

Eficacia de la terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia

Effectiveness of group therapy aimed at overcoming Schizophrenia

Ana María Rojas Rivera¹

Esta investigación tuvo como objetivo comprobar la eficacia de la terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia (SET) desde un modelo psicoeducativo, con un grupo extra hospitalario, participante de un centro diurno de salud mental. Este estudio posee un diseño pre – experimental, utiliza una muestra de doce participantes del centro diurno de salud mental Dr. Carlos Bresky. Se utiliza un diseño pre test – post test para las variables conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento farmacológico, cognición social y modos de afrontamiento. Mediante una prueba t de student para medias pareadas se concluyen resultados estadísticamente significativos para las variables conocimiento de la enfermedad, cognición social y adherencia al tratamiento, mientras que para modos de afrontamiento no se encuentran resultados estadísticamente significativos. Se concluye que la terapia SET es eficaz en su aplicación, sin embargo sus resultados deben potenciarse con la aplicación de otras terapias de largo plazo.

Palabras claves: Esquizofrenia, Psicoeducación, Contexto extrahospitalario

This research aimed to test the effectiveness of group therapy aimed at overcoming schizophrenia (SET) from a psychoeducational model, with an extra hospital group, participating in a daycare center for mental health.

This study has a pre- experimental design, and uses a sample of twelve participants in the daycare center for mental health Dr. Carlos Bresky. It uses a design pre test - post test for the variables knowledge of the disease, adherence to drug treatment, cognition and social ways of coping. Through a student's t test for paired averages are concluded statistically significant results for variables knowledge of the disease, social cognition and adherence to treatment, while for ways of coping are not statistically significant results. We conclude that the SET therapy is effective in its implementation but its results should be enhanced with the implementation of other therapies for long-term.

Keywords: Schizophrenia, Psychoeducation, Extra hospital context

Recepción de artículo: 19.04.2011 - Aprobación del artículo: 12.08.2011

¹ Licenciada en Psicología. Psicóloga Clínica San Julián, San Antonio. CECOF Tejas Verdes.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a ana.rojas@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno de origen multicausal, que afecta el funcionamiento cognitivo y social de las personas que poseen este diagnóstico. De todas las enfermedades mentales existentes, la esquizofrenia es una de las diez más discapacitantes a nivel mundial, se debe tomar en cuenta que cinco de las diez causas más importantes de discapacidad (depresión grave, esquizofrenia, trastornos bipolares, consumo de alcohol y trastornos obsesivos compulsivos) son problemas mentales (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Esta enfermedad causa angustia, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario tanto en los propios sujetos como en los familiares (Chisholm, 2008) De esto se desprende la importancia de una intervención que contemple diferentes componentes, entre estos los psicofármacos (neurolépticos), terapias grupales e individuales y tratamientos de rehabilitación psicosocial desde una perspectiva integradora, que permitan que los pacientes con este diagnóstico puedan seguir desarrollándose íntegramente. Cada uno de estos componentes puede ser desarrollado por distintas instituciones que las conforman como una red integral, con apoyo de distintas corporaciones o socios públicos o privados.

Las modalidades de tratamiento de la esquizofrenia son multidisciplinarias y abarcan un amplio abanico de posibilidades de rehabilitación; para entender la lógica de la Terapia Grupal Orientada a la Superación de la Esquizofrenia, se hace necesario exponer brevemente algunas de las modalidades de tratamiento frecuentemente utilizadas en la rehabilitación de las personas con este diagnóstico.

Chuaqui (2002) señala que “Las terapias o tratamientos psiquiátricos han evolucionado a través del tiempo, en los años 50 se inicia la farmacoterapia a nivel mundial, estos fármacos son utilizados para mitigar la sintomatología de las enfermedades mentales. Es así como se empiezan a utilizar neurolépticos (antipsicóticos) y antidepresivos”; Silva (2000), señala como primera opción la hospitalización; esta se indica con el propósito de hacer el diagnóstico, para así poder establecer el tratamiento farmacológico y el control de la sintomatología más disruptiva, dentro de estas se encuentra la agitación psicomotora, la agresividad, el intento de suicidio, negativismo y otros trastornos conductuales severos. En la actualidad se procura que las hospitalizaciones sean breves al contar con la posibilidad de reinsertar al paciente en la comunidad o, en algunos casos, integrarlos en otras instituciones como hospitales de día, hogares protegidos y centros de rehabilitación.

Otras dos formas de tratamiento que señala Silva (2000) son el tratamiento con antipsicóticos, “este tratamiento constituye el eje primordial de la rehabilitación, ya que permite que el paciente este compensado, es decir, mantenga sus síntomas en un grado mínimo de expresión, en el tratamiento farmacológico se recomienda definir un

núcleo de síntomas sobre los cuales enfocar el tratamiento. Además, en algunos casos en los que la farmacoterapia no es efectiva sobre los síntomas se utiliza terapia electroconvulsiva, esta se reserva en la mayoría de los casos en la esquizofrenia catatónica y para los casos en los que no se puede emplear antipsicóticos”.

Además, es frecuente que se utilicen psicoterapias de grupo así como terapia ocupacional; las psicoterapias de grupo tienen como objeto romper el aislamiento social y favorece la rehabilitación del paciente. El retraimiento autístico de muchos pacientes esquizofrénicos pudiera hacer creer que son completamente refractarios a las intervenciones psicoterapéuticas, pero esto es engañoso y muchos pacientes se benefician efectivamente de ellas. Por otra parte, se ha demostrado que los pacientes que reciben simultáneamente psicoterapia y farmacoterapia obtienen mejores resultados que aquellos que sólo reciben fármacos.

Para comprender la manera en que la terapia de grupo orientada a la superación funciona, se hace necesario dar una mirada al concepto de rehabilitación psicosocial. En la actualidad, el tratamiento se enfoca en la rehabilitación, entendida como “el desarrollo de habilidades en el paciente para que se desempeñe adecuadamente en sociedad, en la familia y en lo laboral con el mínimo apoyo”. Así, dentro del ámbito de la rehabilitación se pueden utilizar la economía de fichas; la terapia ocupacional, que tendrá como objetivo mejorar la concentración, atención, perseverancia en alguna tarea específica, tolerancia al esfuerzo y al a frustración y favorecerá el desarrollo del sentido de responsabilidad. La terapia debe estar encaminada a resaltar la actividad (orientada a un propósito, socialmente valorada y rehabilitadora), la libertad (que sólo debe restringirse a ciertas situaciones específicas), la responsabilidad (que debe otorgársele) y el aprendizaje viviente (en que se favorezca un mayor conocimiento de sí mismo, de sus reacciones y de los otros y así aprender a actuar con los demás (Chuaqui, 2002).

La rehabilitación psicosocial pretende ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles (Rodríguez, 1997). La normalización de las personas con discapacidad no es sinónimo de normalidad (igualar unos patrones a lo estadísticamente mayoritario); se trata de ofrecer oportunidades y apoyo para permitir a estas personas un estilo de vida similar al resto de los miembros de su comunidad.

Cirici (2002) señala al aplicar un programa psicoeducativo, en el que se incluían módulos sobre medicación, conocimiento de la enfermedad y otras actividades psicoeducativas, se obtiene que la adherencia al tratamiento farmacológico se incrementa en aproximadamente 30%, los pacientes al estar mejor informados aumentan su conciencia de la enfermedad y son más capaces de hacerse responsables de tomar la medicación, su calidad de vida mejora al tener menos recaídas y/o reingresos hospitalarios.

Este estudio se centra en la terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia (SET), posee tres bloques de trabajo, el primero de ellos es psicoeducación, el segundo la superación del estrés y el tercero, aprendizaje de conductas saludables. La evaluación de este método terapéutico ha demostrado una importante serie de resultados positivos en lo que refiere a su eficiencia: mejor conocimiento de la enfermedad y su tratamiento: mejoría de los síntomas psicopatológicos, especialmente los síntomas negativos; disminución de los ingresos hospitalarios; mejoría en cantidad y calidad de los contactos sociales, así como importantes progresos en las condiciones de la vivienda y el trabajo. Además de todo lo dicho, el hecho comprobado de que la adopción de una actitud más activa y eficaz respecto a las dificultades propias de la enfermedad, en vez de las antiguas conductas de resignación y desamparo, tiene una capacidad predictiva positiva, demuestra también que el método terapéutico que se presenta es un camino prometedor del éxito (Jimeno et al, 2000).

A la base del modelo planteado en esta terapia, lo que se pretende con este estudio, es dar un primer paso en cuanto a la medición de la eficacia de la SET, esto a través de la medición de posibles factores predictores de la eficacia; los factores seleccionados son estrategias de afrontamiento, conocimiento sobre la enfermedad, adherencia al tratamiento farmacológico y cognición social.

La presente investigación tiene como objetivo determinar la eficacia de la terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia a través del conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento farmacológico, cognición social y modos de afrontamiento.

La relevancia de este estudio es de tipo práctica, ya que las investigaciones realizadas sobre la SET, en otros países han sido desarrolladas dentro de grupos cerrados hospitalarios, a diferencia de este estudio, en donde su aplicación se realiza en un centro diurno de salud mental en donde los participantes asisten durante la jornada matutina, es decir, un grupo abierto en donde el riesgo de deserción es mayor que dentro de un ámbito intrahospitalario.

Respecto a una relevancia teórica, es posible afirmar que se cree este estudio será de utilidad en cuanto a dar una base sobre este modelo psicoeducativo en Chile, dando las primeras directrices sobre los factores que deben potenciarse para lograr una mayor eficacia de la SET.

Esta investigación corresponde a un estudio explicativo, con un diseño pre – experimental, utilizando una medición cuantitativa de tipo pre test – post test, la medición se llevará a cabo a través de la aplicación de la Escala GEOPTTE de cognición social, el Cuestionario de conocimientos sobre la psicosis esquizofrénica adjunto en el manual de aplicación de la SET, el Inventario de Actitudes hacia la Medicación (Drug Attitude Inventory, DAI) y la Escala de Modos de Afrontamiento – Revisada de Lazarus RS y Folkman.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES

Esquizofrenia

Desde una perspectiva evolutiva al concepto de esquizofrenia, se encuentra el lector con una gran variedad conceptual, lo primero en aparecer es el término “Démence Précoce”, dado por Morel en 1852 (Citado en Chinchilla, 2007), él es precursor de lo que hoy se conoce como esquizofrenia, luego otros autores señalan tres formas clínicas iniciales, en la medida en que se amplía el cuadro inicial de demencia precoz, aumentando el número de formas clínicas, no obstante las iniciales son a) la forma hebefrénica; b) La forma catatónica, o catatonía propiamente; c) La forma paranoide o delirante.

Por su parte Bleuler, citado por Chinchilla (2007) introduce el término esquizofrenia, que es el que ha predominado hasta la actualidad, destacando como elemento central lo que denomina como disociación de la vida psíquica (los trastornos de asociación del pensamiento, las alteraciones volitivas, la ambivalencia afectiva o la tendencia al autismo) y no encuentra imprescindible una evolución deteriorante segura: además, introduce un nuevo grupo: la esquizofrenia simple. por otra parte, señala como criterios diagnósticos: a) alteraciones básicas o fundamentales: trastornos formales del pensamiento, alteraciones del afecto, alteraciones de la experiencia subjetiva del yo, alteraciones de la voluntad y la conducta, ambivalencia, autismo; b) síntomas accesorios: trastornos perceptivos (alucinaciones), delirios, ciertas alteraciones amnésicas, modificación de la personalidad, cambios en el lenguaje y en la escritura, síntomas somáticos, síntomas catatónicos, síndrome agudo (como en los estados de melancolía, manía, catatonía y otros). Este autor plantea como criterio de intensidad “psicótica”.

Para realizar un diagnóstico de esquizofrenia, actualmente se utiliza la clasificación dada por el CIE – 10 (CIE- 10, 1992).

Modelos Explicativos de la Esquizofrenia

Modelos de Vulnerabilidad - Estrés

Este modelo es una formulación teórica sobre el origen de la psicosis, que combina múltiples factores causales. Este modelo explicativo parte del supuesto de que existe una predisposición a la psicosis de naturaleza genética o adquirida como consecuencia de daño cerebral. La vulnerabilidad, sin embargo, no se considera suficiente para manifestar el trastorno sino que necesita ser 'desencadenada' por procesos ambientales. Los componentes ambientales pueden ser biológicos (por ej., una infección o el consumo de alcohol y drogas) o psicológicos (por ej., situaciones vitales estresantes, exámenes, cambios de residencia o de trabajo, etc.).

La vulnerabilidad a la psicosis puede deberse a predisposición genética o como resultado de daño adquirido en ciertas estructuras cerebrales. Para que la enfermedad se manifieste, es necesario que sea desencadenada por procesos ambientales. La intensi-

dad del estrés ambiental necesario para desencadenar la psicosis difiere de una persona a otra, del mismo modo que el grado de vulnerabilidad. Sin embargo, existen factores de protección personales (por ej., la inteligencia, las habilidades sociales o las capacidades para resolver problemas) y ambientales (el apoyo familiar o social) que pueden atenuar el riesgo de psicosis, en personas constitucionalmente predisuestas. Por otra parte, los factores de estrés incluyen sucesos vitales estresantes, el consumo de alcohol y drogas o condiciones de vida problemáticas tales como; pobreza y conflictos familiares.

Modelos de vulnerabilidad desarrollados en los últimos años han contribuido al desarrollo conceptual de la esquizofrenia, siendo el más conocido el propuesto por Zubi y Spring (en Huneus, 2005), estos autores plantean una visión optimista de la evolución de los episodios esquizofrénicos (Figura 1) Ellos han revisado la evidencia con respecto a la cronicidad de la esquizofrenia, y sugieren que los episodios psicóticos son gatillados por eventos vitales estresantes. La idea es que la persona que tiene vulnerabilidad psicótica tiene un cierto umbral de tolerancia a los eventos estresantes; cuando se sobrepasa este umbral, se gatilla un episodio psicótico.

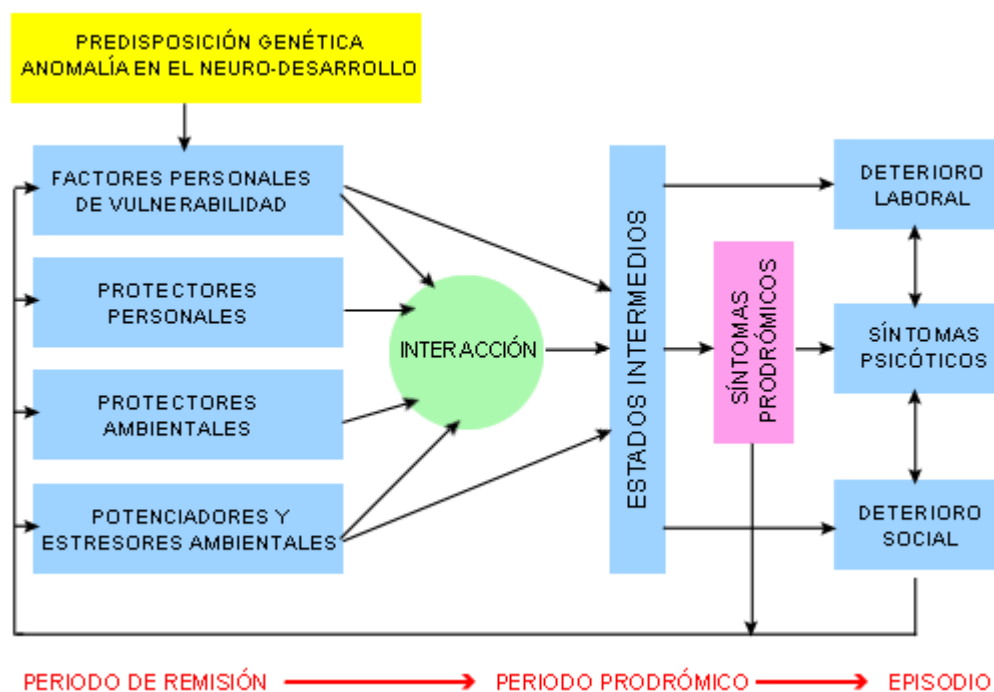


Figura 1. Modelo vulnerabilidad-estrés. Extraído de . http://www.p3-info.es/view_article.asp?cat=1&id=5

Intervención Psicosocial

Las intervenciones psicosociales pretenden reducir el impacto que tienen en la vida del sujeto tanto de los síntomas negativos de la psicosis esquizofrénica como de los positivos, aumentar el conocimiento sobre el trastorno puede mantener al propio

sujeto y su familia, así como puede favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la propia red social del paciente, proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés de los enfermos y sus familiares (Muesser, Liberman y Glynn, 1990; Tomaras, Vlaconikolis, Stefanis y cols, 1998, citados en Florit, 2006). Pero las intervenciones psicosociales no sólo se centran en los aspectos de recuperación o afrontamiento de los déficit sino que debe complementarse con una intervención que potencia las fortalezas de los sujetos así como una intervención sobre el propio entorno que rodea al paciente con este trastorno; la intervención psicosocial debe apoyarse como eje prioritario en aquellas habilidades conservadas por los sujetos y potencialidades que de modo natural ofrece su medio.

Modelo de Abordaje de la Terapia Grupal Orientada a la Superación de la Esquizofrenia

Se denomina Terapia “orientada a la superación” para indicar que aunque se atienden aspectos psicoeducativos y de transmitir información especialmente en el bloque I “Salud, Enfermedad y terapia”, el principal objetivo consiste en la elaboración sistemática de la enfermedad y en la superación de los factores de estrés de la vida cotidiana (Bloque II). El bloque III se focaliza, además, en las conductas saludables. Todos estos procedimientos en conjuntos están fuertemente orientados a la utilización de estrategias y a la autoelaboración de mecanismos de estabilización.

Respecto al trabajo psicoeducativo con los familiares en esta terapia, este constituye un importante complemento a la terapia de grupo SET. Puede realizarse de modo grupal de trabajo familiar individual. Tiene sobre todo como fines la mejoría en la profilaxis de recaídas y el favorecer una descarga emocional, así como la reducción de los sentimientos de culpa.

Así, este estudio tiene por objetivo general, comprobar la eficacia de la terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia a través del conocimiento de la enfermedad, la cognición social, la adherencia al tratamiento farmacológico y los modos de afrontamiento de los participantes del centro de rehabilitación Dr. Carlos Bresky. Se plantean como objetivos específicos; identificar los niveles en los que se encuentran las variables cognición social, actitud hacia la medicación, modos de afrontamiento, conocimiento de la enfermedad antes y después de la aplicación de la SET y determinar las diferencias estadísticamente significativas pre test y post test para las variables cognición social, estrategias de afrontamiento, adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad.

MÉTODO

Diseño

Se establece un diseño pre – experimental debido a que se manipula la variable independiente, en este caso la terapia SET, y se establecen un grupo experimental, conformado por doce personas participantes de la jornada matutina de la corporación

doctor Carlos Bresky, seis de estas personas participan en el centro de rehabilitación de Valparaíso y seis participan en el centro de rehabilitación de Peñablanca. Se efectúa medición Pre – test, post – test, para establecer si hubo cambios en las variables dependientes (conocimiento de la enfermedad, cognición social, adherencia al tratamiento, y estrategias de afrontamiento).

Muestra

Doce participantes del centro diurno de salud mental Dr. Carlos Bresky en su jornada de la mañana. Muestreo no probabilístico, intencionado según los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico esquizofrenia o sus subtipos, y disposición a participar en el grupo de terapia SET.

Variables

Variable independiente: Terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia (SET), constituida por tres bloques, el primero de ellos es Psicoeducación, el segundo bloque es superación del estrés y el tercer bloque es aprendizaje de conductas saludables, su duración es de aproximadamente 28 a 30 sesiones, con flexibilidad en sus contenidos, la aplicación de la SET, se lleva a cabo dos veces por semana con una duración de 3 horas aproximadamente, en las cuales hay un descanso de 30 minutos a partir de la primera hora y media.

Variables dependientes:

Cognición social : “Conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen los procesos implicados en la percepción, interpretación, y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros, en otros términos cognición social es el conjunto de procesos cognitivos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones.” (Ostrom, 1984, Brothers, 1990, Penn y cols, 1997, citados por Ruiz, J.C. García, S., Fuentes, J. 2006), “los procesos y funciones que permiten a la persona, entender, actuar y beneficiarse del mundo interpersonal, estos procesos cognitivos sociales son los implicados en cómo elaboramos inferencias sobre las intenciones y creencias de otras personas y cómo sopesamos factores situacionales sociales al hacer dichas inferencias (San Juan, 2000)

Conocimiento sobre la enfermedad: Grado de información que posee el paciente sobre su diagnóstico antes y después de la aplicación de la terapia SET.

Adherencia al tratamiento farmacológico: “grado en el que un paciente sigue las instrucciones médico - sanitarias prescritas. Existe una clara influencia de la adherencia al tratamiento en el curso y evolución de la esquizofrenia. Los pacientes que son buenos cumplidores en el último año tienen un mejor funcionamiento global, menos psicopatología y menor tiempo de hospitalización. Por su parte, aquellos que incumplen con su tratamiento tienen más recaídas, más síntomas y, en general, una peor calidad de vida, dentro de los factores relacionados con el apego o adherencia al tra-

tamiento en la esquizofrenia es posible destacar la percepción subjetiva, positiva o negativa, respecto al consumo de medicamentos”, (Robles García, et, al 2004).

Modos de afrontamiento: “la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles, consiste por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales.(...) aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, citados por Vázquez, C, Crespo, M., y Ring, J. s/f).

Técnicas de recolección de datos

Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis : consta de 15 ítems, siete para funciones cognitivas básicas y ocho para cognición social. Fue desarrollada por el grupo GEOPTE (Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia), a través de su aplicación recoge información desde dos fuentes: desde la percepción subjetiva del propio paciente acerca de su déficit y la del informante, familiar o cuidador a cargo del paciente. Esta escala está diseñada para medir cambios clínicos y aspira, por su sencillez de uso y diseño a ser útil en la práctica clínica para medir la cognición social en la psicosis.

Respecto a la corrección e interpretación, los 15 ítems de la escala deben ser respondidos de forma autoaplicada por el paciente y su correspondiente informante (familiar o cuidador) de forma independiente. Estos 15 ítems recogen dos grupos de información: los ítems de 1 a 7 corresponden a preguntas sobre funciones cognitivas básicas, los ítems del 8 al 15 corresponden a preguntas en torno a aspectos de cognición social.

Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta: 1, no, 2, un poco, 3, regular, 4, bastante y 5, mucho/a; la puntuación sumario se obtiene sumando cada una de las puntuaciones recogidas en los cuadernos de recogida de datos, que es el resultado de la suma de los ítems correspondientes a cada uno de ellos (paciente e informante) (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz & Bousoño, 2004).

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala, es posible señalar que posee una excelente consistencia interna al tener un alfa Cronbach de .87 para pacientes y .87 para informantes (San Juan et al. 2003).

Inventario de Actitudes hacia la medicación (Drug Attitude Inventory, DAI):Escala desarrollada por Hogan, T.P., Awad, A. G. & Eastwood, M.R., tiene como objetivo evaluar la respuesta subjetiva a los neurolépticos. En este estudio se ha de aplicar la escala breve conformada por 10 ítems que se refieren al efecto percibido de la medicación, estos ítems son de respuesta dicotómica verdadero - falso, el marco de referencia temporal no se encuentra definido y es una escala autoaplicada.

Respecto a la corrección e interpretación de esta escala, se proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems.

En los ítems número 1, 3, 4, 7,9 y 10 las respuestas verdaderas valen 2 puntos y las faltas, 1 punto. En el resto de los ítems (2, 5, 6 y 8) las respuestas verdaderas valen 1 punto y las falsas, 2. Por tanto, la puntuación total puede oscilar entre 10 y 20 puntos.

No existen puntos de corte definidos. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más positivo. (Bobes, y cols., 2004).

Escala de Modos de Afrontamiento – revisada (WOC – R):Escala formulada por Lazarus y Folkman en 1984, tiene como objetivo permitir evaluar el afrontamiento como proceso, que haga referencia a pensamientos, sentimientos y actos específicos, que evalúe el afrontamiento en un contexto específico, y que pueda ser utilizada en diferentes períodos para poder observar los cambios.

Consta de 50 ítems, los cuales se responden en formato escala likert de 4 puntos (0 – 3); en absoluto – en gran medida).

En cuanto a su administración, puede ser aplicada por cualquier profesional de la salud, e incluso puede utilizarse de modo autoaplicado. El tiempo requerido para su aplicación es de 15 a 20 minutos.

En cuanto a su corrección, se puede obtener una puntuación para cada uno de los 8 modos de afrontamiento sumando los valores asignados por el sujeto a los ítems correspondientes a cada uno de ellos. También puede obtenerse una puntuación de estrategias centradas en el problema y de estrategias centradas en la emoción mediante la suma de las puntuaciones de todas las subescalas (estará comprendida entre 0 y 201). Sobre la confiabilidad y validez de la escala de modos de afrontamiento, la consistencia interna de la versión ingles se encuentra entre 61 y 79.

Cuestionario de Conocimientos: instrumento adjunto al manual de la terapia SET, consta de 28 reactivos en escala likert, sus resultados se evalúan de acuerdo al porcentaje obtenido por el participante en sus respuestas. Cada reactivo apunta a preguntas sobre conocimientos de la enfermedad (esquizofrenia).

Análisis de Datos

El procesamiento de los datos recolectados se realizó a través del paquete estadístico SPSS 15.0 en español. El análisis estadístico se hizo a través de las medidas de tendencia central y la prueba T de student para medias pareadas. La prueba t de medias pareada, prueba si la media estimada de la población por muestras dependientes difieren significativamente (media de pre y post tratamiento) para el mismo grupo de tratamiento.

RESULTADOS

Características Sociodemográficas de la muestra

De las doce personas que conforman la muestra, 50% corresponde a sexo femenino y 50 % a sexo masculino (tabla 1). El 50% de la muestra corresponde al centro de rehabilitación de Valparaíso y 50% al centro de rehabilitación de Peñablanca (tabla 2), un 75% vive en hogar protegido y un 25% vive con sus familiares.

Resultados para Conocimiento de la Enfermedad (Esquizofrenia)

Tabla 1

Medias para la variable “conocimiento” en el pre test y post test

		Media
Par 1	Puntaje total conocimientos pretest	58,0317
	Puntaje total conocimientos postest	71,7233

En el área de conocimientos sobre la enfermedad (esquizofrenia) la media de pre test fue de 58,0317 y la media de post test fue de 71,7233. Esto significa un incremento de 13,69167 en el área de conocimientos sobre la enfermedad al final de la terapia SET.

Tabla 2

Prueba t de muestras pareadas para la variable “conocimiento de la enfermedad”.

		Media Inferior	T	Sig. (bilateral)
Par 1	Puntaje total conocimientos pretest - Puntaje total conocimientos postest	-13,69167	-8,695	.000

El resultado obtenido de la prueba *t* de muestras pareadas entre las aplicaciones, antes y al terminar la terapia SET, mostró una diferencia estadística significativa $t = 8,695$, $p=0.000$. Con este resultado se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis H1, la diferencia de la media para la medición pareada de conocimiento de la enfermedad de la muestra no es de cero.

Resultados para Adherencia al tratamiento

Tabla 3

Medias para la variable adherencia al tratamiento en el pre test y en el post test

		Media
Par 1	Puntaje total DAI pretest	15,5833
	Puntaje total DAI postest	17,1667

En el área de adherencia al tratamiento farmacológico la media de pre test fue de 58,0317 y la media del post test fue de 17,1667. Esto significa un incremento de -1,58333 en la adherencia al tratamiento farmacológico al final de la terapia SET.

Tabla 4.

Prueba t para diferencia de medias, para la variable adherencia al tratamiento.

		Media	T	Sig. (bilateral)
Par 1	Puntaje total DAI pretest - Puntaje total DAI postest	-1,58333	-5,062	.000

El resultado obtenido de la prueba *t* de muestras pareadas entre las aplicaciones, antes y al terminar la terapia SET, mostró una diferencia estadística significativa $t = 5,062$, $p=0.000$. Por lo tanto, a partir de este resultado se infiere que la hipótesis nula se rechaza y se acepta la H2, la diferencia de la media para la medición pareada de adherencia al tratamiento de la muestra no es de cero.

Resultados para Cognición Social

Estadísticos de muestras relacionadas

Tabla 5

Medias de la variable cognición social en el pre test y post test

		Media
Par 1	Media paciente-familiar GEOPTE pretest	34,2600
	Media paciente-familiar GEOPTE postest	29,0750

En el área de cognición social la media de pre test fue de 34,2600 y la de post test fue de 29,0750. Esto significa un aumento de 5,18500 en la variable cognición social al final de la terapia SET.

Tabla 6

Prueba t para diferencia de medias para la variable cognición social

		Media	T	Sig. (bilateral)
Par 1	Media paciente-familiar GEOPTE pretest - Media paciente-familiar GEOPTE postest	5,18500	5,234	.000

El resultado obtenido de la prueba *t* de muestras pareadas entre las aplicaciones, antes y al terminar la terapia SET, mostró una diferencia estadística significativa $t = 5,234$, $p=0.000$. Por lo tanto a partir de este resultado se rechaza la hipótesis nula y se acepta la H3, la diferencia de la media para la medición pareada de cognición social para la muestra, no es de cero.

Resultados para Modos de Afrontamiento

Estadísticos de muestras relacionadas

Tabla 10

Medias de la variable modos de afrontamiento en el pre test y post test

		Media
Par 1	Puntaje escala afrontamiento pretest	75,7500
	Puntaje escala afrontamiento posttest	78,2500

En el área de modos de afrontamiento la media de pre test fue de 75,7500 y la de post test fue de 78,2500. Esto significa un aumento de 2,50000 en la variable modos de afrontamiento al final de la terapia SET.

Tabla 11

Prueba t para diferencia de medias para la variable modos de afrontamiento

		Media	T	Sig. (bilateral)
Par 1	Puntaje escala afrontamiento pretest - Puntaje escala afrontamiento posttest	-2,50000	-.709	.493

El resultado obtenido de la prueba *t* de muestras pareadas entre las aplicaciones, antes y al terminar la terapia SET, no mostró una diferencia estadística significativa $t = -.709$, $p = .493$. Por lo tanto, a partir de resultado, se acepta la hipótesis nula, la diferencia de la media para la medición pareada de modos de afrontamiento para la muestra, es de cero y se rechaza la H4 (la diferencia de la media para la medición pareada de modos de afrontamiento para la muestra no es de cero).

DISCUSIÓN

A través de los resultados obtenidos se concluye que, la terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia ha tenido resultados estadísticamente significativos para las variables “conocimiento de la enfermedad”, “adherencia al tratamiento farmacológico” y “cognición social”, no así, para la variable “modos de afrontamiento”, aunque denota un pequeño aumento en la muestra, este resultado no es significativo estadísticamente.

Los resultados obtenidos son coherentes con la evaluación de la eficacia de esta terapia en otras intervenciones realizadas, estos resultados implican mejor conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, mejoría de los síntomas, especialmente los síntomas negativos, disminución de los ingresos hospitalarios; mejoría en cantidad y calidad de los contactos sociales, así como importantes progresos en las condiciones de la vivienda y trabajo (Andrés, K., Pfammatter, M., Brenner, H. & Jimeno, N., 2000).

La importancia del incremento de la variable “adherencia al tratamiento” implicaría que la terapia es eficaz en su intervención, el aumento en esta variable puede ser debido a que en el bloque I, psicoeducación, incluye información sobre fármacos, efectos secundarios y la importancia de este tipo de tratamiento, entre otros contenidos. La teoría afirma que los pacientes al estar mejor informados, aumentan su conciencia de enfermedad y son más capaces de hacerse responsables de tomar su medicación (Kemp , R., Kirov G., Everlitt, B., Hayward, P., David, A., citados por Cirici, R . 2002).

Estos resultados confirman la eficacia de las intervenciones psicosociales para personas con esquizofrenia, se ha demostrado que la psicoeducación acerca de la enfermedad mejora la adherencia al tratamiento y el pronóstico, esta intervención abarca a los usuarios y sus familiares. Respecto a este punto es necesario señalar que el trabajo psicoeducativo con los familiares fue desarrollado por el Dr. Hans Brenner y el Ps. Antonio Araya, al mismo tiempo que se desarrollaba la terapia SET en la corporación Dr. Carlos Bresky. Se podría hipotetizar que a partir del trabajo realizado, la psicoeducación se ha visto potenciada en sus resultados.

Respecto a los resultados para “conocimiento de la enfermedad”, se espera que estos resultados fomenten la comprensión de los pacientes sobre su enfermedad y su tratamiento. Se supone que un mayor conocimiento permite a las personas con esquizofrenia afrontar su diagnóstico más efectivamente (Pekkala E, Merinder L, 2008). Con respecto a los resultados obtenidos para la variable cognición social, se ha de suponer que el funcionamiento social de los usuarios de la corporación Carlos Bresky que conformaron parte de la muestra se vería favorecido.

Los resultados para la variable “modos de afrontamiento” si bien señalan un leve ascenso, no es estadísticamente significativo, este resultado puede deberse a que la intervención no es de larga duración, sino que es constituido como un grupo de terapia breve, por lo que para alcanzar un nivel significativo en esta variable se cree, se obtendrían resultados positivos al realizarse un grupo de terapia más a largo plazo. Se debe recordar que las intervenciones psicoeducativas no poseen efectos perdurables en el tiempo y que los resultados obtenidos deben ser fomentados y complementados con intervenciones especializadas y de una duración más larga. En este sentido, resulta interesante evaluar experiencias de aplicación de la “Terapia Psicológica Integrada” ,diseñada por los mismos autores de la “terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia”, y planteado como terapia de larga duración a continuación de la SET.

Otro aspecto relevante de acotar es que se podría inferir que la propuesta terapéutica puede tener efectos positivos en grupos abiertos, aun cuando en el manual de esta terapia se señale que debe utilizarse en grupos pequeños y cerrados. Además, el trabajo psicoeducativo se ha reforzado con el trabajo de otros especialistas de la salud mental, en el proceso de aplicación de esta terapia se ha incluido a dos grupos de estudiantes de enfermería, estos, contribuyeron con su conocimiento a reforzar la in-

formación sobre fármacos y efectos secundarios de estos, así como también participaron en los contenidos de superación del estrés y hábitos de vida saludable.

Por lo tanto se infiere que es recomendable la aplicación de esta terapia, introduciendo modificaciones, de acuerdo a las demandas de la institución así como de los propios participantes. Al respecto es menester señalar que la terapia en sí, ofrece variadas alternativas para presentar los temas que la conforman, por lo tanto su aplicación se hace dinámica y flexible sin necesariamente cambiar los contenidos o el fondo de la intervención. Se espera que estos resultados orienten las intervenciones y estimulen futuros estudios sobre este modelo de terapia y las variables que la potencien.

REFERENCIAS

- Brenner, H.; Roder, V.; Kienzle, N. & Fuentes I. (2007) *“Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia” IPT*, Edición Española; Granada, España, Alvoran Editores.
- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz P. & Bousoño, M. (2004). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Psiquiatría Editores. Ars XXI médica. Barcelona, España.
- Chinchilla, A. (2007), *“Las Esquizofrenias”*, sus hechos y valores clínicos y terapéuticos; Barcelona, España, Editorial Masson.
- Chisholm, D., (2008). Tratamiento de la esquizofrenia en el mundo en desarrollo: análisis interregional y multinacional de la costoeficacia. Boletín mundial de la Salud OMS. Recuperado el 12 de Octubre del 2008. Disponible en: www.who.int/entity/bulletin/volumes/86/7/07-045377-ab/es
- Chuaqui, J., (2002) *“Sociedad, Psiquiatría y Esquizofrenia (interrelaciones)”*; Valparaíso, Chile. Editorial Alba producciones.
- Cirici, R. (2002) *“La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos”*, Revista Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Barona, n29, páginas 232 – 238.
- Florit, R. (2006) *“La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica”*, Revista Apuntes de Psicología, Vol 24, número 1-3, página 223 – 244 disponible online: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL24_1_10.pdf
- García, R., Salazar, V., Páez, F., Ramírez, F. *“Evaluación de actitudes al medicamento en pacientes con esquizofrenia: propiedades psicométricas de la versión española del Dai”*. Revista Actas Españolas de psiquiatría. 2004. N°32. Vol. 3, páginas 138 – 142. Recuperado el 12 de Octubre del 2008. Disponible online en: http://www.faes.es/archivos_pdf/download/bases_bibliograficas/newsletter_psicometria/2004/NL1-04.PDF
- Huneus, T. (2005), *“Esquizofrenia”*, Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo.

- Jimeno Bulnes, A. (2002), “*Diagnóstico Sindrómico de la Esquizofrenia*”. Revista Informaciones Psiquiátricas. Nº 169, Valladolid, España.
- K. Andres, M. Pfammatter, H. D. Brenner & Jimeno Bulnes, N (2000) “*Terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia, Manual de entrenamiento y aplicación*”. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Aula Médica Ediciones.Madrid, España.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2008), “*10 datos sobre la carga mundial de morbilidad*”. Recuperado el 25 de Octubre del 2008. Disponible online en: http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/facts/es/index6.html
- Organización Mundial de la Salud OMS (1992), “*CIE- 10, clasificación de los trastornos mentales*”: Disponible on-line en: <http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm>
- Pekkala E & Merinder L. “*Psicoeducación para la esquizofrenia*” (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Rodríguez, A. (1997), “*Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*”; Madrid, España. Editorial Pirámide.
- Robles, R., Salazar, V., Páez, E & Ramírez, B. (2004) “*Evaluación de actitudes al medicamento en pacientes con esquizofrenia: propiedades psicométricas de la versión en español del DAI*”. Revista Española de Psiquiatría, vol 32, núm. 4, páginas 138- 142.
- Sanjuán J., (2003). “*Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis*”. Revista Actas Españolas de Psiquiatría, nº 31, vol. 3, páginas 120 – 128. Recuperado el 25 de Mayo del 2008. Disponible online en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/general/diagnostico/1212>
- Silva, H. (2000). “*Psiquiatría clínica*”. Sociedad de neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, World Psychiatric Association. Santiago. Chile
- San Juan (2000). “*Guía para la evaluación del déficit cognitivo en la esquizofrenia*”, Grupo Geopte, Madrid, España.
- San Juan, J., Prieto, J., Olivares, J., Ros, S. Montejo, A, Ferre., & et al (2003) “*Escala Geopte de cognición social para la psicosis*”, Grupo Español para la optimización y tratamiento de la esquizofrenia. Revista Actas Psiquiátricas, vol 31 num 2, páginas 120 – 120, Valencia, España.