0,6667	0,8997	1,00		
Nº Recaídas 2	0,4667	0,6399	6,70	-1,230	0,424
Par 8 Días hospitalización 1	7,1333	10,5618	5,49		
Días hospitalización 2	4,4000	6,8012	8,60	-1,658	0,333

estudios (Valencia et al., 2002) obtuvieron resultados que mostraban que los pacientes que recibían tratamiento combinado mejoraban significativamente respecto a la sintomatología psicótica al cabo de 12 meses.

Cabe señalar que los resultados favorables en la prevención y disminución de las recaídas a través de programas de intervención psicosocial se constatan en la revisión de varios estudios al respecto (Mayoral, 2003). De acuerdo con Valencia et al. (2002), el grupo tratamiento tuvo un menor índice de recaídas al cabo de un año de intervención psicosocial grupal. La disminución del número de recaídas y la reducción significativa de los días de hospitalización recae directamente sobre la disminución de los costes hospitalarios (Malla et al., 1998) de los pacientes incluidos en el programa de intervención psicosocial. Teniendo en cuenta que la recaída es uno de los aspectos con mayor coste en las personas que sufren esquizofrenia (Almond, Knapp, Francois, Toumi y Brugha, 2004).

En la comparación intragrupal entre la segunda y la tercera administración del grupo tratamiento La mejora en la calidad de vida de los miembros del grupo tratamiento se mantuvo e incluso ascendió un poco más aunque no de modo estadísticamente significativo. Respecto a la sintomatología, el grupo tratamiento volvió a mejorar significativamente en los síndromes positivo y negativo. De acuerdo con los resultados de otras investigaciones que utilizaron la PANSS (Cirici,

Tabla 8

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon entre la 2ª (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) y la 3ª administración (a los 24 meses del inicio de la intervención psicosocial) del grupo control

Variables	Media	Desviación típica	Rango Promedio	Z	P
Par 6 Total Puntuación Favorable 2	3,5153	0,9908	7,36		
Total Puntuación Favorable 3	3,4040	0,5154	9,75	-1,193	0,233
Par 7 Total Puntuación Desfavorable 2	2,4893	0,8222	9,83		
Total Puntuación Desfavorable 3	2,3633	0,6613	5,25	-1,620	0,105
Par 8 Puntuación Total CSCV 2	1,0260	1,4220	7,78		
Puntuación Total CSCV 3	1,0407	1,0042	8,33	-0,568	0,570
Par 4 PANSS-P 2	20,9333	5,4046	5,33		
PANSS-P 3	20,8000	5,3878	5,75	-0,486	0,627
Par 5 PANSS-N 2	22,8667	5,4362	7,14		
PANSS-N 3	22,5333	4,8531	5,60	-0,894	0,371
Par 6 PANSS-PG 2	44,6000	9,1636	5,17		
PANSS-PG 3	44,1333	8,9751	4,67	-1,039	0,299
Par 7 Nº Recaídas 1	0,4667	0,63994	1,50		
Nº Recaídas 2	0,4000	0,63246	6,80	-0,882	0,670
Par 8 Días hospitalización 1	4,4000	6,80126	8,70		
Días hospitalización 2	4,2000	8,16963	6,80	-1,170	0,927

2002), se destaca de nuevo la validez del tratamiento combinado en la medida en que mejoraron los síntomas positivos y negativos del grupo tratamiento.

Respecto a la comparación entre la primera y la segunda evaluación en el grupo control se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las escalas PANSS-P y PANSS-PG. Los síntomas de la escala PANSS-P con cambios estadísticamente significativos fueron los “delirios” y el “comportamiento alucinatorio”. En ambos síntomas se dio una mejora al cabo de 12 meses, aspecto que pudo deberse al efecto de la medicación antipsicótica, ya que los participantes del grupo control sólo seguían el tratamiento ambulatorio psiquiátrico habitual basado en la administración y toma de neurolépticos.

Las conclusiones que derivan de este estudio se presentan a través de las variables evaluadas durante los 24 meses de intervención psicosocial grupal. En esta línea, las hipótesis 1 y 2 del estudio presentado quedan desconfirmadas, mientras que se confirman las hipótesis 3 y 4 citadas en la introducción. De este modo, a través de la evaluación de la calidad de vida subjetiva concluimos que:

1. Teniendo en cuenta exclusivamente al grupo tratamiento, la intervención psicosocial grupal promovió la mejora de la calidad de vida subjetiva a los 12 meses del inicio de dicha intervención y se mantuvo al cabo de 24 meses del inicio de la misma.

2. El grupo control no obtuvo diferencias estadísticamente significativas que señalaran una mejora de la calidad de vida subjetiva.

A partir de la evaluación del estado sintomático señalamos que:

1. La intervención psicosocial grupal desarrollada adquirió una mayor validez de tratamiento como consecuencia de la mejora sintomática significativa a través de los dos años de dicha intervención en el grupo tratamiento.

2. La mejora de los síntomas positivos en el grupo control pudo deberse a la toma de medicación antipsicótica, constituyendo una variable a incluir en futuros estudios sobre calidad de vida.

Respecto al recuento del número de recaídas y su duración concluimos que:

1. La intervención psicosocial incidió sobre la prevención y detección de los síntomas de las recaídas, favoreciendo la disminución de las mismas en los miembros del grupo tratamiento.

2. El grupo control no presentó cambios estadísticamente significativos respecto a las recaídas y su duración.

Finalmente, cabe señalar que la mayor proporción de cambios estadísticamente significativos se dieron en los resultados intragrupal. Este aspecto, si bien nos permite detectar cambios clínicos, no nos permite establecer comparaciones con otras personas diagnosticadas de esquizofrenia paranoide que no reciban un tratamiento psicológico. En este sentido, cuestionamos la aplicación estadística para la evaluación del impacto de una intervención psicosocial grupal en un único grupo terapéutico. Aunque este aspecto no es incompatible con el hecho de que las intervenciones psicosociales permiten que los pacientes con trastorno esquizofrénico paranoide aborden activamente sus problemas y compartan estrategias con los demás. De acuerdo con Giner et al. (2001) y Seoane (1999) dichas intervenciones deberían desarrollarse teniendo en cuenta la perspectiva subjetiva de los pacientes beneficiarios con el objetivo de que el tratamiento conlleve, entre otros aspectos, hacia una mejora de la calidad de vida, el estado sintomático y una disminución de las recaídas.

Teniendo en cuenta la limitación de evaluar a los participantes de un grupo terapéutico durante un tiempo ilimitado, se hace necesario realizar más estudios de seguimiento a lo largo del tiempo en este tipo de pacientes con el objetivo de estudiar el mantenimiento de los cambios en las variables estudiadas.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, E. (2002). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 18(1), 18-26.
- Atkinson, J., Coia, D., Gilmour, H. & Harper, J. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168(2), 199-204.
- Almond S., Knapp M., Francois C., Toumi M. & Brugha T. (2004). Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 184(4), 346-351.
- Balter, M. (2014). Talking back Tornadness. *Science*, 343(6176), 1190-1193.

- Bark N., Reuheim N., Huq F., Khalderov V., Watras Z. & Medalia A. (2003). The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63(3), 229-235.
- Barcía D., Morcillo L. & Borgoños E. (1995). Esquizofrenia, calidad de vida y formas clínicas. *Anales de Psiquiatría*, 11(3), 81-87.
- Bobes J., González M.P., Fernández J., Bascarán M., Sáiz P., Martínez S., Sánchez A., & Bousoño M. (2001). Calidad de vida relacionada con el tratamiento antipsicótico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(supl.1), 46-50.
- Bellack A.S. & Mueser K.T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-336.
- Cramer J., Rosenheck R., Xu W., Henderson W., Thomas J. & Charney D. (2001). Detecting improvement in quality of life and symptomatology in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 227-234.
- Cirici R. (2002). Utilización de la PANSS para evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en la modificación de síntomas de esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 22(81), 33-38.
- Giner J., Baca E., Bobes J., Ibáñez E., Leal C. & Cervera, S. (1995). Calidad de vida en enfermos esquizofrénicos. Desarrollo de un instrumento español para su evaluación: El Cuestionario "Sevilla". Fases iniciales. *Anales de Psiquiatría*, 11(9), 313-319.
- Giner J., Baca E., Bobes J., Ibáñez E., Leal C. & Cervera S. (1997). Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 25(supl.2), 11-24.
- Giner J., Ibáñez E., Cervera S., Leal C., Baca E. & Bobes J. (1999). El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: Perspectiva histórica de su instauración. *Actas españolas de Psiquiatría*, 27(1), 8-13.
- Giner J., Ibáñez E., Cervera S., SanMartín A. & Caballero R. (2001). Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(4), 233-242.
- Gumley A., O'Grady L., McNay L., Reilly, J. Power, K. & Norrie J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12 month randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33, 419-431.
- Gutiérrez, M., Sánchez, M., Trujillo, A. y Sánchez, L. (2009). Terapia cognitivo-conductual en las psicosis crónicas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(2), 106-114.
- Huxley N., Rendall M. & Sederer L. (2000). Psychosocial Treatments in Schizophrenia. A review of the Past 20 Years. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 144(4), 187-201.
- Jiménez J.F. & Maestro J.C. (2002). Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicossocial de la esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, 2, 29-37
- Kahan E.M. & Kahan E.W. (1992). Group treatment assignment for outpatients with schizophrenia: Integrating recent clinical and research findings. *Community Mental Health*, 28(6), 539-551.
- Kannas N. (1986). Group Therapy with schizophrenics: A review of controlled studies. *International of Group Psychotherapy*, 36(3), 339-351.
- Katschnig, H. (1997). How useful is the concept of quality of life in psychiatry?. En H. Katsching H., H. Freeman y N. Sartorius (Eds.) *Quality of life in mental disorders* (pp.3-16). England: Wiley.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Lauer G. (1994). The quality of Life: Psychopathology and neuroleptics. 7th Symposium Europeo de la Asociación de Psiquiatras Europeos. Viena.
- Leal C., Cervera S., Giner J., Ibáñez E., Baca E. & Bobes J. (1997). Psicopatología y calidad de vida. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 25(supl.2), 32-36.
- Lehman A.F. (1997). Instruments for measuring quality of life in mental illness. En H. Katsching H., H. Freeman y N. Sartorius (Eds.) *Quality of life in mental disorders* (pp.77-92). England: Wiley.
- Lucas R., Salcedo A. & Roca B. (1997). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina Barcelona*, 24(6), 143-155.
- Malla A., Norman, R., McLean T., Cheng S., Rickwood A., McInstosh E., Cortese L., Diaz K. & Voruganti L.P. (1998). Integrated medical and psychosocial program of the treatment for psychotic disorders: Characteristics and results of the patients. *Canadian Journal of Psychiatry*; 43, 698-705.
- Mayoral F. (2003). Tratamientos psicossociales en la esquizofrenia: algo más que una esperanza. *Archivos de Psiquiatría*, 66(2), 43-49.
- Overall, J. & Gorham, D. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Panadero, S. (2011). Calidad de vida y funcionamiento psicossocial de las personas con trastornos mentales graves y duraderos. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7, 51-59.
- Peralta V. & Cuesta M.J. (1994). La validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22, 171-177.

- Postrado L.T. & Lehman A.F. (1995). Quality of Life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, *46*(11), 1161-1165.
- Seoane J. (1999). Estilos y tipos de calidad de vida en el Cuestionario Sevilla. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *27*(4), 245-249.
- Urzúa, A. y Caqueo-Unzar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, *30*(1), 61-71.
- Valencia M., Ortega H.A., Rascón M.L. & Gómez L. (2002). Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *30*(6), 358-369.