

Efecto de una intervención psicosocial sobre calidad de vida, estado sintomático y construcción del sí mismo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide

Antonia María Gómez y Luis Botella¹
(Universidad Ramon Llull, España)

(Recibido 10 de enero 2006/ Received January 10, 2006)

(Aceptado 5 de julio 2006 / Accepted July 5, 2006)

RESUMEN. Los estudios que complementan la investigación sobre los síntomas junto con la calidad de vida y la identidad están adquiriendo un auge creciente, aspecto debido al interés por el desarrollo y difusión de métodos terapéuticos que pretenden ir más allá de la desaparición de un trastorno. Este estudio cuasi-experimental se fundamenta desde la visión constructivista del impacto de un programa de intervención psicosocial grupal sobre la calidad de vida subjetiva, el sistema de constructos del sí mismo y el estado sintomático en personas diagnosticadas de esquizofrenia paranoide ($n = 15$) en comparación con un grupo control ($n = 15$). Los instrumentos se administraron antes del inicio de la intervención psicosocial, a los 12 meses del inicio de la misma y a los 24 meses. Los resultados indicaron que el grupo tratamiento mejoró significativamente en el sistema de construcción del sí mismo, en la calidad de vida subjetiva y en el estado sintomático al cabo de 12 meses del inicio de la intervención y esta mejora se mantuvo al cabo de 24 meses del inicio de la misma. En la comparación con el grupo control la significación estadística de mejora no fue tan evidente.

PALABRAS CLAVE. Intervención psicosocial. Esquizofrenia. Calidad de vida subjetiva. Sintomatología. Sistema de construcción del sí mismo. Cuasi-experimento.

¹ Correspondencia: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport. Universitat Ramon Llull. C/ Císter, 34. 08022 Barcelona (España). E-mail: lluisbg@blanquerna.url.es

ABSTRACT. Studies that combine symptom research with research on quality of life and identity are growing in number, because of its interest in the development and dissemination of therapeutic methods that go beyond symptom removal. This quasi-experiment study is based from the constructivista vision of the impact of a program of psychosocial intervention group on the subjective quality of life, the constructs system of self and the symptomatic state in people diagnosed as paranoide schizophrenic ($n = 15$) in comparison with a control group ($n = 15$). The instruments were administered before the beginning of the psychosocial intervention, to the 12 months of the beginning of the same one and to the 24 months. The results indicated that the group treatment improved significantly in the construct system of self, in the subjective quality of life and the symptomatic state after 12 months of the beginning of the intervention and this improvement stayed after 24 months of the beginning of the same one. In the comparison with the control group the statistical meaning of improvement was not so evident.

KEYWORDS. Psicosocial intervention. Schizophrenia. Subjective quality of life. Symptomatology. Construct system of self. Cuasi-experiment.

RESUMO. Os estudos que complementam a investigação sobre os sintomas junto com a qualidade de vida e a identidade estão adquirindo um auge crescente, aspecto devido ao interesse pelo desenvolvimento e difusão de métodos terapêuticos que pretendem ir mais além do desaparecimento de uma perturbação. Este estudo quase-experimental fundamenta-se numa perspectiva construtivista do impacto de um programa de intervenção psicossocial grupal sobre a qualidade de vida subjectiva, o sistema de construtos de si mesmo e o estado sintomático em pessoas diagnosticadas com esquizofrenia paranoide ($n=15$) em comparação com um grupo controlo ($n=15$). Os instrumentos administraram-se antes do início da intervenção psicossocial, aos 12 meses do início da mesma e aos 24 meses. Os resultados indicaram que o grupo de tratamento melhorou significativamente no sistema de construção de si mesmo, na qualidade de vida subjectiva e no estado sintomático ao fim de 12 meses do início da intervenção e esta melhoria manteve-se ao fim de 24 meses do início da mesma. Na comparação com o grupo controlo a significação estadística de melhoria não foi tão evidente.

PALAVRAS CHAVE. Intervenção psicossocial. Esquizofrenia. Qualidade de vida subjectiva. Sintomatologia. Sistema de construtos do self. Estudo quase experimental.

Introducción

En su aplicación al tratamiento de la psicosis, las intervenciones psicossociales incluyen los componentes necesarios para que los pacientes consigan una mejora en el nivel general de funcionamiento psicológico y social, la calidad de vida y el cumplimiento con los tratamientos prescritos tales como la medicación (Bellack y Mueser, 1993). En cuanto a la eficacia de tales intervenciones, y particularmente en su uso combinado, la combinación de tratamiento psicossocial y farmacológico ha demostrado ser más eficaz en cuanto a beneficios terapéuticos que cada uno de ambos por separado (Álvarez, 2002; Cohí, 1990; Huxley, Rendall y Sederer, 2000; Jiménez y Maestro, 2002; Malm, May y Dencker, 1981; Valencia, Ortega, Rascón y Gómez, 2002). En

referencia al formato de la intervención psicosocial, la revisión de las investigaciones al respecto llevada a cabo por Kannas (1986) concluía que en el 80% de los trabajos revisados la terapia grupal con pacientes ambulatorios era más efectiva que las terapias no grupales. En cuanto a la relación entre calidad de vida y estado sintomático de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, Leal *et al.* (1997) no encontraron ninguna correlación significativa entre la escala favorable del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) (Giner *et al.*, 1995) y el síndrome positivo de la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) (Peralta y Cuesta, 1994), pero sí una correlación negativa con el síndrome negativo. Respecto a la escala desfavorable del CSCV, el mismo estudio informa de relaciones con la sintomatología positiva, la negativa y la psicopatología general. En esta línea, Peralta y Cuesta (1994) argumentaron que la calidad de vida de la persona diagnosticada de esquizofrenia puede verse más afectada por los síntomas negativos que por los positivos. El estudio de Giner, Ibáñez, Cervera, Sanmartín y Caballero (2001) también obtuvo resultados derivados de la PANSS según la agrupación de los participantes en una mejor o peor calidad de vida. En este sentido, comprobaron que el grupo con peor calidad de vida presentaba una mayor puntuación en todas las escalas de la PANSS en comparación con el grupo con mejor calidad de vida. En otros estudios en los que se evalúa la relación entre la calidad de vida y la sintomatología se obtienen resultados que indican que una mala calidad de vida está correlacionada con la presencia de mayor número de síntomas y más gravedad de los mismos y, sobre todo, con los síntomas negativos (Lauer, 1994; Lehman, 1988; Postrado y Lehman, 1995; Tampier, 1994).

Por otro lado, las investigaciones sobre los sistemas de constructos del sí mismo de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia se han visto fuertemente influidas por los trabajos pioneros de Bannister sobre el “trastorno del pensamiento esquizofrénico” (Bannister, 1960, 1962) y se centran en una hipótesis básica: la baja consistencia e intensidad de los constructos en las diversas aplicaciones de la técnica de la rejilla (Kelly, 1955/1991) y la laxitud del sistema de construcción del sí mismo (Haynes y Phillips, 1973a, 1973b; Radley, 1974), lo que produce dificultades en la construcción de otras personas (Bannister, 1962; Gara, Rosenberg y Cohen, 1987). Klion (1985) encontró que los pacientes con trastorno esquizofrénico en los que habían remitido los síntomas se caracterizaban por una baja diferenciación en la construcción del sí mismo. Posteriormente, en su estudio sobre la complejidad cognitiva, demostró que los pacientes con trastorno esquizofrénico obtenían una elevada diferenciación y una baja integración, aspecto que indicaba un sistema de construcción del sí mismo fragmentado (Gara *et al.*, 1987; Klion, 1988; Leitner, 1981).

De la revisión de los estudios se deduce una carencia de trabajos que analicen el efecto de un tratamiento grupal extrahospitalario sobre la calidad de vida, el estado psicopatológico y la construcción del sí mismo en personas que sufren un trastorno esquizofrénico paranoide. En este sentido, el reto de la presente investigación es doble, ya que por un lado no existe amplia fundamentación empírica para sustentar los resultados que se obtengan y, por otro, aunque estrechamente relacionado, no existen inter-

pretaciones anteriores en cuanto a resultados sobre la posible influencia de una intervención psicosocial grupal sobre la totalidad de dichos constructos. Con todo lo comentado, el objetivo del presente estudio cuasi-experimental (Montero y León, 2005) es comparar la evolución de los constructos antedichos a través de un período de 2 años de intervención en un grupo de tratamiento psicosocial y un grupo control, tanto a nivel intergrupal como intragrupal. El objetivo lo sistematizamos con las siguientes hipótesis:

- Los pacientes que reciban el programa de intervención psicosocial grupal mostrarán una mejora en la construcción de la identidad (considerada como mejora en la percepción del sí mismo), la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático al cabo de 12 meses de haber iniciado dicho programa en comparación con los pacientes asignados al grupo de comparación.
- En el grupo de pacientes asignados al programa de intervención psicosocial grupal se mantendrá o se mejorará la construcción de la identidad, la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático en la evaluación realizada al cabo de 24 meses de haber iniciado dicho programa en comparación con los pacientes asignados al grupo de comparación.
- Los pacientes que reciban el programa de intervención psicosocial grupal mostrarán una mejora en la construcción de la identidad, la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático en la evaluación al cabo de 12 meses de haber iniciado dicho programa en comparación a la evaluación previa al tratamiento.
- La mejora respecto a la construcción de la identidad, la calidad de vida subjetiva y el estado sintomático se mantendrá o mejorará en la evaluación al cabo de 24 meses de haber iniciado el programa de intervención psicosocial grupal en los pacientes que reciban dicho tratamiento.

En la redacción de este artículo se siguieron en la medida de lo posible las recomendaciones de Ramos-Alvarez, Valdés-Conroy y Catena (2006).

Método

Participantes

De las listas de pacientes proporcionadas por los psiquiatras del centro de salud mental se obtuvo un total de 109 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión de la investigación (véase la Tabla 1). Se realizó un muestreo aleatorio que proporcionó la selección de 30 pacientes, de los que 15 fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento y 15 al grupo de comparación, continuando con el tratamiento psiquiátrico que habían seguido hasta el momento y que constaba en el control médico de la toma de neurolépticos.

TABLA 1. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra.

<i>Criterios de inclusión</i>	<i>Criterios de exclusión</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide según el DSM-IV. - Mayores de 18 años. - Pacientes 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 que 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 pacientes. - Abuso de alcohol o tóxicos. - Evidencias de problemas neurológicos. - Retraso mental. - Pacientes que asistan a terapia grupal y/o Hospital de Día y/o Centros de Día.

Catorce de los pacientes del grupo de tratamiento eran hombres (93,30%) y una mujer (6,70%), con una media de edad de 35,20 años. En el grupo de comparación, 11 eran hombres (73,30%) y 4 eran mujeres (26,70%), con una edad media de 33,53 años. En el grupo tratamiento la edad media de inicio del trastorno era de 22,40 años y en el grupo comparación de 22,50 años. La media de los años de evolución del trastorno en el grupo tratamiento era de 12,80 años y en el grupo comparación de 11,13 años. Se aplicó la prueba de *U* de Mann-Whitney de muestras independientes en las variables sociodemográficas sexo, edad, edad del inicio del trastorno y años de evolución del mismo. 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.

Material

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), la de la construcción del sí mismo mediante la Técnica de Rejilla de Constructos Personales aplicada a diferentes aspectos del sí mismo (Kelly, 1955/1991); por último, el estado sintomático se evaluó mediante la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (*Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*) (Peralta y Cuesta, 1994). 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, 1997). Según Giner *et al.* (1995, p.12) la idea central de la que se partió para la construcción del cuestionario fue que “la calidad de vida se debía entender como el impacto subjetivo de cualquier acontecimiento en un paciente concreto y en un momento concreto”. Esta concepción expresa la calidad de vida como un concepto multidimensional que se centra en la perspectiva de la persona de acuerdo con la propuesta de García Montes y Pérez-Alvarez (2003). En

este sentido, la calidad de vida se concibe como una evaluación cognitiva y afectiva de la situación de sí mismo percibida por el paciente en un momento determinado. Se concibe una evaluación de un tratamiento psicológico en el que se incluye, desde este cuestionario junto con la técnica de la rejilla (Kelly, 1955/1991), un tratamiento psicológico que circunscribe el contexto cultural y social del cliente (García Montes y Pérez-Alvarez, 2003). El CSCV 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 de 1 (completo desacuerdo) a 5 (completo acuerdo) (Giner *et al.*, 1997, 2001; Seoane, 1999). La Escala favorable consta de 13 ítems que valoran tres dimensiones principales: satisfacción vital, armonía y autoestima; la Escala desfavorable consta de 46 ítems que agrupan otras tres dimensiones principales: inhibición, incompreensión e irritación (Giner *et al.*, 1997, 2001). La fiabilidad es adecuada ($\alpha = 0,85$ 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, 1999). El CSCV también es sensible a los cambios clínicos que se producen en los pacientes con trastorno esquizofrénico (Bobes *et al.*, 2001).

La técnica de evaluación utilizada para explorar la construcción del sí mismo fue la Técnica de Rejilla de Constructos Personales aplicada a diferentes aspectos del sí mismo. La Técnica de Rejilla fue creada por Kelly (1955/1991) y en su variedad de formas permite explorar el modo en que una persona da sentido a su mundo en sus propios términos (Botella y Feixas, 1998; Feixas y Villegas, 2000). Puede adoptar diversas formas, por lo que cada una de ellas puede tener diferentes criterios de bondad (Feixas y Cornejo, 1996). La rejilla es la técnica de evaluación psicológica más utilizada en el área de las investigaciones fundamentadas en la terapia de constructos personales (Botella y Feixas, 1998; Feixas y Cornejo, 1996; Feixas y Villegas, 2000). En nuestra investigación el diseño de la rejilla contempla la provisión de una lista de ocho elementos del sí mismo proporcionados por el investigador: «yo antes del trastorno», «yo con los síntomas», «yo con los demás», «yo con mi familia», «yo con mi madre», «yo con mi padre», «yo ideal» y «yo actual». El propósito del presente estudio requirió realizar comparaciones inter-sujeto, motivo por el que se establecieron los elementos estándar apriorísticamente. La selección de los ocho elementos antedichos viene determinada en base al interés de estudiar la repercusión del tratamiento grupal en la construcción del sí mismo. En la fiabilidad de elicitación se halló un porcentaje satisfactorio (77%) de repetición en el intervalo de una semana de personas elicidadas a partir de listas de roles con una muestra de 38 sujetos (Pedersen, 1958). En la fiabilidad de la elicitación, la revisión de Bonarius (1965) indica coeficientes que van desde 0,61 a 0,95 y porcentajes de similitud favorables desde 47,70% al 69% con diferentes procedimientos e intervalos de tiempo. Respecto a la validez, presenta una indudable sensibilidad al cambio (Feixas y Cornejo, 1996; Rivas y Marco, 1985).

La Escala de Síndromes Positivo y Negativo (*The Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*) fue desarrollada por Kay, Fiszbein y Opler en 1987 y está basada en la *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* de Overall y Gorham (1962), muchos de cuyos ítems incluye. Kay *et al.* (1987) desarrollaron la PANSS en un intento de 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 una fiabilidad interobservador de 0,71 y 0,80, para las escalas positiva y negativa, respectivamente; en la escala de psicopatología general, el acuerdo fue moderado. La consistencia interna de la escala positiva resultó moderada (0,62) y la de la escala negativa elevada (0,92); la escala de psicopatología general presentó una consistencia interna modesta (0,55) (Peralta y Cuesta, 1994). 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 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 Técnica de Rejilla de elementos del sí mismo, de la PANSS y una carta de consentimiento informado sobre los objetivos del estudio y la confidencialidad de los datos personales. Este último se entregó a los participantes y fue firmado por los mismos en la primera evaluación.
- Fase 3: inicio del tratamiento grupal. Dicho tratamiento estuvo conducido por una psicóloga, un psiquiatra y una asistente social. Tuvo una frecuencia semanal, con sesiones de 1 hora, y una duración de 24 meses. Los objetivos generales del programa de intervención psicosocial grupal fueron aumentar la red social, mejorar las relaciones sociales, mejorar las habilidades sociales de conversación (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), identificar los síntomas previos a una recaída

para poder prevenirla y poder actuar de forma inmediata para evitar el ingreso, expresar dificultades y problemas, reconocer las limitaciones y las capacidades, y aumentar la conciencia de enfermedad. La estructura del programa de intervención psicosocial fue la siguiente. Inicialmente se realizaron 6 sesiones informativas que incluyeron los siguientes temáticas: a) definición del trastorno esquizofrénico y sintomatología, b) causas del trastorno esquizofrénico, c) la medicación y los efectos secundarios, d) prevención de recaídas; e) la familia y la importancia de la red de apoyo social, y f) los recursos comunitarios y vías de acceso. A partir de la séptima sesión, las intervenciones grupales estuvieron dirigidas a potenciar los siguientes factores: favorecer y potenciar el feedback entre los miembros del grupo, ofrecer un espacio en el cual poder expresar sus ansiedades y preocupaciones, con la finalidad de poder llegar a una mejor comprensión de sí mismo, evitando la crítica y el juicio, fomentar la cohesión del grupo, aumentar la conciencia de enfermedad, evitar el deterioro que comporta el aislamiento y la inactividad característica de los pacientes con trastorno esquizofrénico, adquisición de responsabilidades de forma progresiva y aprender a organizarse el tiempo.

- Fase 4: segunda evaluación. Esta cuarta fase correspondió a la evaluación al cabo de 12 meses del inicio de la intervención. Dicha entrevista incluyó la administración del CSCV, de la Técnica de Rejilla de elementos del sí mismo y de la PANSS.
- 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.
- Fase 6: corrección de los instrumentos de medida (CSCV, Rejilla de elementos del sí mismo 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

Resultados intergrupo en la primera administración

En la administración pre-tratamiento entre el grupo tratamiento y el grupo control sólo hubo diferencias estadísticamente significativas correspondientes a una mayor sintomatología positiva, negativa y psicopatología general en el grupo tratamiento en comparación con el grupo control (véase la Tabla 2). La mayor gravedad sintomática en el grupo tratamiento comporta que si se obtienen cambios como resultado de la intervención, éstos sean aún más significativos de lo que serían si no existiera esa diferencia. También se diferenciaron (aunque no de forma estadísticamente significativa) respecto a la complejidad cognitiva, en el sentido de que el grupo tratamiento presentó un sistema de construcción del sí mismo monolítico (integración = 0,50 y diferenciación = 0,20) y el grupo control presentó un sistema de construcción del sí mismo simple (integración = 0,40 y diferenciación = 0,17).

TABLA 2. Prueba *U* de Mann-Whitney de la primera administración (antes del inicio de la intervención psicosocial) entre el grupo tratamiento y el grupo control.

<i>Variables</i>		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Integración	GT	0,54	0,25	18,33	-1,765	0,078
	GC	0,37	0,22	12,67		
Diferenciación	GT	0,22	0,22	16,93	-0,894	0,371
	GC	0,16	0,15	14,07		
Intensidad constructos	GT	0,29	0,13	15,80	-0,187	0,852
	GC	0,30	0,16	15,20		
Intensidad elementos	GT	0,36	0,15	16,10	-0,374	0,709
	GC	0,34	0,16	14,90		
Correlación media yo ideal	GT	0,57	0,24	16,40	-0,562	0,574
	GC	0,55	0,19	14,60		
Total puntuación favorable	GT	2,82	1,07	12,60	-1,804	0,071
	GC	3,50	0,86	18,40		
Total puntuación desfavorable	GT	2,20	0,66	13,57	-1,203	0,229
	GC	2,51	0,80	17,43		
Puntuación total CSCV	GT	0,61	1,59	14,27	-0,767	0,443
	GC	0,98	1,37	16,73		
PANSS-P	GT	27,93	6,04	19,43	-2,452	0,013*
	GC	21,60	5,82	11,57		
PANSS-N	GT	28,33	5,70	19,23	-2,329	0,020*
	GC	23,46	5,78	11,77		
PANSS-PG	GT	54,00	8,18	18,70	-1,993	0,046*
	GC	46,00	10,35	12,30		

NOTA. GT = grupo tratamiento; GC = grupo control.

* $p < 0,05$

Resultados intergrupo en la segunda administración

Al cabo de 12 meses del inicio de la intervención psicosocial (véase la Tabla 3), los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas para la intensidad de los constructos de la rejilla. El grupo tratamiento presentó mayor intensidad en el sistema de construcción del sí mismo ($M = 0,44$) que el grupo control ($M = 0,33$), aunque dicho sistema siguió siendo laxo, es decir, las interrelaciones entre constructos fueron débiles. En cuanto a la complejidad cognitiva, ambos grupos presentaron un sistema de construcción del sí mismo simple. Respecto a las escalas favorable, desfavorable y la puntuación total de calidad de vida, así como las subescalas de la PANSS no se observaron cambios estadísticamente significativos entre los dos grupos (véase la Tabla 3).

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

<i>Variables</i>		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Integración	GT	0,38	0,22	18,03	-1,578	0,115
	GC	0,28	0,17	12,97		
Diferenciación	GT	0,16	0,22	15,00	-0,313	0,755
	GC	0,11	0,13	16,00		
Intensidad constructos	GT	0,44	0,12	19,67	-2,596	0,009**
	GC	0,32	0,13	11,33		
Intensidad elementos	GT	0,43	0,19	16,93	-0,893	0,372
	GC	0,35	0,13	14,07		
Correlación media yo ideal	GT	0,61	0,27	15,90	-0,249	0,803
	GC	0,61	0,18	15,10		
Total puntuación favorable	GT	3,42	0,98	14,77	-0,456	0,648
	GC	3,51	0,99	16,23		
Total puntuación desfavorable	GT	1,91	0,57	12,57	-1,825	0,068
	GC	2,48	0,82	18,43		
Puntuación total CSCV	GT	1,51	1,53	17,20	-1,058	0,290
	GC	1,02	1,42	13,80		
PANSS-P	GT	22,60	5,50	16,93	-0,896	0,370
	GC	20,93	5,40	14,07		
PANSS-N	GT	25,46	5,66	18,07	-1,606	0,108
	GC	22,86	5,43	12,93		
PANSS-PG	GT	47,86	10,47	17,10	-0,997	0,319
	GC	44,60	9,16	13,90		

NOTA. GT = grupo tratamiento; GC = grupo control.

** $p < 0,01$

Resultados intergrupo en la tercera administración

Al cabo de 24 meses del inicio de la intervención la comparación de medias entre ambos grupos evidenció los mismos resultados que a los 12 meses de su inicio. Hubo diferencias estadísticamente significativas para la intensidad de los constructos de la rejilla de elementos del sí mismo (véase la Tabla 4), siendo mayor para el grupo tratamiento. Los resultados de las restantes características estructurales del sistema de construcción del sí mismo se mantuvieron estables de los 12 a los 24 meses en el grupo tratamiento en comparación con el grupo control. En consecuencia, los dos grupos siguieron presentando un sistema de construcción del sí mismo simple. Respecto a la calidad de vida, las escalas del CSCV no resultaron estadísticamente significativas. Las subescalas de la PANSS tampoco obtuvieron cambios estadísticamente significativos (véase la Tabla 4).

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

<i>Variables</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Integración	GT 0,47	0,26	17,97	-1,536	0,125
	GC 0,32	0,24	13,03		
Diferenciación	GT 0,13	0,17	14,37	-0,709	0,478
	GC 0,13	0,12	16,63		
Intensidad constructos	GT 0,47	0,14	19,50	-2,494	0,013*
	GC 0,33	0,13	11,50		
Intensidad elementos	GT 0,45	0,20	17,93	-1,515	0,130
	GC 0,34	0,14	13,07		
Correlación media yo ideal	GT 0,64	0,32	17,90	-1,494	0,135
	GC 0,56	0,17	13,10		
Total puntuación favorable	GT 3,51	0,93	16,07	-0,354	0,723
	GC 3,40	0,51	14,93		
Total puntuación desfavorable	GT 1,90	0,50	12,37	-1,952	0,051
	GC 2,36	0,66	18,63		
Puntuación total CSCV	GT 1,61	1,40	17,57	-1,287	0,198
	GC 1,04	1,00	13,43		
PANSS-P	GT 21,80	5,87	16,30	-0,499	0,618
	GC 20,80	5,38	14,70		
PANSS-N	GT 23,40	4,11	16,97	-0,917	0,359
	GC 22,53	4,85	14,03		
PANSS-PG	GT 46,40	10,2	16,47	-0,603	0,547
	GC 44,13	8,97	14,53		

NOTA. GT = grupo tratamiento; GC = grupo control.

* $p < 0,05$

Resultados intragrupal entre la primera y la segunda administración del grupo tratamiento

De los resultados de la rejilla, la característica estructural integración resultó significativamente menor al cabo de 12 meses de intervención psicosocial. Esta disminución explica la evolución del sistema de construcción del sí mismo monolítico a simple en el grupo tratamiento. La intensidad de los constructos también fue estadísticamente significativa, de modo que en la segunda administración hubo mayor interrelación entre constructos que en la primera. Respecto a los resultados de las escalas del CSCV, el grupo tratamiento obtuvo una mejor calidad de vida al cabo de 12 meses del inicio de la intervención señalada por el incremento en el total de la puntuación favorable, la disminución en el total de puntuación desfavorable y el incremento en la puntuación total del CSCV. Todas las escalas de la PANSS reflejaron que el estado sintomático del grupo tratamiento mejoró a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial grupal (véase la Tabla 5).

TABLA 5. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon entre la primera (antes del inicio de la intervención psicosocial) y la segunda administración (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) del grupo tratamiento.

<i>Variables</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	
Par 1	Integración 1	0,54	0,25	7,77	-2,073	0,038*
	Integración 2	0,38	0,22	6,50		
Par 2	Diferenciación 1	0,22	0,22	7,33	-0,848	0,396
	Diferenciación 2	0,16	0,22	7,80		
Par 3	Intensidad constructos 1	0,29	0,13	7,50	-2,354	0,019**
	Intensidad constructos 2	0,44	0,12	7,50		
Par 4	Intensidad elementos 1	0,36	0,15	5,75	-1,131	0,258
	Intensidad elementos 2	0,43	0,19	8,81		
Par 5	Correlación media yo ideal 1	0,57	0,24	6,71	-0,345	0,730
	Correlación media yo ideal 2	0,61	0,27	8,29		
Par 6	Total puntuación favorable 1	2,82	1,07	2,00	-3,171	0,002**
	Total puntuación favorable 2	3,42	0,98	7,92		
Par 7	Total puntuación desfavorable 1	2,20	0,66	8,96	-2,701	0,007**
	Total puntuación desfavorable 2	1,91	0,57	4,17		
Par 8	Puntuación total CSCV 1	0,61	1,59	1,00	-3,352	0,001***
	Puntuación total CSCV 2	1,51	1,53	8,50		
Par 9	PANSS-P 1	27,93	6,04	8,25	-3,157	0,002**
	PANSS-P 2	22,60	5,50	4,50		
Par 10	PANSS-N 1	28,33	5,70	8,73	-2,751	0,006**
	PANSS-N 2	25,46	5,66	3,00		
Par 11	PANSS-PG 1	54,00	8,18	7,79	-2,578	0,010**
	PANSS-PG 2	47,86	10,48	5,75		

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Resultados intragrupal entre la segunda y la tercera administración del grupo tratamiento

En la comparación entre la segunda y la tercera administración, tanto los resultados de la rejilla como del CSCV se mantuvieron estables. Respecto al estado sintomático se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la escala *PANSS-P* y en la escala *PANSS-N* (véase la Tabla 6).

TABLA 6. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon entre la segunda (a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial) y la tercera administración (a los 24 meses del inicio de la intervención psicosocial) del grupo tratamiento.

<i>Variables</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	
Par 1	Integración 2	0,38	0,22	5,50	-0,979	0,328
	Integración 3	0,43	0,26	6,29		
Par 2	Diferenciación 2	0,16	0,22	5,90	-0,830	0,407
	Diferenciación 3	0,13	0,17	3,88		
Par 3	Intensidad constructos 2	0,44	0,12	5,50	-1,469	0,142
	Intensidad constructos 3	0,47	0,14	6,19		
Par 4	Intensidad elementos 2	0,43	0,19	6	-1,868	0,062
	Intensidad elementos 3	0,45	0,20	6		
Par 5	Correlación media yo ideal 2	0,61	0,27	4,88	-0,816	0,415
	Correlación media yo ideal 3	0,64	0,32	5,92		
Par 6	Total puntuación favorable 2	3,42	0,98	5	-1,100	0,271
	Total puntuación favorable 3	3,51	0,93	10		
Par 7	Total puntuación desfavorable 2	1,91	0,57	7,11	-0,722	0,470
	Total puntuación desfavorable 3	1,90	0,50	8,20		
Par 8	Puntuación total CSCV 2	1,51	1,53	6,00	-0,682	0,495
	Puntuación total CSCV 3	1,61	1,40	10,29		
Par 9	PANSS-P 2	22,60	5,50	4,71	-2,154	0,031*
	PANSS-P 3	21,80	5,87	3		
Par 10	PANSS-N 2	25,46	5,66	7,81	-3,112	0,002**
	PANSS-N 3	23,40	4,11	3,50		
Par 11	PANSS-PG 2	47,86	10,48	6,67	-1,733	0,083
	PANSS-PG 3	46,40	10,21	12,50		

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Discusión

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 disminuyendo progresivamente a lo largo de los dos años de intervención psicosocial, aspecto que demuestra la validez del tratamiento. En cuanto a la complejidad cognitiva cabe destacar que el grupo tratamiento presentaba antes del inicio de la intervención psicosocial un sistema de construcción del sí mismo monolítico. En este punto cabe señalar que los estudios que prosiguieron a los de Bannister coinciden en señalar que los sistemas de construcción de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia se caracterizan por su fragmentación, pero cuando se especifica el subtipo paranoide, como en la propuesta de Lorenzini, Sassaroli y Rochi (1989), el sistema de construcción del sí mismo diverge, tal como se aprecia en nuestra investigación. En los resultados intergrupales al cabo de 12 meses del inicio de la intervención sólo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para la intensidad de los constructos. Aunque los miembros del grupo tratamiento presentaron una media mayor, en consonancia con

los resultados obtenidos por Bannister (1960, 1962), Haynes y Phillips (1973a, 1973b), Leitner (1981) y Radley (1974), el sistema de constructos del sí mismo siguió siendo laxo. En este sentido, la media del índice de intensidad de los constructos del grupo tratamiento indicó una escasa multidimensionalidad en la construcción del sí mismo. En un estudio previo (Gallifa y Botella, 2000) demostramos que el sistema de constructos de una persona es más complejo cuando se refiere a áreas en las que es experto que cuando no. Utilizando un paralelismo, se podría hipotetizar que los pacientes con trastorno esquizofrénico paranoide presentan una inexperiencia en la definición e integración de su identidad, aunque dicha hipótesis no se sustenta en los datos presentados en este estudio y debería someterse a futuras investigaciones. En cuanto a los resultados intergrupales al cabo de 24 meses del inicio de la intervención psicosocial el grupo tratamiento presentó un sistema de construcción del sí mismo menos laxo, según la intensidad de los constructos, es decir, las interrelaciones entre constructos fueron más elevadas, aspecto que coincide con los hallazgos de Leitner (1981) sobre el sistema de construcción laxo en la esquizofrenia. Respecto a la complejidad cognitiva, el grupo tratamiento mantuvo el sistema de construcción del sí mismo simple. De acuerdo con Winter (1992), si bien la complejidad cognitiva facilita las relaciones sociales, eso no implica que un elevado nivel de complejidad sea más conducente a un ajuste psicológico que un sistema de construcción del sí mismo de muy bajo nivel en complejidad cognitiva.

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. El aumento de la intensidad de los constructos al cabo de 12 meses del inicio de la intervención psicosocial nos indica una mayor anticipación de las conductas de los demás en el grupo tratamiento, ya que su sistema de construcción fue en principio laxo y posteriormente presentó menor laxitud. La disminución de la integración al cabo de 12 meses implicó un cambio en la complejidad cognitiva. Los resultados obtenidos en cuanto a la simplicidad del sistema de construcción del sí mismo coinciden con Lorenzini *et al.* (1989) pero se contraponen a los hallazgos de Klion (1988) en los que se señalaba que los pacientes con trastorno esquizofrénico presentan un sistema de construcción del sí mismo fragmentado. Si este resultado se interpreta a la luz de las mejoras halladas en la calidad de vida, se observa que el grupo tratamiento presentó menor integración y diferenciación en la construcción de la experiencia, pero mayor calidad de vida subjetiva al cabo de 12 meses del inicio de la intervención. Este resultado implicaría no promover un sistema de construcción del sí mismo complejo como uno de los objetivos en la intervención psicosocial grupal para los pacientes con trastorno esquizofrénico paranoide. Respecto a los resultados de la PANSS, todas las escalas fueron estadísticamente significativas, indicando un descenso de la sintomatología de la primera a la segunda administración. Este aspecto concuerda con los hallazgos de Bark *et al.* (2003), ya que las diferencias estadísticamente significativas 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 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.

En la comparación intragrupal entre la segunda y la tercera administración del grupo tratamiento, las características estructurales del sistema de construcción del sí mismo se mantuvieron al cabo de 24 meses del inicio de la intervención. Estos resultados indican que la intervención psicosocial grupal proporcionó la estabilidad del sistema de constructos del sí mismo de los participantes desde los 12 meses de su inicio hasta los 24 meses. La correlación media del yo ideal no fue estadísticamente significativa, pero indicó una mejora a través del tiempo que se considera un cambio clínico, ya que también valora la autoestima. Pero este resultado debe considerarse con precaución ya que Space y Cromwell (1978) y Winter (1975) indicaron que los pacientes con trastorno esquizofrénico presentaban una visión del sí mismo y de los otros significativos extremadamente favorable. 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 Cirici (2002), se destaca de nuevo la validez del tratamiento combinado en la medida en que mejoraron los síntomas positivos y negativos del grupo tratamiento.

Las conclusiones que derivan de este estudio se presentan a través de las variables evaluadas durante los dos años de intervención psicosocial grupal. De este modo, a través de la evaluación de la construcción del sí mismo concluimos que:

- Los pacientes con trastorno esquizofrénico paranoide muestran una inexperiencia en la definición e integración de su identidad, tanto a los 12 meses del inicio de la intervención psicosocial grupal como a los 24 meses, presentando un sistema de construcción del sí mismo simple.
- Teniendo en cuenta el punto anterior, no estaría indicado promover un sistema de construcción del sí mismo complejo como uno de los objetivos de la intervención psicosocial grupal en personas que sufren un trastorno esquizofrénico paranoide, ya que derivaría en una disminución de la calidad de vida subjetiva.
- La intervención psicosocial grupal influyó en la disminución de la laxitud (aumento de la interrelación entre constructos) de los participantes del grupo tratamiento, por lo que permitió una mejora en cuanto a la anticipación y predicción de los acontecimientos, tanto a los 12 meses del inicio de dicha intervención como al cabo de 24 meses de inicio de la misma.
- A lo largo de los 24 meses de intervención psicosocial grupal, la correlación media del yo ideal indicó un cambio clínico mostrando una mejora en la valoración del sí mismo y, consecuentemente, en la autoestima.

A partir de la evaluación de la calidad de vida subjetiva concluimos que:

- 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.

- Teniendo en cuenta los resultados sobre la construcción del sí mismo y la calidad de vida, se observa que la construcción laxa de los roles sociales no influye en la satisfacción y el bienestar subjetivo en los participantes del grupo tratamiento.

A partir de la evaluación del estado sintomático concluimos que:

- 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.

Como conclusión final cabe señalar que la mayor proporción de cambios estadísticamente significativos se dieron en la comparación de medias intragrupalas. 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. Por lo tanto, 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, la construcción del sí mismo y el estado sintomático. En este sentido, tal como indican Virués-Ortega y Haynes (2005), estaría indicado analizar los resultados de la intervención mediante el análisis funcional, que permitiría alcanzar otra de las metas del presente estudio: ilustrar las variables que afectan a los objetivos del tratamiento y guiar las decisiones sobre qué variables debe seleccionarse e incluirse en el tratamiento grupal en este caso. Dicha posibilidad se apunta como propuesta de investigación futura.

Referencias

- Álvarez, E. (2002). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 18, 18-26.
- Bannister, D. (1960). Conceptual structure in thought-disordered schizophrenics. *Journal of Mental Science*, 106, 1230-1249.
- Bannister, D. (1962). The nature and measurement of schizophrenic thought disorder. *Journal of Mental Science*, 108, 825-842.
- Bark, N., Reuheim, N., Huq, F., Khalderov, V., Watras, Z. y Medalia, A. (2003). The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63, 229-235.
- Bellack, A.S. y Mueser, K.T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317-336.
- Bobes, J., González, M.P., Fernández, J., Bascarán, M., Sáiz, P., Martínez, S., Sánchez, A. y Bousoño, M. (2001). Calidad de vida relacionada con el tratamiento antipsicótico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29 (supl.1), 46-50.

- Bonarius, H. (1965). Research in the personal construct theory of George A. Kelly: Role construct repertory test and basic theory. En B.A. Mahrer (Ed.), *Progress in experimental personality research (Vol.2)* (pp. 313-318). Nueva York: Academic Press.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- 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, 33-38.
- Cohí, A. (1990). Estudio comparativo de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos según la condición del tratamiento. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 201-218.
- Cramer, J., Rosenheck, R., Xu, W., Henderson, W., Thomas, J. y Charney, D. (2001). Detecting improvement in quality of life and symptomatology in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 227-234.
- Feixas, G. y Cornejo, J.M. (1996). *Manual de la técnica de la rejilla mediante el programa RECORD V.2.0* (2ª ed. rev.). Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia* (3ª ed. rev.). Bilbao: Desclée.
- Gallifa, J. y Botella, L. (2000). The structural quadrants method: A new approach to the assessments of construct system complexity via the Repertory Grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 13, 1-26.
- Gara, M.A., Rosenberg, S. y Cohen, B.D. (1987). Personal identity and the schizophrenic process. *Psychiatry*, 50, 267-269.
- García Montes, J.M. y Pérez-Alvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 107-122.
- Giner, J., Baca, E., Bobes, J., Ibáñez, E., Leal, C. y 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, 313-319.
- Giner, J., Baca, E., Bobes, J., Ibáñez, E., Leal, C. y 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., Sanmartín, A. y Caballero, R. (2001). Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 233-242.
- Haynes, E.T. y Phillips, J.P.N. (1973a). Inconsistency, loose construing and schizophrenic thought disorder. *British Journal of Psychiatry*, 123, 209-217.
- Haynes, E.T. y Phillips, J.P.N. (1973b). Schizophrenic thought disorder, loose construing, personal construct theory and scientific research. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 323-324.
- Huxley, N., Rendall, M. y Sederer, L. (2000). Psychosocial treatments in schizophrenia. A review of the past 20 years. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 144, 187-201.
- Jiménez, J.F. y Maestro, J.C. (2002). Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, 2, 29-37.
- Kannas, N. (1986). Group therapy with schizophrenics: A review of controlled studies. *International of Group Psychotherapy*, 36, 339-351.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. y Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kelly, G.A. (1955/1991). *The Psychology of Personal Constructs (Vols. 1 y 2)*. Londres: Routledge.
- Klion, R.E. (1985). The construing of schizophrenic and non-schizophrenic psychiatric in-patients. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 439-447.

- Klion, R.E. (1988). Construct system organization and schizophrenia: The role of construct integration. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 439-447.
- Lauer, G. (1994, abril). *The quality of life: Psychopathology and neuroleptics*. Ponencia presentada en el 7th Symposium Europeo de la Asociación de Psiquiatras Europeos. Viena, Austria.
- Leal, C., Cervera, S., Giner, J., Ibáñez, E., Baca, E. y 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. (1988). Quality of Life Interview for the chronic mental illness. *Evaluation and Programm Planning*, 11, 51-62.
- Leitner, L.M. (1981). Psychopathology and the differentiation of values, emotions, and behaviours: A repertory grid study. *British Journal of Psychiatry*, 138, 147-153.
- Lorenzini, R., Sassaroli, S. y Rocchi, M.T. (1989). Schizophrenia and paranoia as solutions to predictive failure. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 417-432.
- Malm, U., May, P. y Dencker, S.J. (1981). Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: A checklist. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 477-487.
- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Overall, J. y Gorham, D. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Pedersen, F.A. (1958). *Consistency data on the role construct repertory test*. Manuscrito no publicado.
- Peralta, V. y 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. y Lehman, A.F. (1995). Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 46, 1161-1165.
- Radley, A.R. (1974). Schizophrenic thought disorder and the nature of personal constructs. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 315-328.
- Ramos-Alvarez, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2006). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 773-787.
- Rivas, F. y Marco, R. (1985). *Evaluación conductual subjetiva: La técnica de rejilla*. Valencia: Centro Editorial de Publicaciones y Servicios Universitarios.
- Seoane, J. (1999). Estilos y tipos de calidad de vida en el Cuestionario Sevilla. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 245-249.
- Space, L.G. y Cromwell, R.L. (1978). Personal constructs among depressed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 150-158.
- Tampier, R. (1994). *Quality of life and social integration: A comparative study*. Ponencia presentada en el 7th Simposium Europeo de la Asociación de Psiquiatras Europeos. Viena, Austria.
- Valencia, M., Ortega, H., Rascón, M. y Gómez, L. (2002). Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 358-369.
- Virúes-Ortega y Haynes, S. (2005). Functional análisis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 567-587.

- Winter, D.A. (1975). Some characteristics of schizophrenics and their parents. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 279-290.
- Winter, D.A. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice. Theory, research and applications*. Londres: Routledge.