

DEPARTAMENT PSICOLOGIA BÀSICA

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES CON
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS: VALIDACIÓN DE UN
PROGRAMA PARA PACIENTES CRÓNICOS

SILVIA AMPARO NAVARRO FERRAGUD

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2009

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 19 de novembre de 2008 davant un tribunal format per:

- D. Gualberto Buela Casal
- D. Héctor Monterde i Bort
- D^a. María Icía Iruarrizaga Díez
- D. Manuel Mariano Vera Martínez
- D. Mariano Chóliz Montañes

Va ser dirigida per:

D. Enrique J. Carbonell Vaya

D. Francisco José Santolaya Ochando

©Copyright: Servei de Publicacions
Silvia Amparo Navarro Ferragud

Depòsit legal:

I.S.B.N.:978-84-370-7439-9

D.L.:V-1328-2009

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115



TESIS DOCTORAL

**“ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES
SOCIALES CON PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS:
VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA PARA
PACIENTES CRÓNICOS”**

Presentada por:

Silvia Navarro Ferragud

Dirigida por:

Dr. Enrique Carbonell Vaya

Dr. Francisco José Santolaya Ochando

Valencia, 2008



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA BÁSICA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES CON
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS:**

**VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA PARA PACIENTES
CRÓNICOS”**

**Tesis Doctoral presentada por la licenciada Silvia Navarro Ferragud para
optar al Grado de Doctora en Psicología.**

Valencia, 2008

Agradecimientos

En primer lugar quisiera dedicar un agradecimiento a la Facultad de Psicología de Valencia y en especial al Tercer Ciclo por el apoyo institucional que me ha brindado durante mi formación como investigadora.

Gracias al Dr. Rafael Muñoz, gracias Rafa por tu ayuda personal, por tu amistad y tu amabilidad de siempre, por estar ahí cuando te llamo o realizo una petición, por tu colaboración en la muestra de mi estudio piloto, en dedicación de tiempo, por el material que me prestas en libros, información e incluso por todo lo que me enseñas cada vez que te lo pido.

Gracias a los Centros de Enfermos Mentales (CEEM) y al Convenio que se realizo con la Universidad a través de la OTRI, porque ellos han hecho posible la realización de este trabajo. Dando su colaboración durante más de un año y por haber brindado parte de su tiempo en el largo camino. Tanto durante el período de evaluación, pase de pruebas como de la realización y la organización de los tiempos, en proporcionarme los despachos y aulas de taller para la aplicación tanto a la hora del pase pruebas como la de la aplicación del programa de Habilidades Sociales.

Por supuesto agradecer la colaboración tanto a los directores de los Centros como a los psicólogos y trabajadores sociales, que en todo momento me han hecho sentir en mi larga estancia en ellos de forma muy especial, casi familiar tratándome como parte de su equipo. Gestionando las horas y fechas en las cuales me esperaban para colaborar de forma intensa en el trabajo que realizaba. Pruebas de evolución, aplicación del programa, salidas con algunos usuarios, búsqueda de información para recabar la historia de los usuarios y un largo etcétera que no se puede describir. Por todo ello, gracias.

Gracias a la colaboración de psicólogas en practicas que empezaron siendo alumnas de 5º Curso y finalizaron siendo ya psicólogas. A ti Andrea te agradeceré infinitamente tu colaboración anual y apoyo incondicional durante todo el proceso de valoración, tu inmenso soporte y los largos caminos

recorridos juntas, mi fiel colaboradora durante todo este largísimo proceso. Por acompañarme cada día de la semana a los Centros con los usuarios, las historias, los protocolos, las evaluaciones y sobretodo por involucrarte en compartir conmigo la ilusión de este trabajo.

A Miguel porque en la recta final de la tesis me ha dado aliento, soporte y colaboración para mantener mi ilusión y no desfallecer en la meta final de la escritura. Gracias por el apoyo moral que me brindas en cada acto de comunicación contigo en este último período, por la cooperación, tú tiempo y trabajo invertido.

Por otro lado, me gustaría destinar unas líneas a expresar mi agradecimiento a todas las personas que, además de haber hecho posible este trabajo, han formado parte de mi vida acompañando cada momento de este proceso tan especial. A vosotros los usuarios que de una forma ilusionada habéis permanecido de forma continúa en el estudio, esperando que yo llegara para contarme y disfrutar de las sesiones. Además de veros contentos en todos esos momentos junto con mis colaboradoras externas.

A mis directores de tesis, por una parte al Dr. Enrique J. Carbonell porque hace muchos años desde el 2002 has estado ahí para mis cambios y deseos de nuevos campos de Investigación. Por otra parte a mi director el Dr. Francisco J. Santolaya porque desde un principio en cuanto le informe de que deseaba que formara parte de mi proyecto de Investigación se ofreció y deposito toda su confianza en mí durante todo este tiempo. Tu apoyo inestimable durante estas etapas de mi formación ha mantenido mi ilusión por el trabajo diario con los usuarios. Gracias Paco, por haberme dado esta oportunidad y acompañado durante todo este tiempo con tanto cariño y paciencia. Tu dedicación ha sido enorme y te estaré siempre agradecida. Eres una persona altamente motivadora, a la hora de la realización de un trabajo arduo haces que parezca sencillo por tu gran experiencia.

Gracias de nuevo de forma especial a Andrea, al personal de los CEEM como son Susana, Gemma, Eva, Enrique, Carmen, Rubén, Rosa, Laura, Encarni, Aroa, Marisa, como al personal colaborador de la Universidad que empezaron como estudiantes y ya son psicólogos como José Luis, Nancy y Ana Bea. A otros muchos que participaron y que de un día para otro ya no estuvieron en la realización del proyecto por circunstancias personales.

Gracias a mi familia, especialmente a mis hijos, Aida y Álvaro que han sufrido en ocasiones la ausencia y distancia de mi presencia en momentos puntuales.

Finalmente gracias a mi familia política que cada vez que les llamo están ahí.

A mis padres y a Luis, porque me han enseñado que la constancia es lo que mantiene la fuerza para llegar al final. Ellos se sienten muy orgullosos con mis éxitos.

INDICE GENERAL

I.- INTRODUCCIÓN.....	2
1.1. Introducción a la esquizofrenia	
1.1.1. Breve referencia a la historia de la esquizofrenia.....	5
1.1.2. Criterios del diagnóstico y unificación en la clasificación de la esquizofrenia para conseguir término científico.....	10
1.1.3. Estudios Internacionales.....	37
1.1.3.1. Plan Internacional en Salud Mental.....	43
1.1.4. Relaciones entre la esquizofrenia y el abuso de sustancias tóxicas.....	48
1.1.4.1. Abuso de las drogas	48
1.1.4.2. Existencia de la patología dual.....	49
1.1.4.3. Aumento de la marginación social	50
1.1.4.4. Esquizofrenia y suicidio.....	54
1.1.5. Etiología sobre el origen de la esquizofrenia.....	55
1.1.6. Desarrollo del plan de salud en la Comunidad Valenciana.....	65
1.1.6.1. Plan de salud de la Comunidad Valenciana.....	65
1.1.6.2. Funciones del servicio de salud mental.....	66
1.1.6.3. Marco autonómico.....	67
1.1.6.4. Los recursos de prevención y rehabilitación social en enfermos mentales.....	69
1.1.6.5. Recursos sociales para personas con EMG.....	78
1.1.7. Resumen.....	85

1.2. Funcionamiento social, tratamientos e intervenciones en la esquizofrenia

1.2.1. El enfermo mental crónico	87
1.2.1.1. Características del enfermo mental crónico (EMC).....	88
1.2.1.2. Evaluación del funcionamiento social.....	93
1.2.1.3. Habilidades básicas de autonomía personal y social. Técnicas de comunicación y habilidades sociales.....	96
1.2.2. Habilidades sociales en la esquizofrenia.....	100
1.2.2.1. Definición.....	100
1.2.2.2. Hipótesis sobre el bajo funcionamiento social en la esquizofrenia.....	106
1.2.2.3. Estudios sobre el funcionamiento social de enfermos institucionalizados.....	107
1.2.3. Tratamientos e intervenciones en la esquizofrenia.....	112
1.2.3.1. Evolución del tratamiento.....	112
1.2.3.2. Tipos de intervención en pacientes esquizofrénico.....	116
1.2.3.3. Instrumentos para la evaluación.....	141
1.2.3.4. Evaluación de aspectos relevantes para el EHS.....	150
1.2.4. Entrenamiento en HHSS en pacientes esquizofrénicos: Eficacia en la intervención.....	153
1.2.4.1. Principales investigaciones realizadas.....	160
1.2.4.2. Conclusiones sobre la eficacia de la intervención.....	161
1.2.5. Programa de EHS para esquizofrénicos.....	163
1.2.6. Conclusiones.....	170

II.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	174
2.1. Planteamiento del problema y objetivos.....	175
2.2. Origen de la muestra.....	181
2.2.1. Procedencia y criterios.....	181
2.2.2. Sujetos seleccionados.....	183
2.3. Análisis estadístico.....	186
2.4. Material aplicado.....	187
2.4.1. Hoja de consentimiento.....	187
2.4.2. Hoja de recogida de datos.....	187
2.4.3. Pruebas confirmatorias.....	190
2.4.4. Pruebas evaluativas.....	191
2.4.5. Pruebas de satisfacción.....	201
2.5. Diseño de la investigación.....	202
2.5.1. El procedimiento.....	202
2.5.2. La evaluación.....	203
2.5.3. Aplicación de las pruebas mes de Marzo 2006.....	207
2.5.4. Proceso de intervención terapéutica.....	209
2.5.5. Aplicación del programa.....	213
2.6. Descripción demográfica de la muestra de estudio.....	225
2.6.1. Análisis descriptivo de la muestra: variables sociodemográficas.....	225
2.6.2. Datos generales.....	235
2.6.3. Datos laborales.....	240
2.6.4. Aspectos jurídicos.....	242
2.6.5. Datos psico-sociales.....	244
2.6.6. Datos familiares.....	251

III.- RESULTADOS.....	257
3.1. Valoración en las diferentes pruebas evaluadoras.....	258
3.1.1. Resultados globales.....	258
3.1.2. Prueba BPRS (escala de evaluación psiquiátrica).....	259
3.1.3. Prueba PAI (escala de síntomas negativos).....	263
3.1.4 Prueba observación directa (evaluación de habilidades sociales básicas).....	267
3.1.5. Prueba role-playing (evaluación de habilidades sociales básicas).....	274
3.1.6. Prueba cuestionario Sevilla de calidad de vida (percepción de la calidad de vida del usuario).....	281
3.1.7. Prueba diferencial semántico.....	284
3.2. Influencia de las variables socioeconómicas.....	288
3.2.1. Resultados globales de las pruebas.....	288
3.2.2. Efecto de algunas variables sociodemográficas en el role-playing (RP).....	290
3.2.3. Efecto de algunas variables sociodemográficas en el diferencial semántico (DS).....	294
3.2.4. Efecto de algunas variables sociodemográficas en la prueba de observación directa (OD).....	298
3.2.5. Efecto de algunas variables sociodemográficas en la prueba PAI.....	302
3.2.6. Efecto de algunas variables sociodemográficas en el “Brief Psychiatric Rating Scale” (BPRS)	306
3.2.7. Efecto de algunas variables sociodemográficas en la escala de calidad de vida de Sevilla (CV).....	310
3.3. Pruebas de Satisfacción.....	315
3.3.1. Pruebas de satisfacción del programa.....	315
3.3.2. Pruebas de satisfacción de usuarios.....	316

IV. DISCUSIÓN.....	317
V. CONCLUSIONES.....	327
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	330

Anexos

1. Hoja de consentimiento.....	360
2. Hoja de recogida de datos.....	361
3. Exámen cognoscitivo Mini-Mental de Lobo. Evalúa variable del déficit cognitivo.....	366
4. Escala de Trower. Observación directa.....	368
5. Role-playing (especifico) “adaptado” a estos internos.....	370
6. Diferencial semántico.....	376
7. Cuestionario de Sevilla de calidad de vida. C.S.C.V.....	379
8. Escala de evaluación psiquiátrica Overall-Gorhan-Rego.....	380
9. Datos psicopatológicos. Escala de síntomas negativos PAI.....	382
10. Grado de satisfacción del programa.....	383
11. Grado de satisfacción del usuario.....	384
12. Comprensión intelectual.....	385
13. Resumen teórico.....	388

INDICE DE TABLAS

INTRODUCCION

Tabla 1.1. Clasificación diagnóstica de la esquizofrenia en la CIE-10.....	13
Tabla 1.2. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia en la CIE-10 (Síntomas a-d).....	14
Tabla 1.3. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia en la CIE-10 (Síntomas e-h).....	15
Tabla 1.4. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia en la CIE-10 (Síntomas i).....	16
Tabla 1.5. Sistema clasificatorio en psicopatología de la esquizofrenia estudios comparativos DSM (APA) y los CIE (OMS).....	17
Tabla 1.6. Comparación del sistema clasificatorio DSM-I, DSM-II y CIE-6, CIE-8.....	18
Tabla 1.7. Clasificación DSM-III y <i>diferencias DSM-I y DSM-II</i>	19
Tabla 1.8. Clasificación del DSM-III-R.....	20
Tabla 1.9. Clasificación del DSM-IV y CIE-10.....	21
Tabla 1.10. Clasificación del DSM-IV y CIE-10. Diferencias entre DSM-IV y CIE-10.....	22
Tabla 1.11. CIE-10. Los cuatro principa/es subtipos de esquizofrenia.....	23
Tabla 1.12. Clasificación de los síntomas positivos.....	24
Tabla 1.13. Clasificación de los síntomas negativos.....	25
Tabla 1.14. Trastornos típicos de la enfermedad.....	26
Tabla 1.15. Síntomas más frecuentes de las formas agudas de la esquizofrenia.....	27
Tabla 1.16. Signos iniciales en el trastorno esquizofrénico.....	30
Tabla 1.17. Factores asociados con una mejor evolución a corto plazo de la esquizofrenia.....	36
Tabla 1.18. Factores asociados a peor pronóstico y evolución a corto plazo de la esquizofrenia.....	36

Tabla 1.19. Las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo en edades entre 15 y los 44 años (1990).....	37
Tabla 1.20. Discapacidad social de pacientes esquizofrénicos a los cinco años de seguimiento	40
Tabla 1.21. Evolución y pronóstico en porcentaje de pacientes en países en vía de desarrollo y países desarrollados.....	41
Tabla 1.22. Consecuencias para los portadores de esquizofrenia.....	53
Tabla 1.23. Factores de riesgo de suicidio asociados a la esquizofrenia.....	54
Tabla 1.24. Etiología de la esquizofrenia.....	55
Tabla 1.25. Factores de riesgo ambiental.....	57
Tabla 1.26. Modelo de vulnerabilidad yestrés.....	60
Tabla 1.27. Coste de la intervención comunitaria (IC).....	73
Tabla 1.28. Modalidades de la comunicación no verbal.....	97
Tabla 1.29. Factores de influencias (Bellack, 1992).....	101
Tabla 1.30. Áreas de evaluación del funcionamiento social (Clare y Birchwood, 1998).....	108
Tabla 1.31. Relaciones positivas o negativas entre habilidades sociales (HHSS), funcionamiento social (FS) y psicopatología (PS).....	109
Tabla 1.32. Ley general de sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril).....	115
Tabla 1.33. Componentes principales del tratamiento en la esquizofrenia...	124
Tabla 1.34. Resultados de recaídas en 2 años.....	156
Tabla 1.35. Resultados de recaídas en Intervención familiar en EE.....	156
Tabla 1.36. Resultados de la intervención en psicosis.....	156
Tabla 1.37. Comparaciones con respecto a la supresión del tratamiento farmacológico.....	157

MATERIAL Y METODOS

Tabla 2.1. Distribución de usuarios y por CEEM en la línea base.....	182
Tabla 2.2. Distribución de la muestra por sexo.....	184

Tabla 2.3. Variables e instrumentos utilizados.....	204
Tabla 2.4. Inicio del procedimiento y estudio piloto.....	206
Tabla 2.5. Fases del programa de HHSS.....	210
Tabla 2.6. Listado de técnicas conductuales usadas en las sesiones terapéuticas.....	223
Tabla 2.7. Listado de acciones encaminadas a conseguir la generalización.....	223
Tabla 2.8. Listado de autoverbalizaciones.....	224
Tabla 2.9. Línea base del grupo control y experimental.....	225
Tabla 2.10. Resumen de las variables sociodemográficas del grupo experimental y control.....	226
Tabla 2.11. Distribución por sexo en grupo control y experimental.....	235
Tabla 2.12. Distribución de la muestra según el nivel de minusvalía.....	242

RESULTADOS

Tabla 3.1: Resultados globales medios de las pruebas evaluadoras.....	258
Tabla 3.2: Resultado global de la escala psiquiátrica BPRS.....	259
Tabla 3.3: Resultados por factores de la escala de evaluación BPRS.....	260
Tabla 3.4: Resultado global de la escala síntomas negativos PAI.....	263
Tabla 3.5: Resultados por factores del PAI. Síntomas negativos.....	264
Tabla 3.6: Resultado global de la observación directa.....	267
Tabla 3.7: Resultado por factores de la observación directa.....	269
Tabla 3.8: Resultado global de role-playing.....	274

Tabla 3.9: Resultado por factores del role-playing.....	276
Tabla 3.10: Resultado global del CSCV.....	281
Tabla 3.11: Resultado por factores del CSCV.....	282
Tabla 3.12: Resultado global del diferencial semántico.....	284
Tabla 3.13: Resultado de los conceptos del diferencial semántico.....	284
Tabla 3.14: Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en RP, DS, OD, PAI, BP y CV.....	288
Tabla 3.15: Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en RP considerando grupo control y experimental.....	290
Tabla 3.16: Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en DS considerando grupo control y experimental.....	294
Tabla 3.17: Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en OD considerando grupo control y experimental.....	298
Tabla 3.18: Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en PAI considerando grupo control y experimental.....	302
Tabla 3.19: Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en BPRS.....	306
Tabla 3.20: Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en CV considerando grupo control y experimental.....	310
Tabla 3.21: Resultado global del cuestionario de satisfacción al programa de HHSS.....	314

Tabla 3.22: Resultado global del cuestionario de satisfacción del usuario.....	315
--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

INTRODUCCION

- Figura 1.1. Modelo de interacción genes-ambiente.58
- Figura 1.2 Dificultad en el funcionamiento social (Modelo de Wing, 1978).....94

MATERIAL Y METODOS

- Figura 2.1. Distribución de la edad de la muestra.....184
- Figura 2. 2. Distribución por sexos de la muestra grupo experimental y control.....185
- Figura 2.3. Distribución de la muestra por edad grupo control y experimental.....185
- Figura 2.4. Periodo del estudio.....205
- Figura 2. 5. Desarrollo esquemático de las sesiones.....212
- Figura 2.6. Desarrollo esquemático de las sesiones de la fase adaptativa....212
- Figura 2. 7. Esquema longitudinal del programa terapéutico de HHSS.....221
- Figura 2.8. Esquema de una sesión terapéutica.....222
- Figura 2.9. . Distribución de la muestra según la estación del año.....236
- Figura 2.10 Distribución de la muestra según el mes de nacimiento.....236
- Figura 2.11 Distribución de la muestra según el número de hermanos.....237

Figura 2.12. Distribución de la muestra según el lugar que ocupa entre hermanos.....	237
Figura 2.13. Distribución de la muestra según estado civil.....	238
Figura 2.14 Distribución de la muestra según el estilo educativo.....	238
Figura 2.15 Distribución de la muestra según el nivel cultural.....	239
Figura 2.16 Tiempo de ingreso en el centro de enfermos mentales.....	239
Figura 2.17 Distribución de la muestra según el nivel de estudios.....	240
Figura 2.18 Distribución de la muestra según la vida laboral.....	241
Figura 2.19 Distribución de la muestra según los años de vida laboral.....	241
Figura 2.20: Distribución de la muestra según el auto de Incapacitación.....	242
Figura 2.21: Distribución de la muestra según la tutela.....	243
Figura 2.22. Distribución de la muestra según la edad detección de la enfermedad.....	244
Figura 2.23. Distribución de la muestra según el tipo de inicio del trastorno.....	244
Figura 2.24. Distribución de la muestra según los diagnósticos anteriores de la enfermedad.....	245
Figura 2.25. Distribución de la muestra según el diagnósticos actual.....	246
Figura 2.26. Distribución de la muestra según el consumo de tabaco.....	247

Figura 2.27. Distribución de la muestra según el inicio del consumo de tabaco.....	248
Figura 2.28. Distribución de la muestra según el consumo de drogas.....	248
Figura 2.29. Consumo anterior de diferentes sustancias.....	249
Figura 2.30. Distribución de la muestra según el inicio de consumo de drogas.....	249
Figura 2.31. Distribución de la muestra según el consumo habitual de alcohol.....	250
Figura 2.32. Distribución de la muestra según el inicio del consumo de alcohol.....	250
Figura 2.33. Distribución de las características de la familia de los usuarios de la muestra	251
Figura 2.34. Distribución de la muestra por antecedentes familiares de los usuarios de la muestra según el consumo de alcohol/drogas.....	251
Figura 2.35. Distribución de la muestra según los antecedentes familiares con trastornos psicóticos.....	252
Figura 2.36. Distribución de la muestra según los antecedentes familiares con trastornos de personalidad.....	252
Figura 2.37. Distribución de la muestra según los antecedentes familiares con trastornos bipolar.....	252
Figura 2.38. Distribución de la muestra según los antecedentes familiares con trastornos de depresión.....	253

Figura 2.39. Distribución de la muestra según la situación de la madre.....	254
Figura 2.40. Distribución de la muestra según la situación del padre.....	254
Figura 2.41. Distribución de la muestra según la situación personal del usuario.....	255
Figura 2.42. Distribución de la muestra según las visitas o llamadas familiares.....	255
Figura 2.43. Distribución de la muestra según la frecuencia de las visitas familiares.....	256
Figura 2.44. Distribución de la muestra según la frecuencia de las llamadas familiares	256

RESULTADOS

Figura 3.1: Evolución de la puntuación total de la prueba BPRS.....	259
Figura 3.2: Evolución del factor ansiedad-depresión (BPAD).....	261
Figura 3.3: Evolución del factor anergia (BPA).....	261
Figura 3.4: Evolución del factor trastornos del pensamiento (BPTP).....	262
Figura 3.5: Evolución del factor actividad de la prueba BPRS.....	262
Figura 3.6: Evolución del factor hostilidad-susplicacia de la prueba BPRS.....	262
Figura 3.7: Evolución de la prueba PAI (Puntuaciones totales).....	263

Figura 3.8: Evolución de la prueba PAI en el factor pobreza de lenguaje.....	265
Figura 3.9: Evolución de la prueba PAI en el factor pobreza afectiva.....	265
Figura 3.10: Evolución de la prueba PAI en el factor retardo psicomotor.....	266
Figura 3.11: Evolución de la prueba observación directa (Puntuaciones totales).....	268
Figura 3.12: Evolución prueba observación directa en el factor volumen verbal.....	270
Figura 3.13: Evolución prueba observación directa en el factor fluidez verbal.....	270
Figura 3.14: Evolución de la prueba observación directa en el factor conversación bidireccional.....	271
Figura 3.15: Evolución de la prueba observación directa en el factor contacto ocular.....	272
Figura 3.16: Evolución de la prueba observación directa en el factor expresión facial.....	272
Figura 3.17: Evolución de la prueba observación directa en el factor movimientos corporales.....	273
Figura 3.18: Evolución de la prueba role-playing (Puntuaciones totales).....	275
Figura 3.19: Evolución de la prueba role-playing en el factor ansiedad.....	277

Figura 3.20: Evolución de la prueba role-playing en el factor volumen verbal.....	277
Figura 3.21: Evolución de la prueba role-playing en el factor fluidez verbal.....	278
Figura 3.22: Evolución de la prueba role-playing en el factor conversación bidireccional.....	278
Figura 3.23: Evolución de la prueba role-playing en el factor contacto ocular.....	279
Figura 3.24: Evolución de la prueba role-playing en el factor expresión facial.....	279
Figura 3.25: Evolución de la prueba role-playing en el factor movimientos corporales.....	280
Figura 3.26: Evolución de la prueba role-playing en el factor de respuesta y habilidad en el trato.....	280
Figura 3.27: Evolución de la prueba calidad Sevilla (Puntuaciones totales).....	281
Figura 3.28: Evolución de la prueba calidad Sevilla en el factor satisfacción vital.....	282
Figura 3.29: Evolución de la prueba calidad Sevilla en el factor autoestima.....	283
Figura 3.30: Evolución de la prueba calidad Sevilla en el factor armonía.....	283
Figura 3.31: Evolución de la prueba diferencial semántico en el concepto hogar.....	285

Figura 3.32: Evolución de la prueba diferencial semántico en el concepto amigos.....	285
Figura 3.33: Evolución de la prueba diferencial semántico en el concepto diversiones.....	286
Figura 3.34: Evolución de la prueba diferencial semántico en el concepto madre.....	286
Figura 3.35: Evolución de la prueba diferencial semántico en el concepto padre.....	287
Figura 3.36: Evolución del grupo en relación al role-playing y la relación con el sexo, hombre (1) mujer (2).....	291
Figuras 3.37: Evolución del grupo en relación al role-playing y el consumo de alcohol (si=1, no=2).....	292
Figuras 3.38: Evolución del grupo en relación al role-playing y el consumo de drogas (si=1, no=2).....	292
Figuras 3.39: Evolución del grupo en relación al role-playing y la recepción visitas (si=1, no=2).....	292
Figuras 3.40: Evolución del grupo en relación al role-playing y la admisión de llamadas (si=1, no=2).....	293
Figuras 3.41: Evolución del grupo en relación al diferencial semántico y los grupos en relación al sexo, hombre o mujer (si=1, no=2).....	295
Figuras 3.42: Evolución del grupo en relación al diferencial semántico y los grupos en el consumo de drogas (si=1, no=2).....	295

Figuras 3.43: Evolución del grupo en relación al diferencial semántico y los grupos en el consumo de alcohol (si=1,no=2).....	296
Figuras 3.44: Evolución del grupo en relación al diferencial semántico y los grupos en relación a las visitas.....	296
Figuras 3.45: Evolución del grupo en relación al diferencial semántico y los grupos en relación a las llamadas	297
Figuras 3.46: Evolución del grupo en relación a la observación directa y los grupos en relación a la variable sexo (si=1, no=2).....	299
Figuras 3.47: Evolución del grupo en relación a la observación directa y los grupos en relación al consumo de drogas (si=1, no=2).....	299
Figuras 3.48: Evolución del grupo en relación a la observación directa y los grupos en relación al consumo de alcohol (si=1, no=2).....	300
Figuras 3.49: Evolución del grupo en relación a la observación directa y los grupos en relación a las visitas (si=1, no=2).....	300
Figuras 3.50: Evolución del grupo en relación a la observación directa y los grupos en relación a las llamadas (si=1, no=2).....	301
Figuras 3.51: Evolución del grupo en relación a la prueba PAI y los grupos en relación al sexo (si=1, no=2).....	303
Figuras 3.52: Evolución del grupo en relación a la prueba PAI y los grupos en relación al consumo de drogas (si=1, no=2).....	303
Figuras 3.53: Evolución del grupo en relación a la prueba PAI y los grupos en relación al consumo de alcohol (si=1, no=2).....	304

Figuras 3.54: Evolución del grupo en relación a la prueba BPR y los grupos en relación a las visitas (si=1, no=2).....	304
Figuras 3.55: Evolución del grupo en relación a la prueba PAI y los grupos en relación a las llamadas (si=1, no=2).....	305
Figuras 3.56: Evolución del grupo en relación a la prueba BPR y los grupos en relación al sexo (si=1, no=2).....	307
Figuras 3.57: Evolución del grupo en relación a la prueba BPR y los grupos en relación al consumo de drogas (si=1, no=2).....	307
Figuras 3.58: Evolución del grupo en relación a la prueba BPR y los grupos en relación al consumo de alcohol (si=1, no=2).....	308
Figuras 3.59: Evolución del grupo en relación a la prueba BPR y los grupos en relación a las visitas (si=1, no=2).....	308
Figuras 3.60: Evolución del grupo en relación a la prueba BPR y los grupos en relación a las llamadas (si=1, no=2).....	309
Figuras 3.61: Evolución del grupo en relación a la calidad de vida y los grupos en relación al sexo (si=1, no=2).....	311
Figuras 3.62: Evolución del grupo en relación a la calidad de vida y los grupos en relación a las drogas (si=1, no=2).....	311
Figuras 3.63: Evolución del grupo en relación a la calidad de vida y los grupos en relación al consumo de alcohol (si=1, no=2).....	312
Figuras 3.64: Evolución del grupo en relación a la calidad de vida y los grupos en relación a las visitas (si=1, no=2).....	312

Figuras 3.65: Evolución del grupo en relación a la calidad de vida
y los grupos en relación a las llamadas (si=1, no=2).....313

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

El contenido de esta sección se desarrolla a partir de dos partes bien diferenciadas, constituidas por seis apartados cada una. . En la parte primera se concentra el marco conceptual de la enfermedad mental grave y la intervención en la esquizofrenia. Se despliega sobre la base de una estructura similar en la que se dedica una primera parte al desarrollo teórico del tema en cuestión, mientras que en la segunda parte se concretará una revisión de resultados basados en la evidencia sobre cada tema abordado.

En esta primera parte se centra en la relación de las diferentes causas que pueden desencadenar la enfermedad como factores precipitantes de la misma y posteriormente se habla de los diversos tratamientos existentes en las intervenciones psicológicas en el primer episodio, la fase inicial y cuando la enfermedad de esquizofrenia es crónica.

De un modo más específico en esta primera parte, en el apartado 1.1.1. se hace una breve referencia a la historia de la esquizofrenia, recogiendo cronológicamente aportaciones de distintos autores.

En el apartado 1.1.2. se revisan los criterios del diagnóstico y su evolución a través de los sistemas de clasificación DSM y CIE, se exponen los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y los trastornos asociados a la enfermedad. Los síntomas se clasifican en función de su frecuencia y también se revisan los signos iniciales de desarrollo de la enfermedad. Se presentan los aspectos que la evaluación diagnóstica de la esquizofrenia debería incluir. Se exponen los factores asociados a una mejor o peor evolución global a corto plazo.

En el apartado 1.1.3. se describen estudios internacionales, como el estudio piloto internacional de esquizofrenia llevado a cabo por la organización mundial de la salud. Se describen diferencias en la evolución y el pronóstico de la enfermedad entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. En el apartado 1.1.3.1. se presenta el marco normativo para la salud mental recogiendo las leyes y disposiciones existentes a nivel nacional e internacional así como distintos aspectos legales referentes a la situación del enfermo.

En el apartado 1.1.4. se recogen las relaciones entre la esquizofrenia y el abuso de sustancias tóxicas, exponiendo el papel que pueden jugar las drogas como desencadenantes de la enfermedad. De la misma manera se expone la consideración de la existencia de una patología dual asociada al consumo de drogas. Se describen los aspectos relacionados con la marginación social del esquizofrénico y las consecuencias que de ello se derivan así como los factores de riesgo de suicidio.

En el apartado 1.1.5. se presentan las teorías biológicas, psicológicas y sociales sobre el origen de la esquizofrenia. Se muestra la evolución en la explicación etiológica de la enfermedad desde el inicio de siglo XX hasta la actualidad. Se presentan los resultados alcanzados por estudios familiares, de adopción de gemelos mono-dicigóticos así como de genética molecular. Se indican diversos factores de riesgo genéticos, prenatales y perinatales y del ambiente postnatal. Se presenta el modelo diátesis-estrés con las dimensiones de vulnerabilidad psicológica, estresores ambientales y factores moderadores o protectores, destacando la importancia de las habilidades de afrontamiento. A continuación se hace una revisión histórica de la evolución en la consideración y modos de tratamiento de la enfermedad por parte de la sociedad e instituciones, recogiendo las consecuencias de la "reforma psiquiátrica" llevada a cabo en nuestro país. Se expone la importancia de la intervención psicosocial en la evolución y tratamiento de la enfermedad destacando el enfoque conjunto en habilidades sociales, intervención familiar y medicación. Se contraponen las ventajas del modelo de intervención comunitario frente al modelo estrictamente biomédico. Se describen los pasos a tomar para la intervención ante una crisis.

Finalmente el apartado 1.1.6. trata sobre el plan de salud de la comunidad valenciana, indicando objetivos generales y específicos, las funciones del servicio de la generalitat valenciana y recogiendo la normativa desarrollada a nivel autonómico. Junto con los recursos existentes dentro de la comunidad valenciana y un pequeño avance de los programas en la rehabilitación del enfermo mental crónico

De un modo más específico en la segunda parte se trata sobre el funcionamiento social en la esquizofrenia así como sobre los tratamientos e intervenciones propuestas.

En el apartado 1.2.1. se presentan las características del enfermo mental crónico, según las definiciones de distintos autores así como distintos aspectos necesarios para su adaptación al entorno social. A continuación se trata la evaluación de su funcionamiento social en lo que respecta a las habilidades básicas de autonomía personal y social. Se describen los déficits en el funcionamiento interpersonal y social del enfermo y distintas categorías en dicho funcionamiento. Se exponen las distintas modalidades de comunicación verbal y no verbal y los obstáculos para la comunicación eficaz.

En el apartado 1.2.2. se definen las habilidades sociales revisando sus características principales y los distintos factores que las determinan. Se plantean las hipótesis sobre el bajo funcionamiento social en la esquizofrenia desde el punto de vista del modelo médico y del conductual, presentando distintos estudios sobre el funcionamiento social de enfermos institucionalizados. En particular se contrastan las relaciones entre las habilidades sociales, el funcionamiento social y la psicopatología del enfermo.

En el apartado 1.2.3. se exponen tratamientos e intervenciones en la esquizofrenia, recogiendo la evolución histórica del tratamiento, desde el internamiento hasta el enfoque comunitario. Se revisan los tipos de Intervención en pacientes esquizofrénicos, incluyendo el tratamiento farmacológico, la enseñanza e intervención psicosocial y la rehabilitación social. En particular se comentan los instrumentos para la evaluación y aspectos relevantes para el entrenamiento en habilidades sociales.

En el apartado 1.2.4. se valora la eficacia de las intervenciones del entrenamiento en habilidades sociales en pacientes esquizofrénicos. Se presentan las principales investigaciones realizadas y se extraen algunas conclusiones sobre la eficacia de este tipo de intervención.

En el apartado 1.2.5. se presenta el programa de entrenamiento en habilidades sociales.

Finalmente en el apartado 1.2.6. se muestran conclusiones de lo tratado.

1.1. INTRODUCCIÓN A LA ESQUIZOFRENIA

1.1.1. Breve referencia a la lista histórica de la esquizofrenia

En primer lugar, se resumen las diferentes definiciones que sobre la “esquizofrenia” se han dado desde tiempos remotos en la historia.

Ayur-Veda: En el año de 1400 a.C. en la antigua india se describe una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia y para la que recomendaba "meditación" y "técnicas de encantamiento" para su tratamiento.

Arateo de Capadocia: En el siglo I d.C. habla sobre la diferencia de pacientes que padecían la manía y los que describe como “estúpidos, ausentes y musitantes”. Términos probablemente equivalentes a la terminología moderna aplicada a las esquizofrenias. Observó el deterioro de las facultades mentales y de la personalidad de algunos pacientes.

Sorano: En el siglo II d.C. expone que, lo que se conoce actualmente como esquizofrenia, estaba ligada a las supersticiones y a las obsesiones religiosas. Durante este período las personas que presentan dichos signos son separados del público.

Wilis: En 1602 habla de jóvenes de espíritu vivo y despierto, de brillante infancia, que al llegar a la pubertad caían en la estupidez.

En el siglo XVII la locura empieza a perder su carácter místico y se consideraba ya una enfermedad que se denominó “vesania”.

A mediados del siglo XIX se acepta que los cuadros afectivos descritos hasta este momento, la melancolía y la manía, iniciarían siempre el curso clínico siendo seguidos de la aparición de perturbaciones del pensamiento y la voluntad, la paranoia, primero y la demencia después.

A finales del siglo XIX las escuelas francesas y alemanas consiguen describir una serie de síndromes que tenían autonomía propia y no podían ser explicados desde la concepción unitaria.

Pinel (1809), Esquirol (1814) y Spurzheim (1818): Hacen una aproximación al término esquizofrenia cuando distinguen y separan el idiotismo congénito del adquirido o accidental (Vallejo Nágera, 1997).

Morel: En 1856 fue un contemporáneo de Kraepelin, introduce el término demencia precoz, para catalogar a un adolescente que era brillante activo y que luego se volvió aislado, apático y callado.

Hoffman (1861) y Snell (1865): En sus trabajos sobre la paranoia primaria rechazan el carácter secundario de las alteraciones del pensamiento.

Kalhbaum: En el año 1868 describe el término catatonia como un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica).

Sander: En el año 1868 introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados.

Hecker: En 1871, describe el término hebefrenia como un cuadro de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental y que irremisiblemente conduce al deterioro del individuo.

Kraepelin: En 1896, utiliza el término de la demencia precoz, esta hace alusión a un grupo de afecciones mentales cuyos síntomas característicos son los siguientes: alucinaciones, delusiones, desordenes afectivos, menos cabo de la atención, negativismo, comportamiento estereotipado y un deterioro progresivo de la personalidad. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva en donde éste no existe: Identifica tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica. Considera la demencia precoz como una

enfermedad endógena (causada por factores genéticos y constitucionales y que “no curan naturalmente”).

Jung: En 1907 desde el psicoanálisis postula la existencia de complejos inconscientes autónomos que habrían sido reprimidos y que durante la psicosis emergían en el pensamiento consciente. Según él en la esquizofrenia se destruiría la organización jerárquica del yo, de forma que materiales del inconsciente colectivo emergerían de forma dramática e irreversible. Por tanto, la esquizofrenia no es un trastorno orgánico, sino, muy al contrario, es el desorden emocional el que provoca un metabolismo anormal o toxina que daña al cerebro.

Bleuler: En 1911 introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro y el mismo Kraepelin (1907), aceptaba que un 13% se recuperaban. Esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida), poniendo un énfasis mayor en la fragmentación de la personalidad que en la evolución.

Bleuler: La esquizofrenia era la enfermedad de las cuatro “a”: autismo (pérdida de contacto con el medio social), ambivalencia, asociaciones laxas y afecto incongruente.

Kasanin: En 1933 introduce el término esquizoafectivo para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión.

Kretschmer: En 1936 aporta la noción de disposición constitucional esquizoide como condición anterior a la psicosis.

Langfeldt: En 1939 realiza la distinción entre trastorno esquizofrénico que para él es de inicio temprano, con una gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro. Por otra parte el trastorno esquizofreniforme que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo.

Kleist: En 1947 distingue dos grupos de esquizofrenia: las que presentan trastornos del pensamiento y del lenguaje que serían producto de alteraciones del córtex cerebral, y aquellas otras que predominan los trastornos de la afectividad, psicomotores y del yo. En este caso las alteraciones orgánicas se producirían en el tronco cerebral.

Polatín: En 1949 introduce el término pseudoneurótica para designar un tipo de esquizofrenia dando más interés a los síntomas ansiosos que al trastorno de pensamiento.

Meyer: En 1951 considera la esquizofrenia como el resultado de una combinación de factores psicosociales y físicos, le da denominación de “parergasia” (conducta psicobiológica distorsionada).

Asociación psiquiátrica americana: En 1952 en la primera edición del "Diagnostic and statistical manual of mental disorders", clasifica la esquizofrenia como una serie de "reacciones esquizofrénicas" que incluyen los siguientes tipos: simple, hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, esquizoafectivo, infantil y residual.

Schneider: En 1959 aporta una importante investigación sobre el papel de los síntomas patognomónicos en el trastorno de esquizofrenia, es decir aquellos que en ausencia de lesión orgánica cerebral, intoxicación o epilepsia, presentan una psicosis del tipo de la esquizofrenia.

Minkowski: En 1960 describe el núcleo esencial del autismo como pérdida de contacto vital con la realidad y atribuye el papel fundamental en la formación de los síntomas esquizofrénicos.

Sullivan: En 1962 bajo la influencia de Meyer, describe la esquizofrenia como unas experiencias infantiles profundamente alteradas que impiden el desarrollo adecuado de la autoimagen y el consecuente fracaso en el afrontamiento de la ansiedad. El fracaso continuado frente al conflicto entre poderosas necesidades y las restricciones impuestas puede precipitar la aparición de la psicosis ante una situación crítica de la vida. Cree en la curabilidad de la esquizofrenia.

Laing: En 1972, define la esquizofrenia como el nombre que se da a una condición que la mayoría de los psiquiatras atribuye a los pacientes que llaman esquizofrénicos. Para este autor el concepto de esquizofrenia es el símbolo de un artefacto creado por los psiquiatras bajo ciertas circunstancias socioeconómicas.

Rojo-Sierra: En 1985 desde la psicopatología no se puede crear un concepto firme que connote esquizofrenia.

Andreasen: En 1986 indica que muchas investigaciones se han dirigido a desarrollar modelos que expliquen la esquizofrenia basándose en alteraciones específicas en el funcionamiento cerebral y especialmente en lo que se refiere a la patología molecular con la esperanza de que el concepto de esquizofrenia pueda residir en una desviación biológica.

En los últimos veinte años, existe una discusión en la que muchos autores se han planteado de si la esquizofrenia realmente es una enfermedad crónica deteriorante, si es una única enfermedad con diferentes manifestaciones o si en realidad es un grupo heterogéneo de enfermedades. Se avala que se puede estar hablando de diferentes síndromes, como lo demuestra el hecho de que existen trastornos esquizofrénicos que “se curan” y otros cuyo curso es crónico y deteriorante.

1.1.2. Criterios del diagnóstico y unificación en la clasificación de la esquizofrenia para conseguir término científico

La esquizofrenia es un *síndrome*, en muchas ocasiones devastador, ya que puede condicionar la aparición, en el individuo afectado, de alteraciones psiquiátricas severas y crónicas, generando enormes costes personales, sociofamiliares, asistenciales y económicos (Rice, 1999).

Lo que habitualmente llamamos *síndrome esquizofrénico* posiblemente constituye la *vía final común* de expresión para un grupo de trastornos, *las esquizofrenias*, fruto de la combinación de diversas etiologías, sustratos fisiopatológicos, formas de presentación clínica y cursos evolutivos (Kirkpatrick *et al.*, 2001).

Numerosos autores han intentado unificar criterios para definirla. Pero como indica (García-Merita, 2005) el término esquizofrenia no es un concepto sino solo un vocablo, ya que no nos informa de nada en concreto. Este término no conlleva un mensaje lingüístico, ya que no nos informa de una etiología de un anatomofisiología, de unos síntomas y de un pronóstico. El criterio de lo que es la esquizofrenia no queda claro ni por la fenomenología ni por la clínica y como señala (Rojo Sierra, 1985) tampoco desde la Psicopatología se puede crear un concepto firme que connote esquizofrenia.

Otra cuestión que se plantean sobre la esquizofrenia es si es una enfermedad crónica deteriorante, si es una enfermedad con diferentes manifestaciones o si en realidad es un grupo heterogéneo de enfermedades. Si esto fuera así estaríamos etiquetando con el mismo nombre a un conjunto de enfermedades distintas, tanto en su pronóstico, en su etiología como en su pronóstico.

El que sean un grupo heterogéneo de enfermedades podría avalarse por el hecho de que existen trastornos esquizofrénicos que “se curan” y otros cuyo curso es “crónico y deteriorante” (García-Merita, 2005). Dicho esto, a continuación se hace una breve exposición del término esquizofrenia que en la literatura sobre este campo se encuentra.

Historia y contexto

El DSM, en su primera versión (DSM-I) al igual que el CIE, surge de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada.

En 1952 surge la primera edición, DSM-I, como una variante del CIE-6 y a partir de ese momento se fueron generando nuevas versiones de cada uno. Actualmente el DSM publicó la versión revisada del DSM-IV (DSM-IVR), y el CIE utiliza la versión CIE-10.

Un aspecto importante en la realización de esta versión fue el ponerse en contacto con los equipos que elaboraron el CIE-10, con el objeto de hacer lo más compatibles posibles ambos instrumentos

Diagnóstico a través del DSM-IV

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico, que propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I: Donde se describe el o los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, etc.)

Eje II: Donde se especifica si hay algún trastorno de personalidad a la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo, o retraso mental (Por ejemplo: trastorno de personalidad límite, trastorno autista, retraso mental moderado, etc.)

Eje III: Donde se especifican afecciones médicas que presente el paciente (si es que existen).

Eje IV: Donde se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.)

Eje V: Donde se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la escala de funcionamiento global (EEAG).

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Este apartado involucra aquellos trastornos que tienen síntomas psicóticos como característica definitoria. Psicótico es entendido aquí como la pérdida de los límites del sí mismo y de la evaluación de la realidad. Como característica de esta sintomatología pueden existir, por tanto, alucinaciones, ideas delirantes, trastornos del pensamiento, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, entre otros.

El manual los clasifica como:

- Esquizofrenia.
- Trastorno esquizofreniforme.
- Trastorno esquizoafectivo.
- Trastorno delirante.
- Trastorno psicótico breve.
- Trastorno psicótico compartido (folie á deux).
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica.
- Trastorno psicótico inducido por sustancias.
- Trastorno psicótico no especificado.

Retrocediendo en el tiempo se dará unas pinceladas de cómo ha ido avanzando la clasificación:

La clasificación internacional de las enfermedades ofrece la siguiente descripción de la esquizofrenia en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento. Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentar déficits cognoscitivos.

Definición del DSM-IV R

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona sin ellos, la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de si misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

La esquizofrenia es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para reconocer lo que es real, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse. La esquizofrenia es el trastorno psicótico más grave e incapacitante de los trastornos mentales. A continuación en la Tabla 1.1. se presenta la clasificación diagnóstica de la esquizofrenia, según la CIE-10.

Tabla 1.1.
Clasificación diagnóstica de la esquizofrenia en la CIE-10.

Paranoide
Es el tipo más común de esquizofrenia y está caracterizado por la presencia de intensas alucinaciones e ideas delirantes de persecución.
Hebefrénica
Este tipo de esquizofrenia se denomina también desorganizada, empieza normalmente en la adolescencia y se caracteriza por la predominancia de síntomas negativos, afectividad inadecuada o simplona y pensamiento desorganizado y fragmentado.
Catatónica
Este tipo es cada vez más raro. Se presentan síntomas motores predominantemente y un retraimiento social extremo, aplanamiento emocional y falta de ideas, vitalidad y motivación.
Simple
Suele presentar únicamente síntomas negativos, aunque también pueden manifestarse de forma ocasional pensamientos y comportamiento extravagantes y anomalías de la percepción.

La CIE-10 también incluye tres categorías adicionales: esquizofrenia indiferenciada (que combina rasgos de varios subtipos), esquizofrenia residual y depresión post-esquizofrénica.

En la Tabla 1.2. se muestran los criterios diagnósticos de la esquizofrenia. Los criterios a, b, c y d se consideran especialmente típicos de la esquizofrenia, y si uno de estos cuatro síntomas se manifiesta durante, al menos, un mes, se puede establecer el diagnóstico de esquizofrenia.

Tabla 1.2.

Criterios diagnósticos de la esquizofrenia en la CIE-10. (Síntomas a-d).

a. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del pensamiento mismo.

El eco del pensamiento consiste en que el enfermo escucha en alto sus propios pensamientos. La inserción y el robo del pensamiento significan que la persona afectada cree que sus pensamientos son introducidos o extraídos de dentro de su cabeza por un agente externo. Difusión del pensamiento quiere decir que la persona cree que todos conocen sus pensamientos porque estos son difundidos de alguna manera que es diferente de la comunicación voluntaria. Estos síntomas reflejan la enajenación de la persona del contenido de sus propios pensamientos.

b. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo , a movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretos, y percepción delirante.

En este tipo de fenómeno delirante la persona cree que sus pensamientos, acciones y percepciones están siendo controlados por alguien o algo fuera de ella, reflejando, una vez más, la disociación de los procesos mentales del individuo de la experiencia del yo.

c. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo.

Muchas personas con esquizofrenia refieren que las voces comentan continuamente su comportamiento. Estas voces suelen emitir juicios negativos sobre la persona.

d. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del sujeto o que son completamente imposibles, como las de identidad religiosa o política, capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

Por ejemplo, las personas pueden creer que vivirán para siempre y que sobrevivirán repetidas veces a experiencias que matarían a otros, que pueden curar a los demás con “pensamientos limpios”, que son un rey o alguna personalidad reconocida o que están casados con alguien de otro planeta.

En la Tabla 1.3. se presentan los cuatro grupos de síntomas los criterios e, f, g y h, son importantes y dos de ellos deben haberse manifestado durante un mes para poder diagnosticar esquizofrenia.

Tabla 1.3.

Criterios diagnósticos de la esquizofrenia en la CIE-1. (Síntomas e-h).

e. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas o meses o permanentemente.

Como se ha mencionado anteriormente (véase el criterio c) las alucinaciones más frecuentes son auditivas, pero también pueden aparecer táctiles, visuales y olfatorias, así como otras percepciones erróneas y falsas. Las personas con esquizofrenia pueden oler aromas “venenosos”, experimentar la sensación de volar por el aire, sentir a un extraño dentro de su propio cuerpo o tener la sensación de que un insecto camina por su piel. Pueden ver a personas que no están ahí realmente o escenas complejas que no son reales.

f. Interpolaciones o bloqueos del curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, incoherente, disgregado o lleno de neologismos.

Rarezas en los procesos del pensamiento de las personas con esquizofrenia pueden llevar a la fragmentación o desintegración del pensamiento lógico. El enfermo puede ser incapaz de organizar un grupo de pensamientos no relacionados. Las personas con esquizofrenia pueden usar neologismos, palabras que inventan para reemplazar otras de uso normal (ej., emplear la palabra “rementación” con el significado de crear una nueva personalidad).

g. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor.

Estos síntomas comprenden una amplia variedad de comportamientos extraños y sin sentido. El estupor hace que pierda la capacidad de reaccionar a los estímulos del entorno, de tal modo los movimientos y la actividad espontánea desaparecen. El mutismo impide que la persona pueda comunicarse verbalmente. Lo opuesto a estupor es excitación y agitación. La actividad motora aumenta sin que se establezca ninguna relación con los estímulos externos, y no parece tener objetivo ni propósito. En algunos casos, cuando se coloca a las personas con esquizofrenia en una determinada posición, estas la mantienen (la llamada “flexibilidad cérea”). También pueden adoptar y mantener posturas inadecuadas durante largos periodos de tiempo. Por ejemplo, el afectado puede adoptar una posición no natural de la cabeza, como si estuviera apoyada en una almohada (“almohada psicológica”). Otros síntomas catatónicos consisten en rigidez muscular, contracciones espasmódicas llamativas, ecolalia (imitación de las palabras) y movimientos de los demás y pérdida de la “gracia natural” de los movimientos.

h. Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales, que generalmente conducen a retraimiento social y disminución de la actividad social. Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión ni a administración de neurolépticos.

Este es un grupo importante de síntomas que puede ayudar a predecir la evolución del trastorno. Los síntomas negativos pueden considerarse como una manifestación de la disminución general del nivel de energía. Los enfermos presentan una variedad y un nivel de emociones limitados y tienen menos capacidad para participar emocionalmente en ciertas situaciones. Esta pérdida de profundidad y variedad emocional puede aumentar y llegar a ser más general, con el resultado de que la persona se vuelve completamente apática. La escasez o empobrecimiento de los pensamientos se refleja en la pobreza del lenguaje. El enfermo puede perder la motivación (un síntoma llamado avolición). Estos síntomas pueden provocar que la persona se retraiga socialmente o se vuelva más insegura y torpe por el miedo al fracaso. Puede resultar difícil distinguir los síntomas negativos de la depresión que a veces acompaña a la esquizofrenia. Sin embargo, es importante que los médicos traten de establecer esta distinción, ya que un tratamiento adecuado de los síntomas depresivos mejora considerablemente la capacidad funcional del enfermo.

En la Tabla 1.4. se presenta el grupo final de síntomas (i) puede constituir una de las causas principales de los problemas sociales y laborales con los que se enfrentan las personas con esquizofrenia.

Tabla 1.4.
Criterios diagnósticos de la esquizofrenia en la CIE-10. (Síntoma- i).

i. Un cambio considerable y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivo, ociosidad, actitud absorta y aislamiento social.

A continuación en la Tabla 1.5 se presenta el sistema clasificatorio en la psicopatología de la esquizofrenia, a través de un estudio comparativo entre el DSM (APA) y la CIE (OMS).

Tabla 1.5.

Sistema clasificadorio en psicopatología de la esquizofrenia estudios comparativos DSM (APA) y los CIE (OMS).

DSM (APA)	CIE (OMS)
DSM-I (1952)	CIE-6 (1948)
DSM- II (1968)	CIE-8 (1967)
DSM- III (1980)	
DSM- III R (1987)	
DSM- IV (1994)	CIE-10 (1992)
DSM- IV – TR (2000)	

En las Tablas 1.6, 1.7, 1.8, 1.9 y 1.10 se presenta la comparación del sistema clasificadorio sobre la esquizofrenia en el DSM (APA) y el CIE (OMS), desde la primera versión hasta la actualidad.

Tabla 1.6.
 Comparación del sistema clasificatorio DSM-I, DSM-II y CIE-6, CIE-8.

SISTEMA CLASIFICATORIO DSM (APA)	CIE (OMS)
<p><u>DSM-I (1952):</u> Autor fundamental Meyer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surge como sistema alternativo al CIE-6. - Sus categorías diagnósticas se organizan en torno al concepto de “reacción”. - Se rechaza el reduccionismo biológico (Griesinger y Kraepelin). - Se identifican los trastornos mentales como “patrones de reacciones”, no como enfermedades. - Influido por FREUD, utilizando conceptos como “neurosis”, “mecanismos de defensa”. <p><u>DSM-II (1968):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy parecido al CIE-8. DSM-II surge por insatisfacción del CIE-8. - Abandona el concepto de “reacción”. - Se mantuvieron conceptos psicoanalíticos junto con otros principios sin un hilo conductor. - <u>Críticas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - falta de un principio organizador general. - vaguedad en la definición de las categorías. - Comienza el interés por la validez empírica de los diagnósticos. 	<p><u>CIE-6 (1948):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - se incorpora por primera vez un capítulo específico para las enfermedades mentales (Capítulo V), organizado en tres secciones: <ul style="list-style-type: none"> - Psicosis - Desórdenes psiconeuróticos - Trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia. - No se utiliza en América por ausencia de alteraciones como demencia, trastorno de personalidad... <p><u>CIE-8 1967):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se incorpora por primera vez un glosario para definir cada una de las categorías clínicas. - Las alteraciones quedan organizadas en: <ul style="list-style-type: none"> - Psicosis - Neurosis, trast. de la personalidad y otros trast. mentales no psicóticos. - Oligofrenia.

Tabla 1.7.
Clasificación DSM-III y diferencias DSM-I y DSM-II.

Taxonomía de estructura multiaxial + jerárquica (sin mucho éxito)
horizontal ↗ ↖ vertical

DSM-III (1980):

- Extensión de los principios adoptados en :
 - Criterios Feighner --- prototipo con 16 trastornos.
 - RDC (Research Diagnostic Criteria) --- catálogo de 25 trastornos clínicos a 265 categorías.

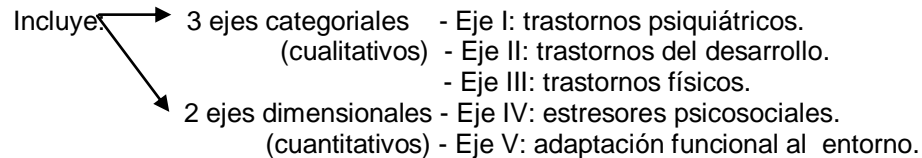
Diferencias con DSM-I y DSM-II:

1.- Suprime términos anteriormente utilizados, para dar lugar a un sistema ateorico y descriptivo. (A pesar de ello, el DSM-III tiene una base teórica, que se expresa en:

- defensa de supuestos médicos,
- considerar los trastornos como entidades categoriales,
- preferencia por una taxonomía politética.

2.- Define todas las categorías diagnósticas mediante criterios explícitos (de inclusión y exclusión).

3.- Introduce un sistema diagnóstico multiaxial para organizar las distintas facetas de un trastorno.



4.- Se combina la organización multiaxial con una estructura jerárquica (para evitar dar más de 1 diagnóstico a un único paciente). La organización taxonómica se hace en función de 2 principios:

Parsimonia: conveniencia de 1 único diagnóstico, el más simple, económico y eficiente.
Jerarquía: existe un árbol sindrómico, donde los trastornos más grave están arriba y los menos graves abajo.

5.- Proporciona una descripción amplia de cada trastorno (carac. esenciales, edad de comienzo, deterioro, complicaciones, factores predisponentes...).

Tabla 1.8.
Clasificación del DSM-III-R.

DSM-III-R (1987): Taxonomía de estructura vertical (jerárquica)

- Mantiene el mismo formato que el anterior, sin cambios importantes, excepto:
 - Eje II:
 - Desaparece la distinción entre “abuso” y “dependencia” de sustancias.
 - Se suprime la “homosexualidad egodistónica” como categoría específica y se incluye dentro de “trastornos sexuales no especificados en otro lugar”.
 - Desaparece la distinción entre “trastornos por déficit de atención” con y sin Hiperactividad.
 - Se reordenan los “trastornos del estado de ánimo”.
 - Eje IV: - Se distingue entre “sucesos estresantes agudos” y “circunstancias estresantes duraderas”.
 - Eje V: - Cambia la denominación de “nivel máximo de adaptación en el último año” por la de “escala de evaluación global de funcionamiento”.
- Mayor aceptación que el sistema CIE.

Tabla 1.9.
Clasificación del DSM-IV y CIE-10.

DSM-IV (1994):

- Se decide que los datos empíricos deberán tener mayor peso que el consenso entre expertos.
- Se conserva el sistema multiaxial:
 - Eje I: síndromes clínicos y otras alteraciones
 - Eje II: trastornos de la personalidad
 - Eje III: alteraciones médicas generales (igual que CIE-10, menos el capítulo V)
 - Eje IV: problemas psicosociales y ambientales (se amplían las circunstancias potencialmente generadoras de estrés respecto al DSM-III-R).
 - Eje V: valoración global del funcionamiento.
- Los trastornos se organizan en 16 categorías diagnósticas principales y un apartado para "Otras alteraciones que pueden ser foco de alteración clínica".
- Desaparecen los "Trastornos mentales orgánicos" y se incluyen las categorías de: delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.
- Se mantiene la diferenciación en los "trastornos de ánimo" entre trastornos depresivos y bipolares, pero los bipolares ahora se dividen en bipolar I, II y trastorno ciclotímico.
- Lo que antes se llamaba "fobia simple" ahora es fobia específica.
- Se clarifica la distinción : obsesiones (generadoras de ansiedad) / compulsiones (reductoras de ansiedad).

CIE-10 (1992): Taxonomía de estructura vertical (jerárquica).

- Contiene 21 capítulos. En el F están los trastornos mentales.
- Consta de los siguientes documentos:
 - Un glosario con códigos numéricos y descripción de las categorías.
 - Guía diagnóstica clínica (uso de especialistas).
 - Criterios diagnósticos para la investigación.
 - Versión abreviada (para medicina general)
 - Sistema multiaxial, con ejes principales(físico, psiquiátrico y de personalidad) y complement.
- Se elimina la diferencia entre psicosis/ neurosis como principio organizador, utilizándose el término más general "trastorno".
- La sección correspondiente a "trastornos afectivos" (F3) está muy influida por el DSM-III-R.

Tabla 1.10.
 Clasificación del DSM-IV y CIE-10. Diferencias entre DSM-IV y CIE-10.

DSM-IV	CIE-10
<ul style="list-style-type: none"> - No dependió de decisiones a priori sobre el nº de clases. - Se elimina la sección “trastornos mentales orgánicos”. - Revisión más profunda de los criterios diagnósticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consta de 10 agrupaciones centrales que dependen de una decisión (arbitraria) que no se corresponde con los conceptos utilizados por clínicos e investigadores. - Se mantiene la sección “trastornos mentales orgánicos”. - Revisión poco profunda de los criterios diagnósticos.

La clasificación diagnóstica de la CIE-10 de la organización mundial de la salud se establece en la Tabla 1.11.

Tabla 1.11.
CIE-10 Los cuatro principales subtipos de esquizofrenia.

Subtipo	Sistemas afectados	Síntomas característicos	Comentarios
Paranoide	Pensamiento, percepción.	Delirios (sobre todo de persecución).	El subtipo más común.
Hebefrénica (desorganizada)	Emociones, voluntad.	Afectividad inapropiada, simpleza, trastornos formales del pensamiento, fragmentación mental.	Comienza en la adolescencia.
Catatónica	Voluntad, actividad motora.	Estupor, agitación, posturas extrañas, amaneramiento, negativismo.	Cada vez más raro.
Simple	Voluntad, personalidad.	Retraimiento social, aplanamiento emocional, pobreza de ideas, disminución de los impulsos y la motivación.	Comienzo insidioso de problemas del comportamiento.

En la Tabla 1.12. se presenta la clasificación de los síntomas positivos. Los síntomas de la esquizofrenia suelen clasificarse como positivos y negativos (Andreasen y Olsen, 1982). Ambos tipos pueden causar problemas especiales en el funcionamiento social del paciente y contribuir a la estigmatización de la enfermedad.

Tabla 1.12.
Clasificación de los síntomas positivos.

Los síntomas positivos consisten en aquello que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar, como los delirios, las alucinaciones y las conductas extravagantes. En las fases agudas de la enfermedad, la excitación de los sentidos provoca trastornos en el cerebro, por lo que el paciente ve, oye, huele o siente cosas que no existen. Esta percepción provoca miedo en el enfermo, que puede tener delirios de ser perseguido o espiado. Las conexiones lógicas del pensamiento se pierden y el discurso resulta incoherente.

Las ideas delirantes son falsas creencias de las que la persona está firmemente convencida a pesar de la ausencia de pruebas concretas. Las personas que experimentan delirios pueden creer que son perseguidas, que tienen poderes o talentos especiales o que sus pensamientos o acciones están bajo el control de una fuerza externa.

Las alucinaciones son sensopercepciones sensoriales imaginarias. Los tipos de alucinaciones más habituales en la esquizofrenia son las auditivas, en forma de voces imaginarias. Otras alucinaciones menos frecuente consisten en ver, sentir, saborear u oler cosas que no existen y que son percibidas como reales por quien las padece.

Los enfermos que sufren **trastornos del pensamiento**, tienen una forma de pensar confundida que se revela en el contenido y en la forma de lo que dicen. La conversación puede resultar difícil de seguir, porque salta de un tema a otro con poca o ninguna conexión lógica.

Comportamiento extraño: algunas personas con esquizofrenia se comportan de forma extraña o transgreden normas y costumbre sociales (p.ej. se desnudan en público). Pueden hacer gestos raros y muecas o adoptar expresiones faciales incongruentes y posturas extrañas sin razón aparente.

Los síntomas positivos se reconocen con relativa facilidad. Las ideas delirantes y las alucinaciones, son síntomas que pueden darse en personas que abusan del alcohol o las drogas, sufren depresión grave, manía y daño cerebral, entre otras enfermedades.

A continuación en la Tabla 1.13. se presenta la clasificación de los síntomas negativos, estos sirven para que el paciente tome conciencia de su trastorno, de la pérdida de expectativas vitales, de la reducción de su círculo social y de las consecuencias de la enfermedad que incluyen bajos niveles de activación emocional, mental y social.

Tabla 1.13.

Clasificación de los síntomas negativos.

<p>Por síntomas negativos se entiende aquello que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos suelen realizar cotidianamente como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia las personas y las cosas, y tener voluntad para emprender las tareas cotidianas.</p> <p>Embotamiento afectivo: las personas con esquizofrenias suelen presentar un estado emocional aplanado, de forma que no responden a lo que pasa a su alrededor. La persona afectada puede parecer mal encaminada, sin objetivos, alegremente inoportuna y a menudo impulsiva.</p> <p>Pérdida de vitalidad: la esquizofrenia reduce la motivación de las personas y disminuye su capacidad de trabajar o de participar en diversiones. Surge en ellos indecisión, negativismo y pasividad, mezclados con impulsos súbitos.</p> <p>Pobreza de pensamiento: algunas personas con esquizofrenia sufren una notable reducción de la cantidad y calidad de su pensamiento. Rara vez hablan con espontaneidad y contestan a las preguntas con respuestas cortas sin ningún detalle.</p>

Tanto los síntomas positivos como los negativos, suelen variar a lo largo de la enfermedad. Por lo general con el paso del tiempo, los síntomas de la enfermedad se calman, incluso pueden desaparecer, sin embargo algunos síntomas permanecen en el paciente:

- Estado de pasividad.
- Problemas de pensamiento.
- Descuido de sí mismo y de su casa.
- Sentimientos de indiferencia hacia las personas.
- Desaparecen los delirios y las alucinaciones.

En la Tabla 1.14. se presentan los síntomas más típicos de la enfermedad, que hay que conocer para poder valorar en qué momento y gravedad está el paciente.

Tabla 1.14.
Trastornos típicos de la enfermedad.

Trastornos del pensamiento
El pensamiento pierde fluidez y coherencia, y al paciente le resulta casi imposible concentrarse o utilizar su mente incluso para operaciones sencillas. El paciente dice cosas que para los que le rodean no tienen sentido.
Falsas creencias
Son lo que se denomina delirios, ideas absolutamente falsas que el paciente cree ciegamente y que persisten a pesar de intentar explicárselo. Es el caso de creerse perseguido por alguien, creer que hablan de él en los medios de comunicación o en carteles, creer que le miran, etcétera.
Alucinaciones
Consisten en percibir cosas, sonidos o sensaciones que en realidad no existen. Por ejemplo, oír voces, ver objetos inexistentes, oler cuando no huele a nada y tener sabor a algo, que el paciente puede interpretar como si le envenenaran la comida.
Negación de la enfermedad
Es uno de los síntomas que más daño hace al paciente, a familiares y a profesionales. Se trata de negar absolutamente que exista la enfermedad, es decir, el paciente no es consciente de que está enfermo.
Alteración del sentido de sí mismo
La persona siente que algo ha cambiado en su cuerpo, que ya no es la de antes, que no están claros los límites entre uno mismo y el mundo en el que vive. Puede llegar incluso a defender que los miembros no le pertenecen o que por dentro está vacío.
Cambios en las emociones
La afectividad, en términos generales, da un gran cambio generándose al principio alteraciones de las emociones sin motivo, con cambios de afecto hacia los familiares, amigos y conocidos. El cambio puede acelerarse y llegar casi a la ausencia de sentimientos que se traslucen en una cara inexpresiva y en un absoluto desinterés por cuanto le rodea.
Aislamiento
El paciente se encierra en sí mismo y en su mundo interior, rompiendo con el exterior y abandonando todos sus contactos anteriores. Se manifiesta por no salir de casa, estar encerrado en su habitación y evitar la compañía de los demás.
Falta de motivación
El paciente se encuentra absolutamente desmotivado para hacer cosas, aunque sea algo sencillo, y se manifiesta por una pérdida progresiva en el autocuidado, la limpieza y el orden.
Angustia y depresión
El paciente puede llegar a encontrarse enormemente inquieto y ansioso, por el sentimiento de que algo grave está ocurriendo y de que no puede hacer nada por evitarlo.

Las alteraciones de la esquizofrenia conllevan la pérdida de amigos y conocidos, así como de las relaciones sociales habituales, lo que conduce al aislamiento social, pero en un primer momento comienza con síntomas psicóticos y conducta extravagante.

La Tabla 1.15. recoge datos estadísticos de los diez síntomas más frecuentes de las formas agudas de la enfermedad.

Tabla 1.15.
Síntomas más frecuentes de las formas agudas de la esquizofrenia.

Síntomas	Frecuencia (%)
Falta de introspección	97
Alucinaciones auditivas	74
Ideas de referencia	70
Susplicacia	66
Aplanamiento efectivo	66
Alucinaciones en segunda persona	65
Humor delirante	64
Delirios de persecución	64
Robo del pensamiento	52
Sonoridad del pensamiento	50

Lo habitual es que con el paso del tiempo los síntomas de la enfermedad se apacigüen y casi desaparezcan y que permanezcan los síntomas negativos (deficits), que suelen ser en sí los semblantes más debilitantes del deterioro a largo plazo.

Previamente se ha expuesto la evolución de los modelos clasificatorios internacionales de mayor impacto, la CIE de la O.M.S. y el DSM de la A.P.A., pero a continuación se analizan con más detalle sus dos últimas versiones, CIE 10 y DSM-IV.

La CIE-10 de la O.M.S. incluye la esquizofrenia, que es el trastorno psicótico más común e importante, el trastorno esquizotípico y los trastornos psicóticos agudos y transitorios en el capítulo de los trastornos esquizofrénicos. Éstos últimos son particularmente frecuentes en países en vías de desarrollo (Jablensky *et al.*, 1992). Aunque la relación de la psicosis aguda y transitoria con la esquizofrenia sigue sin establecerse con claridad, los pacientes suelen recuperarse completamente en tres meses y, en el 80 % de los casos, no se presentan episodios posteriores durante el primer año tras el inicio de la enfermedad.

Suelen presentarse trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos parecer más importantes que la situación u objeto principal. La creencia de que cualquier situación usual tiene un significado especial y va dirigido contra el propio enfermo.

En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Su pensamiento se vuelve vago y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está robando sus pensamientos.

Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor.

Históricamente la esquizofrenia ha pertenecido a un grupo de trastornos mentales descritos comúnmente hasta el siglo pasado como “locura”. Esta se ha reemplazado gradualmente por “psicosis” o “trastornos psicóticos”. Estos términos descriptivos se refieren en general a síntomas de comportamiento social inapropiado y a falta de discernimiento, acompañados de los síntomas positivos como alucinaciones y delirios.

Los trastornos bipolares o depresivos graves pueden acompañarse también de síntomas psicóticos. Otras afecciones, como la enfermedad de Wilson, el corea de Huntington o la forma cerebral de la esclerosis múltiple pueden presentar síntomas de tipo esquizofrénico. En algunos países, no se suele establecer una distinción clara entre los diferentes trastornos de tipo esquizofrénico, por lo que las enfermedades caracterizadas por síntomas psicóticos se agrupan bajo el nombre más general de trastornos psicóticos.

Los síntomas de la esquizofrenia pueden hacer que los pacientes encuentren muy difícil identificar o explicar con precisión los síntomas de los trastornos somáticos y seguir los tratamientos. Además, la estigmatización a la enfermedad puede impedir que algunos trastornos somáticos sean detectados o tratados (Vieweg *et al.*, 1995).

La esquizofrenia se reconoce por un cambio en el funcionamiento social y personal *para el que no existe explicación*. El periodo anterior al comienzo de los síntomas activos se denomina periodo prodrómico y puede durar años. En tres cuartas partes de los casos, aparecen síntomas inespecíficos y negativos antes del primer síntoma positivo. A los síntomas iniciales suelen acompañarse de deterioro funcional.

En la Tabla 1.16. se presentan los signos iniciales en la aparición del trastorno esquizofrénico.

Tabla 1.16.
Signos iniciales en el trastorno esquizofrénico.

- Alteraciones del comportamiento
- Pérdida de interés
- Ansiedad generalizada
- Susplicacia
- Depresión leve transitoria
- Apatía en las actividades sociales que antes eran importantes
- Abandono del trabajo
- Un cambio profundo y visible en los hábitos
- Descuido en el aseo, la higiene, el cuidado de la vestimenta o la puntualidad.
- El enfermo puede actuar o vestirse de forma extraña o extravagante.
- Restan importancia a los valores personales

Normalmente, las explicaciones para estos cambios y comportamientos son simbólicas, metafóricas o extrañas.

La evaluación diagnóstica

La evaluación diagnóstica de la esquizofrenia debería incluir:

- Historia detallada del paciente, basada en informes del propio enfermo y de personas allegadas (miembros de la familia, amigos), con el fin de evaluar la personalidad y el funcionamiento global del paciente.
- Examen del estado mental.
- Exploración física (incluida una exploración neurológica).
- Estudio de laboratorio habitual con análisis de bioquímica sanguínea y hemograma.

Aunque no existen datos físicos o de laboratorio específicos, que confirmen el diagnóstico de esquizofrenia, las evaluaciones físicas incluidas en la lista precedente son necesarias para descartar otras posibles causas de los síntomas, como trastornos orgánicos, y para evaluar enfermedades somáticas comórbidas.

Además de analizar los síntomas, es importante:

- Conseguir información sobre el funcionamiento social del sujeto.
- Conocer el ambiente en el que vive.
- Saber la disponibilidad de ayuda social.
- Tener en cuenta las cualidades del usuario.
- Obtener información sobre la situación económica y los bienes.

Estos factores son extremadamente importantes en la planificación del tratamiento y la reintegración en la comunidad.

La esquizofrenia se caracteriza por la aparición de síntomas “positivos” como alucinaciones tanto visuales y auditivas, delirios, (ideas y explicaciones erróneas sobre la realidad y sobre la pobre identidad) y desorganización cognitiva en lo referente al lenguaje, memoria y percepción.

Otro tipo de síntomas son lo llamados “negativos”, formados por conductas de aislamiento, depresión y disminución en las actividades vitales cotidianas.

A continuación se expone una parte de lo que implica la desorganización cognitiva en lo referente al lenguaje, memoria y percepción de la persona que sufre de esquizofrenia.

Los enfermos que sufren trastornos del pensamiento, tienen una forma de pensar confundida que se revela en el contenido y en la forma de lo que dicen. La conversación puede resultar difícil de seguir, porque salta de un tema a otro con poca o ninguna conexión lógica. Producen interrupciones en el hilo del pensamiento (bloqueo de pensamiento).

La sintaxis se vuelve extraña, sólo parece tener sentido para quien habla. Algunos pacientes creen que sus pensamientos están siendo difundidos, robados, controlados o inducidos por agentes externos (ej.: un extraterrestre, un demonio). Reciben el nombre de eco, difusión, inserción o robo del pensamiento. En los casos más graves, el lenguaje puede ser tan confuso e inconexo, difícil de comprender.

Comportamiento extraño: personas con esquizofrenia se comportan de forma extraña, transgreden normas y costumbre sociales (p.ej. se desnudan en público). Realizan gestos raros y muecas, adoptan expresiones faciales incongruentes y posturas extrañas sin razón aparente.

Síntomas positivos

Los síntomas positivos se reconocen con relativa facilidad, porque obviamente difieren de lo normal. Estos síntomas graves dificultan en gran medida el funcionamiento social del individuo.

Afortunadamente, los antipsicóticos pueden eliminar o reducir la intensidad de los síntomas positivos y disminuir las posibilidades de sufrir recaídas, aunque la persona todavía se vea afectada por los síntomas negativos.

En ocasiones se producen recaídas sin un factor desencadenante evidente. Una recaída puede venir provocada por:

- Un acontecimiento estresante.
- Relaciones conflictivas prolongadas.
- La interrupción o reducción de la dosis de los medicamentos.

Síntomas negativos

Embotamiento afectivo: las personas con esquizofrenias suelen presentar:

- Estado emocional aplanado.
- Falta de capacidad de respuesta a lo que pasa a su alrededor.
- Los gestos o el tono de la voz inadecuados.
- Inexpresivos en sus emociones.
- Incapaces de reflejar cambios en la expresión facial.
- Emociones inadecuadas e incongruentes ante acontecimientos felices o tristes.
- Reaccionan de forma inadecuada.
- Actúan sin objetivos.

Las personas que sufren de esquizofrenia manifiestan un gran cambio en la relación tanto personal como familiar.

Pérdida de vitalidad: la esquizofrenia reduce la motivación de las personas y disminuye su capacidad de trabajar o de participar en diversiones. Su interés por las actividades cotidianas como lavar, higiene personal y alimentación, entre otras están muy descuidadas. Aparentan indecisión, negativismo y pasividad, mezclados con impulsos súbitos.

Retraimiento social: las personas con esquizofrenia tienen:

- Dificultades para hacer y mantener amigos o conocidos.
- Las relaciones íntimas son escasas o inexistentes.
- El trato con los demás tiende a ser breve y superficial.
- Se evita de forma activa toda relación social.

Pobreza de pensamiento: algunas personas con esquizofrenia muestran una notable reducción de la cantidad y el contenido de su pensamiento.

- Rara vez hablan con espontaneidad.
- Contestan a las preguntas con respuestas cortas sin ningún detalle.
- El discurso se limita a frases cortas como “sí”, “no”, “no sé”.

En su expresión verbal reflejan:

- Asociaciones imprecisas o sin relación entre las ideas.
- Cortes incomprensibles.
- Saltos en el hilo del pensamiento.

A diferencia de los síntomas positivos, los negativos constituyen déficits más sutiles del funcionamiento y no suelen reconocerse como síntomas de la enfermedad. En ocasiones, los familiares u otras personas los interpretan erróneamente como signos de pereza. Si la persona no está motivada o se despreocupa de su aspecto, se puede pensar que lo hace intencionadamente para molestar o fastidiar a la familia.

Los síntomas negativos también pueden deberse a una depresión (que puede manifestarse a la vez que la esquizofrenia) o constituir la respuesta a un ambiente poco estimulante (como una estancia prolongada en el hospital) o presentarse realmente como efectos secundarios de algunos antipsicóticos. Suele ser difícil determinar si los síntomas negativos forman parte de la propia esquizofrenia o son el resultado de este otro tipo de problemas. La capacidad de la persona para trabajar, relacionarse con los demás y cuidar de sí misma durante la remisión depende en gran parte de la gravedad de los síntomas negativos residuales.

La mayoría de las personas con esquizofrenia sólo tiene algunos síntomas positivos y negativos en un momento determinado. Normalmente, el tipo y la intensidad de los síntomas varían sobremanera en el transcurso de la esquizofrenia y de una persona a otra. Algunos pacientes no experimentan nunca alucinaciones, otros no padecen delirios y los hay que no tienen síntomas negativos mientras que otros los sufren en todo momento.

Para valorar el curso y el desenlace de la esquizofrenia, se deben tener en cuenta tanto las diferentes manifestaciones de la enfermedad como los factores biográficos (síntomas negativos y positivos, discapacidad y deterioro funcional, condiciones de vida y de trabajo y satisfacción subjetiva con la situación vital).

Incluso tras un episodio esquizofrénico de breve duración, las condiciones de vida subjetivas y objetivas de los enfermos no sólo dependen de la gravedad del trastorno, sino también del grado de aceptación en la familia, el trabajo y la sociedad

en general, una aceptación que frecuentemente es baja por la estigmatización asociada con la esquizofrenia.

En muchos casos, la calidad de vida también se deteriora por un aumento significativo de la vulnerabilidad a la depresión. De esto se habla más adelante en el apartado 1.1.3. estudios internacionales.

En la esquizofrenia de inicio temprano, la enfermedad suele ser más grave particularmente en los varones. Los episodios son más agudos y tienen consecuencias sociales importantes, sobre todo porque impiden en mayor medida el desarrollo social. Con la edad, la enfermedad remite, especialmente en los varones y su curso, y es menos grave.

Los síntomas psicóticos se estabilizan tras un curso prolongado. Incluso los pacientes que continúan teniendo síntomas recurrentes a menudo están capacitados para llevar una vida satisfactoria y productiva dentro en la sociedad y para realizar bien su trabajo. En los estudios financiados por la OMS donde se han investigado la evolución de la enfermedad en diferentes países, durante 40 años se ha observado que de uno a dos tercios de los pacientes muestran un nivel de vida social bueno o, por lo menos, moderadamente bueno. Una gran proporción de pacientes es capaz de llevar una vida satisfactoria y casi completamente independiente dentro de la comunidad. Por lo que el resultado final de la enfermedad puede ser una recuperación completa, un nivel leve de perturbación o una incapacidad grave.

De los estudios realizados por la OMS se obtuvieron los siguientes resultados que se citan a continuación tras examinar los factores asociados a un mejor o peor pronóstico de la esquizofrenia, así como los predictores de la evolución a corto y largo plazo, incluyendo tanto la evolución global del trastorno como la de determinados aspectos (ej., sintomáticos, clínicos, sociales y de empleo).

Los factores asociados a una mejor evolución global a corto plazo aparecen en la Tabla 1.17. mientras que los factores asociados con un pronóstico peor se resumen en la Tabla 1.18.

Tabla 1.17.

Factores asociados con una mejor evolución a corto plazo de la esquizofrenia.

Breve duración del episodio inicial del trastorno.
Menos episodios de enfermedad similares en el pasado.
Buena adaptación premórbida en áreas como las relaciones sociales y el empleo.
Predominio de síntomas positivos floridos y ausencia de síntomas negativos.
Estar casado.
Ser mujer.
Breve intervalo entre el comienzo de la psicosis y el inicio del tratamiento.
Inicio agudo.
Extracción rural y lazos familiares fuertes.
Ausencia de crítica, hostilidad o sobreimplicación en el hogar y en el ambiente familiar.
Buena observancia del tratamiento farmacológico.

Tabla 1.18.

Factores asociados a peor pronóstico y evolución a corto plazo a esquizofrenia.

Menor de edad al comienzo del trastorno.
Comienzo crónico e insidioso.
No estar casado.
Ser varón.
Escasa adaptación premórbida.
Antecedentes familiares de esquizofrenia.
Larga duración de la enfermedad.
Psicosis no tratada durante más tiempo.
Abuso de sustancias y enfermedades mentales comórbidas.
Alteraciones en estudios de imagen cerebral y presencia de signos neurológicos blandos al comienzo de la enfermedad, especialmente en pacientes en su primer episodio.
Crítica desmedida, hostilidad o sobreimplicación en el hogar y en el ambiente familiar.

1.1.3. Estudios internacionales

El sistema más utilizado es el de la Organización Mundial de la Salud, la Clasificación internacional de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) (OMS 1992). Los criterios incluidos en la cuarta edición (DSM-IV), publicada en 1994, son similares a los de la CIE-10.

Procedencia: Organización Mundial de la Salud, Informe del Estudio Piloto Internacional (IPPS) de esquizofrenia (OMS 1973; Jablensky *et al.*, 1992).

El IPPS de la esquizofrenia realizado por la OMS, entre 1969 y 1976, comprobó que la esquizofrenia era un trastorno omnipresente con un cuadro clínico similar en todas las zonas estudiadas (OMS, 1973). En la Tabla 1.19 se muestran las diez principales causas de discapacidad.

Tabla 1.19.
Las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo en edades entre 15 y los 44 años (1990).

Enfermedad o daño	Clasificación
Depresión mayor unipolar	1
Tuberculosis	2
Accidentes de tráfico	3
Consumo de alcohol	4
Daños autoprovocados	5
Trastorno bipolar	6
Guerra	7
Violencia	8
Esquizofrenia	9
Anemia ferropénica	10

Estudios recientes que han cuantificado la carga total de la esquizofrenia, revelan que la enfermedad causa sufrimiento, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario en los pacientes y sus familias.

Con independencia de donde aparezcan, los síntomas característicos de la esquizofrenia son básicamente los mismos: ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del pensamiento, trastornos catatónicos y síntomas negativos. Sin embargo, la forma en que surgen y el tipo particular de síntomas relevantes pueden variar entre los distintos individuos y culturas. Además, debido a las diferencias existentes en las costumbres y expectativas sociales, las culturas difieren en la valoración de la importancia de los distintos síntomas.

Diferencias en la evolución y el pronóstico de la enfermedad entre países desarrollados y países en vías de desarrollo

Estudios de la OMS y de ICMR han demostrado invariablemente que los pacientes de países en vías de desarrollo tienen una evolución y un pronóstico más favorables, así como tasas mayores de recuperación (OMS, 1979; ICMR, 1988; Kulhara, 1994). El primer indicio de que el curso del trastorno es diferente en poblaciones de color no europeas lo proporcionó el estudio de Murphy y Raman (1971) en Mauricio. Estos autores descubrieron que la evolución del trastorno en los indígenas negros y en las personas de origen indio era más benigna, el pronóstico era más favorable que entre los europeos de raza blanca. Kulhara y Wig (1978) publicaron descubrimientos parecidos en la India.

Dos estudios de la OMS han puesto de manifiesto que en países en vías de desarrollo el pronóstico de la enfermedad es favorable en el doble de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia que en los países desarrollados (OMS, 1979; Jablensky *et al.*, 1992).

En el estudio IPPS una investigación transcultural de 1202 pacientes en nueve países (OMS, 1973), se observó que después de un seguimiento de dos años, los pacientes con un diagnóstico inicial de esquizofrenia se caracterizaban por una evolución y un pronóstico de la enfermedad más favorables en los centros de los países en vías de desarrollo (OMS, 1979). En un seguimiento a cinco años las consecuencias clínicas y sociales también fueron mejores en pacientes de países en vías de desarrollo que en países desarrollados (Leff *et al.*, 1990).

En el segundo estudio (Jablensky *et al.*, 1992), 1379 pacientes de 10 países fueron seguidos durante 2 años. De nuevo, se obtuvieron mejores resultados en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados. El porcentaje de pacientes en países en vías de desarrollo y desarrollados que se incluyeron en las categorías escogidas de variables de la evolución y el pronóstico de la enfermedad. En este informe, el 62,7% de los pacientes de los países en vías de desarrollo mostró una evolución favorable en los dos años de seguimiento, frente al 36,8% de los países desarrollados; el 38,3% de los pacientes de países no industrializados no presentaron síntomas (remisión completa) durante más de las tres cuartas partes del periodo de seguimiento, comparado con un 22,3% en los países desarrollados. Estudios más recientes en la India han confirmado estos datos (Verghese *et al.*, 1989; Thara *et al.*, 1994).

Todavía no se esclarecido del todo la razón por la cual el pronóstico es mejor en los países en vías de desarrollo, pero este hecho puede obedecer a que muchas personas que padecen enfermedades mentales en estas zonas son aceptadas mejor, están menos estigmatizadas y tienen más facilidad para encontrar trabajo en la economía agrícola de subsistencia (Warner, 1994; Kulhara, 1994). La observación se basa en el hecho de que las estrategias que reducen la crítica y la hostilidad de los familiares mejoran el pronóstico. (Leff y Vaughn, 1981).

Una diferencia notable radica en que, *en* los países en vías de desarrollo, los que padecen esquizofrenia permanecen normalmente en la comunidad, con sus familias, lo que les ayuda a protegerse del aislamiento social y posiblemente se asocie con un pronóstico mejor. Esta teoría está respaldada por las investigaciones que indican que el aislamiento social se asocia con una evolución peor de la esquizofrenia (Henderson *et al.*, 1978; ICMR, 1988; Brugha *et al.*, 1993).

En los países desarrollados los esquizofrénicos a menudo tienen que afrontar las tensiones del ambiente urbano, mucho más competitivo y estresante que el ambiente en que viven los habitantes de las localidades rurales de los países en vías de desarrollo, menos exigente lo que puede contribuir al peor pronóstico de la enfermedad. No obstante, por ahora los motivos reales de estas diferencias en el

pronóstico siguen siendo hipotéticos por lo que sería necesario realizar nuevas investigaciones al respecto (Kulhara, 1994).

En regiones con un sistema de salud mental bien desarrollado, el deterioro de la actividad social se observa más de dos años antes del primer ingreso en el hospital y a menudo se manifiesta en un nivel máximo al comienzo del tratamiento (Häfner, 1996).

En la siguiente Tabla 1.20. se realiza un seguimiento de los pacientes que padecen de esquizofrenia en diferentes países tras cinco años y se observa el nivel de discapacidad. Discapacidad nula, leve, moderada o grave.

Tabla 1.20.
Discapacidad social de pacientes esquizofrénicos a los cinco años de seguimiento.

Centro	Discapacidad grave	Discapacidad nula, leve o moderada
	%	%
Aarhus (Dinamarca)	50	50
Agra (India)	13	87
Cali (Colombia)	17	83
Ibadan (Nigeria)	19	81
Londres (Inglaterra)	27	73
Moscú (Rusia)	23	77
Praga (República Checa)	30	70
Washington (EE.UU.)	25	75
Todos los centros	24	76
(n=28,12, p<0,001)		

En los países en vías de desarrollo hay un pronóstico más positivo en las personas que padecen enfermedades mentales, en estas zonas son aceptadas mejor, están menos estigmatizadas y tienen más facilidad para encontrar trabajo en la economía agrícola de subsistencia. En estos países, las personas que padecen esquizofrenia permanecen normalmente en la comunidad, con sus familias, lo que les ayuda a protegerse del aislamiento social y posiblemente se asocie con un pronóstico mejor. El mejor pronóstico en los países en vías de desarrollo puede obedecer a que

muchas personas que padecen enfermedades mentales en estas zonas son aceptadas mejor.

En la Tabla 1.21. se indica la diferencia de la evolución y pronóstico en porcentaje de pacientes en países en vía de desarrollo y países desarrollados.

Tabla 1.21.
Evolución y pronóstico en porcentaje de pacientes en países en vía de desarrollo y países desarrollados.

Categoría de evolución y pronóstico	Países en vías de desarrollo	Países desarrollados
1. Curso remitente con recuperación completa.	62,7	36,8
Enfermedad psicótica continua o episódica sin remisión completa.	35,7	60,9
2. Con episodios psicóticos durante el 25% del periodo de seguimiento.	18,4	18,7
Con episodios psicóticos durante el 76-100% del periodo de seguimiento.	15,1	20,2
3. En remisión completa el 0% del periodo de seguimiento.	24,1	57,2
En remisión completa el 76-100% del periodo de seguimiento.	38,3	22,3
4. Sin antipsicóticos durante todo el periodo de seguimiento.	5,9	2,5
Con antipsicóticos el 76-100% del periodo de seguimiento.	15,9	60,8
5. Nunca hospitalizado.	55,5	8,1
Hospitalizado el 76-100% del periodo de seguimiento.	0,3	2,3
6. Deterioro de la actividad social durante todo el periodo de seguimiento.	15,7	41,6
Actividad social normal el 76-100% del periodo de seguimiento.	42,9	31,6

Esta teoría está respaldada por investigaciones que indican que el aislamiento social se asocia con una evolución peor de la esquizofrenia.

En los países desarrollados las personas con esquizofrenia a menudo tienen que afrontar las tensiones del ambiente urbano, mucho más competitivo y estresante que el ambiente en que viven los habitantes de las localidades rurales de los países en vías de desarrollo, menos exigente, lo que puede contribuir al peor pronóstico de la enfermedad. En consecuencia, esto avala la teoría del estrés-vulnerabilidad, estrategias que reducen la crítica y la hostilidad de los familiares mejoran el pronóstico. No obstante, por ahora los motivos reales de estas diferencias en el pronóstico siguen siendo hipotéticos por lo que sería necesario realizar nuevas investigaciones al respecto.

Todo lo anterior ha hecho posible el que de una manera formal se desarrolle un marco teórico y un plan de acción comunitario, con ello se pretende aunar los conocimientos del plan de salud mental.

1.1.3.1. Plan internacional en salud mental

En cuanto a la salud mental destaca la amplitud del marco normativo, así como la gran dispersión de normas, dada la existencia de abundante legislación sanitaria genérica, que contiene alguna referencia acerca de la salud mental.

Comenzando por el marco europeo e Internacional, es de destacar la tendencia a la presencia cada vez mayor de la comunidad europea en el ámbito de la salud mental, debido al creciente interés social y a la realidad de un problema que afecta, en mayor o menor grado, a una parte importante de la población (algunos estudios de la unión europea hablan del 27% de la población que sufre algún tipo de trastorno psíquico al menos una vez en su vida). En esta línea, hay que mencionar los siguientes documentos:

1. El programa de salud pública de la Unión Europea 2003-2008

Representa el actual instrumento de intervención en materia de salud mental a escala comunitaria. Su fundamento jurídico es el artículo 152 del tratado constitutivo de la Comunidad Europea. Todas las acciones que se llevan a cabo respetan plenamente las responsabilidades de los estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica.

2. El día 14 de Octubre de 2005, la comisión Europea adoptó el libro Verde "Mejorar la salud mental de la población". Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental'. La finalidad de dicho libro Verde es la de promover una consulta pública sobre cómo hacer frente a la enfermedad mental y sobre cómo promover la salud mental en la Unión Europea de acuerdo con el mandato para actuar en ese sentido a nivel comunitario. Si la iniciativa fuese aprobada en el proceso de consulta, podría desembocar en la adopción de una propuesta de la comisión para una estrategia sobre la salud mental a finales de 2006.

3. A nivel internacional, existen documentos que constituyen marcos de deseable cumplimiento, aunque no sean normas legales en sentido estricto. A modo de ejemplo, mencionaremos la declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría, declaraciones de la OMS como los diez principios básicos de atención a la salud mental, etc.

4. Por último, dentro del nivel internacional, no se puede dejar de mencionar la importantísima “declaración Europea de salud mental” y el “plan de acción en salud mental para Europa”, emanados de la conferencia ministerial de la OMS celebrada en Helsinki en enero de 2005, en el que se declara la salud mental como una prioridad en el seno de la Unión Europea. Este plan es el que está sirviendo de directriz, en gran medida, para las estrategias en materia de salud mental que se están redactando actualmente en nuestras comunidades autónomas.

En el marco nacional, y según el ministerio de sanidad la enfermedad y la salud no se refieren a significados de todo o nada, sino que traducen un continuo en el que los condicionantes bio-psico-sociales hacen manifestarse las disfunciones orgánicas o psicológicas.

Padecer una enfermedad no ocasiona una discapacidad total en todas las áreas sociales. La relativización de los conceptos de enfermedad y salud nos aproximan a una realidad en la que las personas no están enfermas o sanas en una dicotomía excluyente, esto es válido también para la enfermedad mental.

Las personas con depresión, con fobia a las alturas, hipocondría o con adicción al juego son consideradas hoy por la ciencia como enfermos mentales. Pero lo que nos interesa ahora es la enfermedad mental que incluye a las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental de origen orgánico determinante. Las demencias seniles como el alzheimer o las deficiencias psíquicas como el retraso mental, estarían dentro de esta categoría. Sin embargo, existe un grupo de enfermedades clasificadas por su gravedad, incidencia y desprotección, personas con enfermedades mentales crónicas, como son las personas con esquizofrenia, depresión mayor y los trastornos maníacos, depresivos o bipolares como principales trastornos. Este último grupo es el formado por lo que podríamos llamar con cierta

propiedad, el grupo de las enfermedades crónicas limitantes y el que habitualmente se encuentra como población institucionalizada.

Los aspectos legales de la salud mental incluyen el internamiento y la incapacitación, que se comentan a continuación.

El internamiento forzado:

La falta de conciencia de enfermedad o la exacerbación de los síntomas en una crisis esquizofrénica ocasiona en multitud de ocasiones que los ingresos hospitalarios se produzcan en contra de la voluntad del enfermo. De no existir una incapacitación legal, el enfermo en este caso está protegido para que dicho ingreso no sea causa de dolor, mala fe o negligencia.

Proceso:

- El/la psiquiatra aconseja el internamiento.
- El internamiento se produce por indicación del psiquiatra de medicina ambulatoria o del centro de salud mental.
- El/la juez autoriza el internamiento
- La familia acude a urgencias sin indicación del clínico.
- Es evaluado por el internamiento si varía el criterio del psiquiatra.
- Se produce el internamiento de urgencias.
- Comunicación del hospital al juez en un plazo de 24 horas.
- Comunicación del alta del mismo modo.

La aceptación del tratamiento

Deben considerarse dos supuestos básicos, estos son si el enfermo ha sido ingresado contra su voluntad, por lo que puede presumirse que no está en condiciones de decidir sobre el tratamiento a seguir (LGS art. 10.6 y 1263 del CC), o bien si el ingreso ha sido voluntario, en cuyo caso el enfermo tiene pleno derecho a manifestar reticencias o rechazar algún tipo de tratamiento /RES. ONU 46/17, LGS 10.6 y 10.9)

La incapacitación, tutela y curatela

Estas figuras vienen contempladas en nuestro código civil en los artículos comprendidos entre el 199 y 212.

La incapacitación se produce a petición del cónyuge o de los familiares más próximos o bien del ministerio fiscal, oídas las partes el juez consiente prorrogar la patria potestad de los familiares o nombrar un tutor diferente que puede ser el propio estado. La incapacitación puede ser reversible si existen nuevas circunstancias que modifiquen los supuestos iniciales. La tutela significa que la capacidad de obrar como persona física en negocios jurídicos pasa al tutor, siendo responsable el mismo de la administración del patrimonio y atención al enfermo. La curatela es una tutoría atenuada que se refiere por lo general a la incapacidad de obrar en aquellos asuntos de acompañamiento legal o asesoramiento sobre administración de bienes. El curator no es el representante del incapacitado, sino más bien su asesor.

No obstante, el paciente tiene sus derechos y está protegido por la Constitución y diversas leyes.

1. La Constitución Española de 1.978, artículo 43. Reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

2. La ley 14/1986 general de sanidad, artículo 45: el sistema nacional y de salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Real decreto 63/1995 de ordenación de las prestaciones sanitarias del servicio nacional de salud. Establece que las prestaciones sanitarias serán facilitadas directamente a las personas por el sistema nacional de salud y financiadas con cargo a la seguridad social o fondos estatales adscritos a la sanidad.

3. La ley 16/2003 de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, establece que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la

cartera de servicios, que se acordará en el seno del consejo interterritorial y se aprobará mediante real decreto. Una vez consumado el proceso de transferencias de competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas, esta ley tiene como objeto garantizar la cohesión interna y la coordinación del servicio nacional de salud.

4. Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización. En el anexo II (cartera de servicios comunes de atención primaria) se encuentra, en el punto 8, lo relativo a salud mental, y en el anexo III, la cartera de servicios comunes de atención especializada.

5. Como legislación específica de carácter nacional, aunque no marco, debemos mencionar el Real Decreto 450/2005 de 22 de Abril sobre especialidades de enfermería, que establece la especialidad de enfermería en salud mental, así como el real decreto 2490/1998 de 20 de Noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de psicólogo especialista en psicología clínica.

1.1.4. Relaciones entre la esquizofrenia y el abuso de sustancias

1.1.4.1. El abuso de las drogas

La drogadicción puede precipitar el inicio de la esquizofrenia, desencadenar el desarrollo de la enfermedad. Esta conclusión deriva de la experiencia del uso experimental del LSD en psiquiatría durante los años 50 y 60 en Gran Bretaña y Estados Unidos, y en menor grado en España.

Las drogas alucinógenas como el LSD inducen a episodios breves de psicosis, esto junto con el uso excesivo de marihuana y de drogas estimulantes como la cocaína y la metamfetamina puede desencadenar psicosis tóxicas breves con rasgos similares a los de la esquizofrenia (Bowers, 1987; Tennent y Groesbeck, 1972).

Los pacientes y voluntarios que sufrieron una psicosis prolongada como la esquizofrenia fueron apenas mayores en proporción que la que cabía esperar en la población general (Cohen, 1960; Malleon, 1971).

En un estudio sueco se dio otro resultado, los soldados que consumían gran cantidad de marihuana mostraban una predisposición seis veces mayor para padecer esquizofrenia en algún momento de su vida (Andreasson *et al.*, 1987).

En la actualidad acontece que las personas predispuestas a sufrir la enfermedad se valen de la marihuana para enfrentarse a los síntomas premórbidos del trastorno. La mayoría de las personas con esquizofrenia empiezan a consumir drogas tras el desarrollo de los primeros síntomas prodrómicos de la enfermedad (Hambrecht y Häfner, 1996). Si el abuso de drogas desencadenase una esquizofrenia que de todas formas habría aparecido, cabría esperar que la enfermedad se iniciara antes en los individuos con adicción a las drogas.

Hay estudios que demuestran que esto es así (Breakey *et al.*, 1974; Weller *et al.*, 1988; Tsuang *et al.*, 1982), mientras que otros pocos no lo han puesto de manifiesto (Vardy y Kay, 1982; Taylor y Warner, 1994).

En conclusión, parece posible que el abuso de sustancias puede desencadenar una esquizofrenia, pero no producirla.

1.1.4.2. Existencia de la patología dual

La patología dual consiste en la comorbilidad de un trastorno de conductas adictivas y otro trastorno mental. En determinados diagnósticos, como es el caso de la esquizofrenia tiene una mayor prevalencia el uso de cannabis. Los pacientes con patología dual realizan un consumo incluso combinado de varias sustancias. La drogadicción y el alcoholismo empeoran la evolución de la enfermedad e inciden sobre el estado de la persona y la descompensación de la propia enfermedad.

Algunos estudios han demostrado que enfermos mentales que consumen drogas o beben alcohol presentan más síntomas psicóticos (Janowsky y Davis, 1976; Knudson y Vilmar, 1984; Negrete *et al.*, 1986), se integran peor en la comunidad (Drake y Wallach, 1989; Hekimian y Gershon, 1968) y vuelven a ingresar con más frecuencia en los hospitales (Drake y Wallach, 1989; Carpenter *et al.*, 1985; Crowley *et al.*, 1974; Safer, 1985).

Se ha observado que este tipo de pacientes toman sus medicamentos con menos regularidad (Drake y Wallach, 1989), lo que explicaría en parte por qué sus síntomas son más graves y la evolución de la enfermedad peor.

El consumo de marihuana y drogas estimulantes, como la cocaína, puede aumentar síntomas esquizofrénicos como los delirios y las alucinaciones (Janowsky y Davis, 1976; Knudson y Vilmar, 1984; Negrete *et al.*, 1986).

Personas con esquizofrenia dicen que consumen marihuana porque les ayuda a sentirse menos ansiosos, deprimidos o aburridos (Test *et al.*, 1989; Warner *et al.*, 1994).

El consumo de alcohol es un problema grave, es una sustancia fácil de obtener, reduce el control de los impulsos y exacerba los síntomas. Las personas que padecen esquizofrenia están más predispuestas al tabaquismo y a fumar en exceso. Estudios recientes sugieren que una de las causas se encuentra en la nicotina, ya que esta sustancia reduce de manera breve las alucinaciones y otros síntomas de la esquizofrenia (Freedman *et al.*, 1994, 1997).

1.1.4.3. Aumento de la marginación social

El estigma asociado a las enfermedades mentales es tan antiguo como la propia noción del sufrimiento mental. Es en el campo de la psiquiatría donde el concepto de estigma sigue siendo importante para describir la persistencia casi universal de conceptos, actitudes y discriminación social atribuidos a las personas que sufren de trastornos mentales.

Goffman (1988) y Guimon (2001), han estudiado el estigma asociado a los trastornos mentales proponiendo explicaciones sobre su estructura, componentes y funcionamiento.

Corrigan y Watson (2002) establecen una distinción entre el estigma público y el auto-estigma en los trastornos mentales. El primero es comprendido como la reacción de la sociedad ante la enfermedad mental. El segundo es entendido como el prejuicio de los portadores de trastornos mentales contra si mismos.

El estigma, público o individual, posee tres componentes: estereotipos (rótulos), prejuicios y discriminación.

1. Estereotipos son “estructuras de conocimiento social muy eficientes” (Corrigan y Watson, 2002), compartidas por un grupo social. Son sociales en la medida que representan creencias interiorizadas por la colectividad acerca de características imputadas a determinados grupos o categorías. Son “eficientes” porque rápidamente evocan en las personas impresiones y expectativas referentes a las personas que pertenecen al grupo rotulado. Los prejuicios son, fundamentalmente, respuestas cognitivas y afectivas implicando un juicio, usualmente negativo, con respecto al grupo estigmatizado.

2. La discriminación involucra una respuesta o reacción. Es un comportamiento, generalmente resultante del prejuicio, puede ser de exclusión, evasión, hostilidad y agresión.

3. El estigma es inherente a las estructuras sociales que forman una sociedad - evidente tanto en la manera como las leyes y los sistemas de asistencia y justicia están organizados, como en la distribución de recursos. (Corrigan y Watson, 2002).

El proceso de estigmatización generalmente obedece a una secuencia de acontecimientos:

1. Las personas distinguen y etiquetan diferencias en un proceso de selección social de las características humanas.
2. La etiqueta está asociada a trazos indeseables, generando estereotipos negativos.
3. El individuo o grupo "seleccionado" deja de ser visto como "uno de nosotros" para conformar una categoría excluida, constituyendo una oposición "ellos y nosotros".
4. El individuo o grupo rotulado pierde estatuto y pasa a sufrir discriminación.

Los trastornos mentales constituyen un universo de sufrimiento que muchos desearían no ver, porque reflejan los miedos, ignorancia y los límites humanos. Las personas que sufren de trastornos mentales graves nos incomodan con su sufrimiento, y los portadores de esquizofrenia representan uno de los grupos que recibe mayor carga de juzgamiento y rechazo social. Síntomas como delirios y alucinaciones desafían el sentido común y la creencia de una realidad única y evidente, compartida por todos. Más allá de eso, el enfermo frecuentemente presenta comportamientos sociales inadecuados y actitudes bizarras que no son usualmente comprendidas y toleradas. La imagen pública de la esquizofrenia es de 'esquizofrénico', un sujeto sin autonomía, "loco".

La discriminación debida a la esquizofrenia aumenta el sufrimiento de la persona que padece la enfermedad y también sus allegados sufren, porque se ven marcados por el estigma asociado al trastorno. La desinformación y los prejuicios relacionados a la esquizofrenia crean un círculo vicioso que contribuye a perpetuar, en todos los niveles de relaciones sociales incluyendo las relaciones entre pacientes y profesionales de la salud mental, los mitos sobre la dolencia que afectan negativamente el tratamiento y las oportunidades de integración social de estas personas.

El principal combustible del estigma es la desinformación, su mayor daño la desventaja social. La desventaja social es, sin duda, el mayor precio que se paga por la estigmatización de la esquizofrenia. Desde el punto de vista del que padece, la desventaja comienza por la falta de tratamiento adecuado. En muchos casos a los pacientes les toma años encontrar un lugar que ofrezca asistencia adecuada, en donde la medicación prescrita sea correctamente orientada, en donde los pacientes y sus familiares reciban información y sean ayudados con sus dudas y conflictos. Pocos son los servicios que ofrecen abordajes terapéuticos que efectivamente puedan auxiliar a esas personas y desenvolver recursos para retornar a la convivencia social. Se sabe que tratamientos menos efectivos dan resultados menos positivos. Los pacientes maltratados, siguen siendo juzgados de improductivos, perezosos e irresponsables, y de esta manera surge el mito de que no hay tratamiento eficaz para la esquizofrenia.

Estudios internacionales han mostrado que el estigma es la influencia más negativa en la vida de las personas que padecen de un trastorno mental. Posiblemente como se dijo en el apartado 1.1.3. referido a los estudios internacionales, se da una explicación al “porque” se da mayor índice de recuperación a los pacientes de los países pobres que sufren menos estigma. Su evolución y pronóstico es más favorable, puesto que en los países en vías de desarrollo las personas que sufren de esquizofrenia permanecen en la comunidad.

La discriminación causa daño: destruye el auto-estima, genera depresión y ansiedad, crea aislamiento y exclusión social. Esto explicaría por tanto que en los países subdesarrollados la integración de los enfermos mentales, bajo el amparo familiar ayuda a la integración y participación en el desarrollo y acción social.

En la Tabla 1.22. se presentan las principales consecuencias para el trastorno de esquizofrenia.

Tabla 1.22.
Consecuencias para los portadores de esquizofrenia.

Aislamiento social
Baja adhesión al tratamiento
Desmoralización y desesperanza
Abuso de alcohol y drogas
Institucionalización

A la marginación social se une lo que se denomina 'estigma estructural'. Aquellos aspectos del estigma asociados a las estructuras institucionales y comunitarias de regulación y provisión de servicios dentro del sistema de salud mental.

Uno de los mitos mas extendidos es el de que el enfermo esquizofrénico es violento. Ante esto hay que decir que no existe una clara relación entre esquizofrenia y heteroagresividad. La autoagresividad es la causa mayor de muerte prematura en pacientes esquizofrénicos. Cerca del 15 % de los esquizofrénicos cometen suicidio (sea porque tienen ideas delirantes, voces que los martirizan permanentemente o están muy deprimidos) y alrededor del 3 % del total de los suicidios son cometidos por esquizofrénicos.

Sin duda un paciente agudo, víctima de alucinaciones o creencias delirantes de persecución se puede volver violento, pero estudios bien dirigidos no han demostrado diferencia estadísticamente significativa entre la violencia proveniente de esquizofrénicos y la proveniente de la población general.

1.1.4.4. Esquizofrenia y suicidio

El suicidio es la causa principal de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. La incidencia de suicidios completados a lo largo de la vida en pacientes con esquizofrenia es de un 10 a un 13% y se estima en un 18 a 55% el porcentaje de pacientes con esquizofrenia que intentan suicidarse.

En la Tabla 1.23. se presentan los principales factores de riesgo del suicidio.

Tabla 1.23.

Factores de riesgo de suicidio asociados a la esquizofrenia.

sexo masculino	raza blanca	soltería
aislamiento social	depresión /desesperanza	falta de empleo
pérdidas recientes	dependencia de sustancias	un deterioro progresivo
	Familiares con intentos de suicidio	curso crónico

Los factores de riesgo específicos son:

- La juventud.
- Los 6 primeros años siguientes a la hospitalización inicial.
- Tener un CI elevado.
- Percepción de la pérdida de capacidades funcionales.

Los factores adicionales son:

- La presencia de ideas suicidas.
- Las alucinaciones auditivas.
- El alta reciente del hospital.

Se recomienda aumentar la frecuencia de las visitas ambulatorias en caso de alta reciente del hospital, ya que constituye un período de vulnerabilidad del paciente. El mayor riesgo de suicidio en la esquizofrenia se produce en la fase de remisión principalmente por desesperanza, empobrecimiento y deterioro cognitivo.

1.1.5. Etiología de la esquizofrenia: teorías biológicas, psicológicas y sociales.

Desde que en 1908, Bleuer utilizó por primera vez el concepto de esquizofrenia, las investigaciones sobre esta enfermedad se han ido acumulando en el acervo científico de conocimientos. La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales de mayor complejidad e interés en psiquiatría, y posiblemente una de las enfermedades de mayor impacto en la salud pública mundial (Stromgen, 1994). Cuando se habla de la esquizofrenia es como si fuera una entidad única, pero dentro de la categoría diagnóstica se puede incluir una variedad de trastornos, con causas heterogéneas, síntomas clínicos variables, diversas respuestas al tratamiento y diferentes evoluciones.

En la Tabla 1.24. se presenta la etiología de la esquizofrenia desde el siglo XX.

Tabla 1.24.
Etiología de la esquizofrenia.

Inicio del S. XX	La esquizofrenia es un trastorno cerebral de naturaleza "endógena".
Tras la II Guerra Mundial	Las teorías psicoanalíticas, desplazan las bases genéticas y/o neurobiológicas hacia las alteraciones de las relaciones familiares y los factores estresantes psicosociales.
Década de los 60	Se llegó a considerarla como "una respuesta sana a un mundo enfermo" (Stromgen, 1994).
Últimas décadas	La esquizofrenia se considera un trastorno cerebral y se centra en la investigación sobre los determinantes biológicos.

Este cambio se debe a los avances en los estudios de neuroimagen y neuropatología que aportan evidencias de alteraciones cerebrales en los pacientes esquizofrénicos. Los datos apuntan hacia un trastorno en el desarrollo inicial del cerebro más que a un proceso degenerativo (Gottesman, 1991). Un hecho que nunca ha sido cuestionado es la mayor frecuencia de esquizofrenia entre los familiares de pacientes afectados por el trastorno que en la población general (Gottesman, 1991).

Empezando por las teorías genéticas hay estudios sobre la esquizofrenia:

Los *estudios familiares* (Gottesman, 1991) demuestran que los familiares en primer grado presentan un riesgo de padecer el trastorno 10 veces superior al de la población normal, pero no permiten diferenciar los riesgos derivados de factores genéticos y ambientales. Información más específica sobre los factores genéticos de la esquizofrenia procede de los estudios de adopción y gemelos.

Los *estudios de adopción* permiten demostrar la mayor prevalencia del trastorno en hijos de padres biológicos esquizofrénicos educados por padres adoptivos no esquizofrénicos, respecto a hijos adoptivos de padres biológicos que no padecían esquizofrenia. Del mismo modo han puesto de manifiesto que el educarse en una familia con un miembro afecto no aumenta significativamente el riesgo de padecer esquizofrenia (Tienari, 1994; Kety, Wender, Jacobsen *et al.*, 1994; Kendler, Gruenberg y Kinney, 1994).

En los *estudios de gemelos* se ha constatado que la concordancia entre gemelos dicigotos es del 14% mientras que entre monocigotos alcanza el 40 ó 50%. El riesgo de que los descendientes del gemelo monocigoto sano padezcan esquizofrenia es el mismo que el de los del gemelo afecto. Esto indica que el gemelo sano podría presentar un genotipo no expresado de la enfermedad. El estudio de gemelos monocigóticos criados por separado demostró que la concordancia se mantenía pese a los diferentes ambientes postnatales (Gottesman y Shields, 1982), (Gottesman y Bertelsen, 1989).

Los estudios más actuales en genética molecular (Casais, 1996; Cloninger, 1997) se basan en tres estrategias diferenciadas: 1) "Rastreo del genoma" con marcadores genéticos anónimos; 2) estudio de "loci favoritos" sugerentes de estar ligados a la enfermedad y 3) estudio de "genes candidatos" posiblemente implicados en la patofisiología del trastorno. Los avances más recientes, aunque sin resultados concluyentes, se han producido mediante el "rastreo del genoma", detectando posibles genes de susceptibilidad ligados con la esquizofrenia en el brazo corto de los cromosomas 6, 8, 9, y 20 y en el brazo largo del cromosoma 22.

Las evidencias de alteraciones cerebrales morfológicas y neurohistológicas en los esquizofrénicos, sugestivas de trastornos precoces del neurodesarrollo, han centrado el interés de la investigación en posibles factores de riesgo prenatales o perinatales, tal y como aparece en la Tabla 1.25.

Tabla 1.25.
Factores de riesgo ambiental (Martínez et al., 2006).

Ambiente postnatal	Inmigrante o minoría étnica. Consumo crónico de cannabis. Aislamiento en la infancia.
Ambiente prenatal y perinatal	Complicaciones obstétricas. Malnutrición severa (1er Trimestre). Gripe materna (Segundo Trimestre). Nacer en zona urbana. Nacer en invierno/inicio de primavera.

La influencia del *consumo de cannabis* en la adolescencia se asocia con la aparición de trastornos esquizofrénicos (Andreasson et al., 1987) pero aún no se ha determinado la dirección de la relación causal. El efecto patogénico de los factores psicosociales en la esquizofrenia es difícil de evaluar científicamente y no puede explicar la estabilidad de los datos epidemiológicos. El interés se centra actualmente en los acontecimientos vitales estresantes, la expresividad emocional y la interacción de estos factores con la vulnerabilidad a la enfermedad, así como sus efectos sobre el inicio de los síntomas y el pronóstico (Morcillo, 1996).

Los estudios de seguimiento de cohortes han mostrado un incremento moderado del riesgo relativo de esquizofrenia asociado a *complicaciones obstétricas*: hipoxia fetal crónica, bajo peso maternal e incompatibilidad Rh. Otros factores epidemiológicos estudiados son el aumento del riesgo de padecer esquizofrenia de los hijos de mujeres que durante el segundo trimestre de gestación se expusieron a una epidemia de *influenza*, o el mayor riesgo de esquizofrenia entre los nacidos durante el *invierno e inicio de la primavera*. También las *deficiencias nutricionales* de la madre durante el primer trimestre o el *estrés intenso* durante el embarazo debido a la muerte del esposo aumentan el riesgo de la enfermedad (Carpenter y Buchanan, 1994; Pozo, 1995; Cannon y Jones, 1996).

El modelo de estrés-diátesis (Zubin y Spring, 1977; Nuechterlein *et al.*, 1992) integra de modo comprensible los factores de tipo genético y ambiental (Figura 1.1). Este modelo se basa en la existencia de una vulnerabilidad (diátesis) específica de la persona, que bajo la influencia de una serie de factores ambientales estresantes conduce a la expresión de la enfermedad.

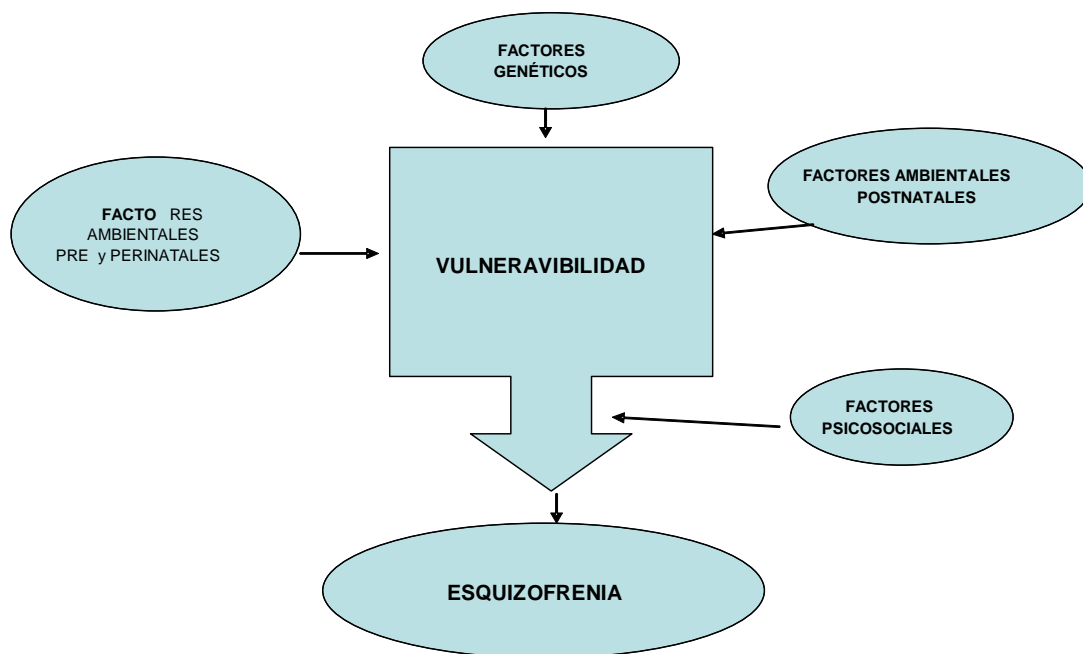


Figura 1.1. Modelo de interacción genes-ambiente.

Los conocimientos actuales apuntan claramente hacia el origen genético de la vulnerabilidad a enfermar de los pacientes esquizofrénicos y señala la existencia de diversos factores estresantes ambientales cuyo carácter necesario y/o suficiente para la expresión de la enfermedad no ha sido suficientemente probado.

Factores de riesgo. La esquizofrenia es un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Es una enfermedad la mayoría de las veces crónica, compleja y que, al igual que ocurre con la epilepsia, la diabetes o muchas otras dolencias de larga evolución, no afecta por igual a todos los pacientes.

Se puede afirmar que en tres de cada cuatro casos se detectan los primeros síntomas entre los 16 y 25 años de edad, afectando con la misma frecuencia tanto a hombres como a mujeres de cualquier país o cultura

La esquizofrenia es una enfermedad mental cuyas causas todavía se desconocen. Entre los factores que parecen ser los responsables están:

- Alteraciones de la química del cerebro.
- Alteraciones en la forma y funcionamiento del cerebro.
- Predisposición genética.
- Infección por virus.
- Complicaciones en el parto.

Por el momento, ninguna de estas causas posibles se ha demostrado como definitiva y las investigaciones prosiguen para confirmarlas o desmentirlas.

El Modelo Vulnerabilidad-estrés (Tabla 1.26.), tanto en la formulación inicial de Zubin y Spring (1977), como en la reformulación de Nuechterlein (1984,1992) constituye el marco teórico en el que se encuadra la rehabilitación de las personas con esquizofrenia. Dicho modelo surge como un intento de aportar una explicación teórica al porqué del comienzo, curso y pronóstico de la esquizofrenia. Parte del supuesto básico de que, para que se dé el trastorno es necesario:

- La existencia de una predisposición a desarrollar la enfermedad (vulnerabilidad).

-La presencia de eventos ambientales o vitales que alteran el funcionamiento del individuo (estrés).

De acuerdo con este modelo, el comienzo, el curso y el pronóstico de estos trastornos es fruto de la compleja interacción de tres factores.

Tabla 1.26.
Modelo de vulnerabilidad y estrés.

1. Vulnerabilidad Psicológica	2. Estresores Ambientales	3. Factores Moderadores o Protectores
<p>Se refiere a la predisposición que una persona tiene a padecer un determinado trastorno, y parece estar determinada por :</p> <p>Factores Genético. (Herencia).</p> <p>Factores Biológicos. (Disfunciones dopaminérgicas, etc.).</p>	<p>Se refieren a cualquier acontecimiento ambiental que exige algún cambio o adaptación por parte del sujeto con el fin de minimizar sus posibles efectos negativos.</p>	<p>Modulan el impacto de los eventos estresantes, incrementándolo o atenuándolo.</p> <p>Entre estos factores moduladores se incluyen:</p> <p>1. Variables personales: Características cognitivas y de personalidad.</p> <p>2. Estrategias de afrontamiento: - Habilidades que le permiten al sujeto reducir o eliminar las fuentes de estrés o, al menos, combatir sus efectos negativos. -Estrategias que se adquieren, durante la infancia y la adolescencia, se pierden después del trastorno por la no utilización, la ausencia de motivación o el refuerzo del papel de enfermo.</p> <p>3. Variables ambientales: - Ambiente familiar. - Apoyo social.</p>

De acuerdo con este modelo, los factores de vulnerabilidad, que hacen que un individuo tenga una predisposición a manifestar este tipo de alteraciones, se activan más fácilmente cuando el sujeto experimenta situaciones estresantes, lo que puede favorecer la aparición de sintomatología y de episodios agudos de la enfermedad.

Las habilidades de afrontamiento, entre las que se incluyen las habilidades sociales y la competencia social, funcionan como protectores de la enfermedad, en la medida en que permiten amortiguar el impacto de los estresores psicosociales, reduciendo, por lo tanto, la probabilidad de recaídas en sujetos vulnerables. Todo lo dicho anteriormente junto con la medicación antipsicótica es muy importante y actúa como factor de protección personal contra la vulnerabilidad psicobiológica. Las habilidades de afrontamiento, y entre ellas las habilidades sociales, actúan como protectores de los estresores socio-ambientales.

Teorías biológicas, psicológicas o sociales pugnan por explicar la etiología y evolución de esta psicosis que afecta a hombres y mujeres por igual, que aparece entre los 15 y los 45 años y que afecta en nuestro país a unas 400.000 personas.

El informe elaborado por la oficina del defensor del pueblo en 1992, explícita los problemas que en nuestro país está teniendo la desinstitutionalización, con una reducción significativa de camas de larga estancia, con 23.282 camas en 1991 de 41.942 iniciales existentes en 1978, a la vez que se produce una falta de homogeneidad en la rehabilitación social del enfermo esquizofrénico en el estado de las autonomías, donde no acaba de despegar el nuevo modelo de integración comunitaria ante la escasez de estructuras alternativas de rehabilitación social.

La falta de comprensión en los familiares de las características de la enfermedad, la escasa o nula comunicación con el enfermo por parte del entorno inmediato e incluso con los propios terapeutas, así como la existencia de uno de los delirios más comunes en esta enfermedad, consistente en el rechazo a la medicación como resultado de los mecanismos de defensa del yo ante lo que significa ser etiquetado por la sociedad como “loco”, con las consecuencias sobre la vida afectiva, laboral y social que conlleva, forman el núcleo de los problemas que intenta hacer frente la rehabilitación psico-social de estos enfermos.

El marco posterior a la reforma implica una dimensión hasta ahora infravalorada en la práctica, que incide de manera urgente en la construcción de los recursos que la propia sociedad y sus Instituciones sean capaces de generar. También determina la necesidad de multiplicar el debate social y la investigación científica de aquellos elementos presentes en el tejido social que puedan favorecer la integración del enfermo mental.

El tratamiento de la enfermedad mental por tanto, no es solamente sanitario ni tampoco lo es social, sino que ambas características deben formar parte de una intervención coordinada, que encuentra su validez terapéutica precisamente en su complementariedad. De poco servirá una estructura sanitaria adecuada si no existen servicios sociales capaces de generar una correcta política de sensibilización, asistencia y trabajo social en el entorno inmediato del enfermo.

La falta de uno de estos dos pilares, colapsará y masificará sin duda alguna los sistemas existentes, haciendo por su parcialidad, inviable y onerosa cualquier intervención terapéutica, del mismo modo que ocurriría en el tratamiento de otros trastornos como las drogodependencias, el alcoholismo o la deficiencia psíquica, en las que curiosamente y a diferencia de la enfermedad mental, se asume y se persigue la existencia y el desarrollo de intervenciones tanto sanitarias como sociales desde los servicios públicos.

El modelo bio-médico

Según Korchin (1976), el modelo médico de la enfermedad mental se puede conceptualizar en las siguientes proposiciones:

- Los trastornos mentales poseen características homogéneas que permiten agruparlos en categorías nosológicas.
- Estas enfermedades son de origen orgánico.
- Los trastornos mentales se adquieren independientemente de la voluntad del sujeto.
 - La intervención terapéutica se realiza de modo individual y a través de un especialista de probada capacidad y conocimientos.

Como ya se han mencionado, las características que se desprenden de este modelo son evidentes, el enfermo mental es un ser pasivo tanto en la adquisición de su enfermedad como en la cura. Esta se da a través de un profesional que ejerce su rol institucionalizado, por último la enfermedad mental sólo es tratada a través de fármacos, que intentan combatir diferentes familias de síntomas propios de toda enfermedad mental (stress, ansiedad, alucinaciones o delirios), independientemente del entorno y personalidad del enfermo. Este paradigma científico, genera una representación de la enfermedad mental, que legitima la concepción de un sujeto enfermo pasivo e incapaz, donde la intervención terapéutica se da por un profesional con poder para administrar fármacos y en última instancia, si el modelo no funciona, para decidir sobre el internamiento del individuo.

Esta representación social de la enfermedad sin duda recibe apoyos más o menos directos de la profesión médica, que basa su prestigio social en su reconocida autoridad científica, en el apoyo y reconocimiento de los medios de comunicación y en la financiación de las grandes industrias químicas. La locura llega a conceptualizarse como algo positivo y liberador a la vez que provoca una indefinición terapéutica en el tratamiento de la enfermedad mental, ya que la crítica al modelo biomédico dominante, no siempre contiene una respuesta eficaz y satisfactoria a los problemas de salud mental. Indefinición por otra parte que resulta el correlato esperable, de los supuestos teóricos de esta corriente.

En la década de los setenta las críticas a este modelo aplicado a la enfermedad mental, se hicieron patentes a través de los trabajos de algunos psiquiatras ingleses, la aparición en el mercado de fármacos eficaces y los avances de la psicología, a la vez que ganaba fuerza el modelo de intervención comunitaria. Es el modelo de intervención psico-social que va a provocar la reforma antipsiquiátrica. Dicha reforma llegó a nuestro país en torno a la década de los ochenta y provocó el cierre de los manicomios, propugnando nuevas vías terapéuticas para la enfermedad mental.

El modelo de intervención comunitario

El modelo de intervención psicosocial se caracteriza a través de los siguientes conceptos:

- La etiología y curso de la enfermedad mental se ve influido directamente por la relación del individuo con su entorno.
- La intervención no está en manos exclusivamente de profesionales, sino que estos forman parte de un sistema de redes sociales, igualmente influyentes sobre el sujeto.
- La terapia se realiza a través del empleo de fármacos, terapia individual e intervención grupal, donde el enfermo participa de forma activa en su restablecimiento.
- El curso de la enfermedad está influenciado por las estructuras de rehabilitación e integración social y laboral que la comunidad posee.

Actualmente la vigencia de este modelo se puede clasificar de emergente e íntimamente relacionada con la estabilidad del modelo bio-médico anteriormente expuesto. De su modificación o de la síntesis de ambos, dependerán las representaciones sociales de la enfermedad mental y la cantidad y tipo de recursos que la sociedad destine a fines preventivos y de intervención social. La relación de las representaciones sociales de la enfermedad mental vigentes con el modelo bio-médico parecen evidentes, sin embargo es necesario un esfuerzo investigador que realmente compruebe empíricamente dicha relación.

1.1.6. Desarrollo del plan de salud en la Comunidad Valenciana

1.1.6.1. Plan de salud mental de la Comunidad Valenciana

- **Objetivos generales**

Disminuir la prevalencia de los problemas de salud mental en la población.

Prestar una atención adecuada al enfermo mental, y fomentar su reinserción laboral, ocupacional y social.

- **Objetivos específicos**

Detección precoz de patologías mentales emergentes.

Fomentar la rehabilitación y reinserción psicosocial del enfermo mental.

Potenciar las ayudas a las familias de los enfermos mentales.

Promover la formación de los profesionales sanitarios en nuevos avances terapéuticos.

Normalizar los criterios asistenciales en las patologías más prevalentes.

Desarrollar mecanismos asistenciales sociosanitarios alternativos a la hospitalización.

Desarrollar sistemas de información y vigilancia de la salud mental de la población.

Diversificar y personalizar los recursos de salud mental a la situación real del paciente psiquiátrico.

Promover la utilización de las nuevas tecnologías en la atención a la salud mental.

Potenciar la investigación en neurociencias.

- **Objetivos del plan de salud**

Objetivo 70: Constituir el consejo asesor permanente en salud mental, como parte de la estrategia de salud mental para los próximos cinco años.

Objetivo 71: Mejorar los recursos de hospitalización de agudos y de hospitalización de día del circuito asistencial de salud mental en su conjunto.

Objetivo 72: Protocolizar la coordinación asistencial en salud mental, entre los recursos de media estancia y el dispositivo asistencial especializado en la atención a la cronicidad.

Objetivo 73: Completar la red de unidades multidisciplinares de salud mental infantil ambulatoria.

Objetivo 74: Realizar programas de concienciación social para la prevención de la patología mental (psicoeducación).

Objetivo 75: Agilizar la utilización de los recursos de media y larga estancia, mediante la utilización de protocolos y, preferentemente, desde las unidades de agudos de los hospitales.

Objetivo 76: Mantener y estimular la colaboración con las asociaciones de familiares de enfermos mentales.

Objetivo 77: Realizar programas conjuntos de detección precoz de la patología mental más prevalente o de especial interés, por las unidades de salud mental.

1.1.6.2. Funciones del servei de la Generalitat Valenciana:

- La prestación de los servicios y la gestión de los centros de su área funcional que sean de titularidad de la Generalitat Valenciana.
- La asistencia técnica a los centros y servicios, tanto de carácter público como privado, que actúen en el ámbito de la atención a las personas con discapacidades físicas, psíquicas, sensoriales, así como enfermos mentales crónicos.
- La elaboración de los programas y proyectos, así como ejecutar cuantas medidas se orienten a facilitar la integración de las personas discapacitadas en la sociedad y especialmente en materia de accesibilidad.
- La autorización de los centros y servicios relativos a las personas con discapacidades físicas, psíquicas, sensoriales y enfermos mentales crónicos, así como el ejercicio de la facultad sancionadora.
- La guarda y protección de la persona y/o de los bienes de los incapacitados sometidos a cargos tutelares de la Generalitat Valenciana.
- El fomento de actividades y servicios en relación a las personas discapacitadas.

- La gestión de conciertos, subvenciones y otras prestaciones económicas en materia de su competencia.
- Supervisar las actuaciones de las entidades destinadas a la atención y promoción de personas discapacitadas.
- Dirigir y coordinar técnica y funcionalmente las actuaciones de las direcciones territoriales y los centros de ellas dependientes, en las materias de su competencia.

1.1.6.3. Marco autonómico

1. Ley Orgánica 5/1982 de 1 de Julio, reformada por la ley orgánica 1/2006 de 10 de Abril, de estatuto de autonomía de la Comunidad Valenciana.

2. Ley 3/2003 de 14 de Febrero de ordenación sanitaria de la Comunidad Valenciana. Constituye una norma que manifiesta la prioridad que los poderes públicos valencianos atribuyen a todas las actuaciones cuyo fin es la promoción, prevención, protección y cuidado de la salud, tanto en el ámbito colectivo como individual. Esta ley proporciona una organización sanitaria en concordancia con las características de nuestro ámbito social y el modelo de sociedad que se pretende lograr. Todo ello dentro del estado español y de la Europa de las regiones, propia de la actual Unión Europea y amparada en el marco normativo de la Constitución Española, la ley general de sanidad y el estatuto de autonomía de la Comunidad Valenciana.

3. Ley 4/2005 de 17 de junio de salud pública de la Comunidad Valenciana. En este texto legal, entre otras cosas, se expone la cartera de servicios de salud pública, así como se delimitan las competencias en salud pública de la administración autonómica y de los ayuntamientos, de acuerdo al marco legal vigente.

4. Decreto 25/2005, de 4 de Febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueban los estatutos reguladores de la agencia valenciana de salud. La ley 3/2003, de 6 de Febrero, de la Generalitat, de ordenación sanitaria de la Comunidad Valenciana, define a la agencia valenciana de salud como el eje de la organización de los servicios sanitarios públicos, con la finalidad de coordinar todas las entidades

administrativas con responsabilidades en el campo de la salud. La agencia valenciana de salud debe buscar prioritariamente la mayor eficiencia en la gestión de sus recursos y la satisfacción de los ciudadanos, beneficiarios del sistema. La agencia valenciana de salud quedó constituida por la citada Ley y, para la efectividad de su funcionamiento, se aprueban sus estatutos reguladores. Es necesario que la estructura de la agencia valenciana de salud, así como sus normas de funcionamiento, estén en perfecta armonía con la estructura, tanto orgánica como funcional, de la conselleria de sanidad.

En este decreto, hay que destacar lo siguiente:

“Tercera. Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente, con medios propios o ajenos, públicos o privados, mediante cuales quiera entidades admitidas en derecho, así como a través de la constitución de concesiones administrativas, consorcios, fundaciones, empresas públicas u otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida.

Las entidades públicas constituidas a tal efecto y al amparo de la Ley 15/1997, de 25 de Abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de salud, serán dependientes de la agencia valenciana de salud.

Artículo 11. De la dirección general de asistencia sanitaria: La dirección general de asistencia sanitaria se estructura en las siguientes unidades: (...)

11.2.7. El servicio de salud mental, que tendrá como funciones la gestión y planificación de los centros, servicios y programas de salud mental, así como la coordinación del plan director de salud mental de la Comunidad Valenciana.”

1.1.6.4. Los recursos de prevención y rehabilitación social en la enfermedad mental

Se cita aquí, dentro del modelo de Korchin (1976) de manera simplificada, los recursos que favorecen tanto la prevención como la rehabilitación de la persona con enfermedad mental. La prevención consta de tres niveles, cada uno de los cuales representa diferentes acciones sociales, de acuerdo con el entorno ecológico de las personas:

A) Prevención primaria

- Nivel macrosocial:

Se encuadrarían aquí aquellos programas preventivos que mejoraran la calidad de vida, en sus vertientes de atención sanitaria, educativa y laboral.

Atención al seguimiento prenatal, apoyo laboral a madres jóvenes, existencia de guarderías, formación ocupacional a jóvenes en poblaciones de riesgo, vivienda y programas para la reducción de la discriminación social, serían algunos de los recursos a emplear.

- Nivel comunitario:

Educación para la salud, escuelas integradoras, patrones de comunicación comunitarios no discriminatorios, colaboración con otros servicios públicos, por ejemplo programas de manejo de las crisis psicológicas para policías.

- Nivel familiar y grupal:

La formación para las familias y agentes socializadores, creación de grupos de iguales alternativos, donde prime una interacción positiva, serían algunos aspectos a tener en cuenta.

- Nivel individual:

Apoyo social en los momentos de transición vital e información suficiente para manejar el cambio de roles de un modo no traumático.

B) Prevención secundaria

Debe centrarse en la detección temprana y el tratamiento eficaz, a fin de minimizar la duración o los efectos de la enfermedad mental, conllevaría un análisis permanente de poblaciones o situaciones de riesgo. La escuela secundaria o el ejército pueden ser ambientes donde detectar fácilmente algún problema disfuncional. Como complemento a la detección precoz, deben existir mecanismos asistenciales cercanos a la comunidad, como son los centros de salud mental, los programas de habilidades sociales o de intervención familiar a través de asociaciones o centros públicos, la existencia de residencias de día o la creación de talleres ocupacionales para la integración laboral.

C) Prevención terciaria

Este tipo de prevención funciona a diferentes niveles, por un lado trata ya al enfermo con todos los recursos asistenciales y sociales de la comunidad, a fin de prevenir la institucionalización del mismo. Por otro, debe seguir trabajando en la reconstrucción de la identidad del enfermo mental, en el mantenimiento de redes sociales que sirvan de comunicación con la colectividad al objeto de evitar el rechazo social y garantizar la continuidad del tratamiento como condición indispensable de la rehabilitación social.

-Los programas de rehabilitación psicosocial

Los programas que se relacionan a continuación forman el núcleo de la rehabilitación en la enfermedad mental.

Estos programas se centran en aquellos aspectos más significativos de los trastornos mentales y son desarrollados por los agentes sociales o bien por los servicios especializados en base a los diferentes niveles de intervención comunitaria.

- Programas de intervención y sensibilización familiar.
- Programas de entrenamiento en habilidades sociales.
- Programas de rehabilitación cognitiva.
- Programas de ocio y tiempo libre.
- Programas de adhesión a la medicación.
- Programas de tratamiento de conductas adictivas.
- Programas de trabajo tutelado.
- Programas de vivienda tutelada.
- Programas de atención domiciliaria.
- Programas de sensibilización social y profilaxis en atención primaria.
- Programas de formación para profesionales.

Todos estos programas se desarrollan a partir de estructuras dependientes de diferentes agentes sociales:

- Recursos con participación de la red de servicios sociales especializados, de titularidad municipal, autonómica o social.

- Centros de trabajos tutelados.
- Pisos tutelados.
- Pensiones tuteladas centros de rehabilitación psicosocial (CRIS).
- Centros de día para enfermos mentales crónicos (CD).
- Centros específicos para enfermos mentales crónicos (CEEM).

- Con participación de la red de servicios sanitarios, dependientes de diputaciones o administración autonómica.

Atención primaria

- Atención ambulatoria.
- Salas de psiquiatría en hospitales.
- Servicio de urgencias hospitalarias.

Atención especializada

- Mini residencias de estancia variable.
- Hospitales de larga estancia.
- Centros de salud mental.

- El coste de la rehabilitación social

Uno de los temas más controvertidos es el del coste de la rehabilitación social en los trastornos mentales crónicos. Se piensa que la creación de estructuras socio-sanitarias podría disparar el gasto relacionado con la enfermedad mental crónica. La cronicidad en este tipo de enfermedades significa de por sí, un elevado y sostenido costo, no sólo por la gravedad y complejidad de los tratamientos sino también por la prevalencia de este tipo de enfermedades.

Se puede adelantar que la prevalencia en la población de dicha enfermedad se sitúa entre el 1% y 1,4%, lo cual nos da, según el informe del APA (APA on line, Public information, schizophrenia), una cifra situada en torno a 13 millones de enfermos esquizofrénicos en toda Europa. En nuestro país esta cifra se sitúa en 400.000 enfermos, con una incidencia de 40.000 nuevos casos anuales.

El gasto en neurolépticos que supone esta enfermedad se situaba ya en 1989, entre un 30% y un 40% del total de psicofármacos. Sabemos que el tratamiento hospitalario de la esquizofrenia resulta más caro que el tratamiento de las cardiopatías o los cánceres en su globalidad.

Si es legítimo preguntarse cual podría ser el gasto en intervención social, ¿no estará todavía más justificado, preguntarles cuál es el coste de no contar con estructuras de Rehabilitación?. Sólo la existencia de unos buenos tratamientos ambulatorios ya reduce el ingreso prolongado de un 10% (Chinchilla, 1996). Las investigaciones citadas demuestran la reducción gasto hospitalario y la posibilidad justificada de la reducción de camas hospitalarias. Por otro lado no hay razón para pensar que en nuestro país al igual que en EUA, el coste directo de la esquizofrenia no se triplique en

gastos indirectos no contabilizados y que se derivan de los costes sociales y laborales que conlleva la enfermedad en el entorno inmediato de la persona con esquizofrenia.

Algunos de los estudios realizados en cuanto al coste del tratamiento psicosocial evidencian un gran acuerdo sobre la validez del mismo, en todos sus aspectos respecto al tratamiento bio-médico tradicional (Tabla 1.27.).

Coste de la Intervención comunitaria (IC) en esquizofrenia, respecto a la intervención clásica sanitaria (IS) (Proyecto RISEM, Intervención Comunitaria)

Tabla 1.27.
Coste de la Intervención Comunitaria (IC). Datos recopilados por el Proyecto RISEM, Horizon II. Gran Canaria.

Autor, País y año	Costes/Resultados
Weisbroad <i>et al.</i> , USA, 1980	IC más cara con mejores resultados
Hoult <i>et al.</i> , Austria, 1984	IC más barata
Marks <i>et al.</i> , Reino Unido, 1993	IC más barata
Fenton <i>et al.</i> , Canadá, 1979	IC más barata
Burn <i>et al.</i> , Reino Unido, 1992	IC más barata
Jackson <i>et al.</i> , Reino Unido, 1993	Costes similares, con mejor resultado la IC

Estos resultados demuestran que la enfermedad mental tratada a través de una intervención integrada no sólo resulta más eficaz, sino también en la mayor parte de aspectos económicos como por supuesto y en primer lugar en la ampliación de las posibilidades de dotar a las familias y a las personas enfermas de una mayor calidad de vida (Rodríguez, 1997) .

- Un recurso fundamental, la coordinación entre servicios

Al realizar un análisis de la enfermedad mental, donde las experiencias orientadas a la investigación del sistema nervioso central realizadas en esta última década, se observa que no han interpretado en toda su extensión la problemática referida tanto al estudio de la etiología de los trastornos mentales como a su tratamiento terapéutico. Si se corrobora por unanimidad que la ayuda y asistencia a las personas con enfermedad mental pasa necesariamente por la convergencia y cooperación de las diferentes disciplinas implicadas en este campo.

Los esfuerzos necesarios para la rehabilitación de las personas con enfermedad mental, sólo pueden ser fructíferos si se planifican y realizan desde la coordinación de los diferentes servicios existentes, ya sean sanitarios o sociales, formales o no formales, ya sean provenientes del campo de la medicina, de la psicología o del trabajo social. Los colectivos profesionales implicados en esta problemática, comienzan a realizar la intervención desde la pluridisciplinaredad, sin pretensiones de acumular competencias o monopolizar áreas de intervención que abarquen aspectos diferentes de la enfermedad mental, que no pueden ser abordados en solitario por las estructuras de servicios de una sola administración.

Mantener las conclusiones del grupo de expertos del ministerio de sanidad que ya en 1985 orienta la reforma psiquiátrica en nuestro país hacia un modelo de intervención familiar y al entorno social donde surge y se desarrolla el trastorno mental. Conscientes de esta situación los profesionales de la sanidad, acordaban en la mesa redonda sobre relación entre servicios sociales y sanitarios celebrada en el marco del segundo congreso nacional de salud pública y administración sanitaria de Noviembre de 1987, las siguientes conclusiones:

- No a la integración de lo servicios sociales en el sistema sanitario, sin perjuicio del contenido social de la intervención en la prevención asistencia y promoción de la salud, desde los diferentes niveles de atención sanitaria.
- Sí a la coordinación entre servicios sociales y sanitarios en la creación de estructuras integradas de bienestar social.

- El recurso básico de la familia

La familia siempre ha sido considerada como un eje fundamental en la dinámica social que modela el curso de la enfermedad mental crónica. En este sentido el papel reservado a la familia siempre ha sido considerado importante a lo largo de la historia.

En la cultura latina se tiene al enfermo mental como una persona profundamente incapacitada y limitada tanto en su inteligencia como en su capacidad de actuar, se recoge este dato en ciertos documentos.

El furiosus romano no posee inteligencia ni tampoco voluntad de obrar (Digesto 50. 17, 40), lo que obliga al nombramiento de curadores o cuidadores que velen por él y administren sus bienes. La ley de las XII tablas, el primer canon jurídico romano, ya identifica a estos cuidadores como los “agnados” o parientes más cercanos a estos enfermos, generalmente la mujer y sus hijos. Sobre estos recae por tanto, la curatela del enfermo y sólo a falta de estas figuras familiares, el magistrado debe nombrar un curator ajeno a la familia.

Así, el tratamiento de la locura tanto en sus aspectos legales como terapéuticos es restringido al marco de los asuntos familiares. Esta característica crucial no variará hasta la aparición de las primeras instituciones psiquiátricas, en las que Valencia a través del conocido padre Jofre será pionera ya a mediados del siglo XV. Una de las bases de la aparición de esta Institución se centra en la persistencia de la representación social del enfermo mental como una persona peligrosa, falta de voluntad y de escasa inteligencia. El interés por tanto se centra principalmente no en curar al enfermo, sino en proteger a la sociedad de un peligro potencial, para cuya misión se considera insuficiente el papel de la institución familiar.

Las críticas a este modelo institucionalizador se desarrollarán en el ámbito de nuestra cultura con los trabajos de Durkheim en 1897 y la aparición en la década de los cincuenta de corrientes teóricas que intentan centrar la génesis de la enfermedad mental en un marco sociológico de etiología multicausal.

Durante el desarrollo de estas teorías, la familia pasa a ser considerada no ya un elemento integrador y positivo, sino más bien como la estructura social perniciosamente fuente de la patología mental y micromodelo donde se dan las contradicciones sociales y políticas. Es el tiempo de los estudios de Palo Alto en la década de los cincuenta que definen la esquizofrenia dependiendo de los estilos de comunicación familiar y la capacidad adaptativa del enfermo a integrarse o no en este tipo de relaciones.

La antipsiquiatría va a conceptualizar la enfermedad mental como un elemento liberador y positivo para la sociedad, dirigiendo sus críticas a la institución tradicional psiquiátrica y a la familia, potenciando en el movimiento antipsiquiátrico una ambigüedad terapéutica nefasta para la rehabilitación de las personas con enfermedad mental. Ya que tanto los enfermos como sus familiares quedan sin la protección institucional existente, frente a una carencia absoluta de estructuras sociales de rehabilitación.

Hasta ahora lo descrito encuadra la situación actual de las familias y de los enfermos mentales en nuestro país, siguen sin desarrollarse las medidas necesarias para la rehabilitación e integración de estos enfermos. Estudios rigurosos de Lef y Vaughn (1981) demuestran que la aceptación positiva del enfermo por el medio familiar determina la reducción de ingresos hospitalarios de un 50% a tan sólo un 16%. La aparición de la medicación antipsicótica de última generación aventura a predecir una desaparición de los síntomas más estresantes así como los nocivos efectos secundarios característicos de este tipo de fármacos.

Los programas psicológicos de intervención cognitiva y conductual en la rehabilitación del enfermo también apuntan a transformar este tipo de enfermedades en trastornos crónicos que permitan una mejora en la calidad de vida para el enfermo y sus familias. Sin embargo este futuro prometedor se rompe cuando hablamos de la implicación de los poderes públicos en dotar al sistema de salud pública y servicios sociales de los recursos y la coordinación suficientes para afrontar el problema.

Sólo por hablar de una situación geográfica localizable, comentar que son 80 nuevos casos los que aparecen cada año en la ciudad de Valencia. Entre 8.000 y 9.000 familias en Valencia y su área metropolitana padecen una situación de sufrimiento continuado, provocado por la gravedad de la enfermedad y la carencia de recursos sociales disponibles.

Aunque la investigación progresa de manera positiva, los poderes públicos al mismo tiempo que ejercitan la retórica de la modernidad, el bienestar y la protección a la familia, en la práctica continúan anclados al área restringida de lo familiar, condenando a la familia a hacer frente a una problemática que por sí sola no puede afrontar. Lamentablemente la administración actual sigue potenciando con su falta de eficacia e inhibición para la gestión de servicios.

1.1.6.5. Recursos sociales para personas con enfermedad mental grave.

Los hospitales psiquiátricos siguen siendo necesarios para el tratamiento de la esquizofrenia. Erróneos paradigmas psicogénicos y sociogénicos de la enfermedad hicieron que muchas personas con esquizofrenia fuesen expulsadas del entorno protector del hospital psiquiátrico y abandonado a una suerte adversa en un contexto social para el que no disponían de recursos. Es muy frecuente encontrar en los sin techo de grandes ciudades a personas que sufren de esquizofrenia.

La enfermedad requiere atención hospitalaria en unidades de corta, media y larga estancia, rehabilitadoras, estructuras intermedias y centros de salud mental. En la Comunidad Valenciana existen una serie de recursos que a continuación se describen a los que pueden acceder las personas que sufren esquizofrenia.

Centros específicos de enfermos mentales (CEEM)

Definición

Centro residencial comunitario, abierto y flexible, destinado a personas con enfermedades mentales crónicas que no requieren hospitalización. Donde se llevará a cabo la rehabilitación de estas personas enfocando su actuación hacia la mejora de la autonomía personal y social y apoyando su normalización e integración comunitaria.

Beneficiarios

Personas adultas afectadas por enfermedades mentales crónicas con déficits o discapacidades en su funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte y que no requieran hospitalización.

Ubicación

En áreas urbanas o muy próximas a ellas, de fácil acceso y contacto con la comunidad y recursos existentes en la misma, con adecuada red de transportes

públicos y próximos a los centros de rehabilitación e integración social y laboral, a los servicios de salud mental y demás servicios comunitarios.

Capacidad

El número de plazas será como mínimo de 20 y como máximo de 40.

Prestaciones

Los centros residenciales para personas con enfermedad mental crónica prestarán una asistencia según las necesidades de los usuarios, concretadas en:

- Asistencia integral de carácter tutelar en todas las actividades cotidianas.
- Alojamiento y manutención, incluyendo servicio de lavandería.
- Programa individualizado de rehabilitación (PIR).
- Actividades educativas y culturales, de convivencia, cooperación y autoayuda, que favorezcan el establecimiento de relaciones de convivencia dentro de un entorno sustitutivo del núcleo familiar.
- Tratamiento especializado llevado a cabo por personal cualificado.
- Apoyo psicosocial llevado a cabo por personal especializado que forme parte de la plantilla del centro. Regulación y potenciación de las relaciones con la familia de origen.
- Promoción de la salud consistente en asistencia básica sanitaria y vigilancia médica en patologías leves. Potenciación de estilos de vida saludables.
- Orientación y apoyo a las familias.

Centros de rehabilitación e integración social (CRIS)

Definición

Los centros de rehabilitación e integración social (CRIS), son servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental crónica, con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se llevarán a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios/as.

Beneficiarios

Personas adultas afectadas por enfermedades mentales graves, que impliquen un deterioro importante de su actividad social y laboral, y de sus capacidades funcionales.

Ubicación

En áreas urbanas, con fácil acceso y contacto con la comunidad y recursos existentes en la misma, con adecuada red de transportes y proximidad y conexión con los centros de salud, centros de día, recursos de rehabilitación laboral y recursos residenciales.

Capacidad

El número de plazas será como mínimo de 50 y como máximo de 70.

Prestaciones

En los CRIS se realizarán las siguientes prestaciones mínimas:

- Protocolo de evaluación social y funcional.
- Entrenamiento en competencia social y en habilidades de autocuidado y de la vida diaria.
- Recuperación de habilidades cognitivas.
- Psicomotricidad.
- Programa individualizado de rehabilitación (PIR).
- Psicoeducación y promoción de estilos de vida saludables.
- Protocolo de seguimiento y apoyo comunitario.
- Apoyo y asesoramiento a la familia.

Centros de día (CD)

Definición

Son centros destinados a la organización de servicios específicos de apoyo preventivo a personas con discapacidad, oferta especializada de recursos y actividades rehabilitadoras.

Beneficiarios

Personas con discapacidad gravemente afectada, con edad comprendida entre 16 y 65 años y residente en la Comunidad Valenciana.

Ubicación

En centros urbanos, próximos a equipamientos comunitarios y preferentemente unido a una residencia para personas con discapacidad.

Capacidad

A partir de 20 plazas sin exceder de 40.

Prestaciones

Las prestaciones mínimas serán:

- Asistencia integral.
- Tratamiento especializado.
- Promoción de salud.
- Actividades ocupacionales y rehabilitadoras.
- Actividades culturales y recreativas.
- Actividades de convivencia, cooperación y autoayuda.
- Apoyo psicosocial.
- Orientación familiar.
- Servicio de comedor.

Vivienda tutelada

Definición:

Las viviendas tuteladas son viviendas configuradas como hogares funcionales de dimensiones reducidas, insertadas en el entorno comunitario, en las que conviven, de forma estable en el tiempo, un grupo homogéneo de personas con discapacidad física, intelectual o con enfermedad mental crónica o trastorno mental grave, con necesidades de apoyo intermitente o limitado, en régimen de funcionamiento parcialmente autogestionado.

Finalidad:

Las viviendas tuteladas tienen como finalidad proporcionar un recurso de alojamiento, convivencia y soporte lo más normalizado posible que facilite, en las mejores condiciones de confort y calidad de vida, la inserción en la comunidad de las personas a las que están destinadas.

Usuarios:

Podrán ser usuarios de las viviendas tuteladas las personas con discapacidad física, intelectual o con enfermedad mental crónica o trastorno mental grave, mayores de 18 años, necesitadas de protección y de alojamiento social alternativo a las residencias, que tengan reconocido en el certificado de minusvalía igual o superior al 33%.

Servicios:

En todas las viviendas tuteladas deberán presentarse los siguientes servicios, que tendrán el carácter de básicos:

- Asistencia, apoyo o supervisión.
- Alojamiento y manutención.
- Actividades de convivencia, cooperación y autoayuda.
- Colaboración para la búsqueda de otros recursos específicos.
- Actividades de integración en el entorno comunitario.

Bono de atención a las personas con discapacidad o con enfermedad mental crónica (BONAD)

Definición

Son ayudas económicas individualizadas que se conceden con carácter de ayuda o subvención personal y finalista, destinadas a personas con discapacidad o enfermedad mental crónica, con un determinado nivel de dependencia (según B ATP, baremo para determinar la necesidad de asistencia de tercera persona) y acreditada necesidad de atención residencial, que no dispongan de medios económicos suficientes. Se conceden para favorecer el acceso a una plaza en un centro residencial previamente autorizado, con el fin de garantizar el régimen de la estancia y la calidad adecuada en la prestación de los servicios.

Niveles asistenciales

Existirán cuatro niveles asistenciales:

- Nivel asistencial I: destinado a personas con enfermedad mental crónica con un grado de minusvalía igual o superior al 55 por cien y mínimo de 15 puntos en el B ATP.
- Nivel asistencial II: destinado a personas con discapacidad física y/o psíquica con un grado de minusvalía igual o superior al 55 por cien y mínimo de 15 puntos en el B ATP.
- Nivel asistencial III: destinado a personas con discapacidad física y/o psíquica con un grado de minusvalía igual o superior al 75 por cien y mínimo de 30 puntos en el B ATP.
- Nivel asistencial IV: destinado a personas con discapacidad física y/o psíquica con un grado de minusvalía igual o superior al 75 por cien y mínimo de 40 puntos en el B ATP y presenten patologías asociadas, trastornos de conducta y/o alteraciones personales y sociales.

Requisitos

Las personas que soliciten estas ayudas deberán reunir los siguientes requisitos:

- Tener más de 18 años y menos de 65 años en el momento de presentación de la solicitud.
- Disponer del certificado de reconocimiento y calificación del grado de minusvalía que determine:
 - Estar afectado por una discapacidad física, psíquica o enfermedad mental crónica, con el grado de minusvalía y la puntuación mínima del baremo determinante de la situación de dependencia según nivel asistencial.
 - Las solicitudes de personas con discapacidad o enfermedad mental crónica que posean un grado de minusvalía inferior al 75 por cien que no tengan reconocida la necesidad de asistencia o concurso de otra persona, se someterán a la valoración singularizada del B ATP.
- Residir en cualquier municipio de la Comunitat Valenciana con una antigüedad mínima de un año, al tiempo de presentación de la solicitud.
- Tener graves dificultades para ser atendido en régimen familiar o domiciliario.
- No necesitar atención de forma continuada en instituciones sanitarias.
- No padecer trastornos mentales graves que puedan alterar la normal convivencia en el centro, salvo para las plazas en centros o módulos específicos para enfermos mentales crónicos (CEEM).

Plazo de solicitud

Anualmente se establece un plazo de solicitud en la orden de convocatoria que se publica en el DOGV.

1.1.7. Resumen

Dos sistemas principales se utilizan para la clasificación diagnóstica de las enfermedades mentales: la clasificación internacional de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) de la OMS y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría.

La clasificación internacional de las enfermedades (CIE) de la organización mundial de la salud (OMS) ofrece la siguiente descripción de la esquizofrenia:

"Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. En general, se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros, y pueden presentarse ideas delirantes en los actos y pensamientos del individuo afectado. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, pero también suelen presentarse otros trastornos de la percepción: los colores pueden parecer excesivamente vívidos y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. El pensamiento se vuelve más vago, elíptico, oscuro, y su expresión verbal es a veces incomprensible. Las características de la afectividad son: la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos."

La necesidad de poder diagnosticar la esquizofrenia con exactitud en ámbitos y culturas muy diferentes ha impulsado la elaboración de unos criterios específicos para identificar esta enfermedad.

Quien padece de la enfermedad de esquizofrenia, tiene que saber que es un trastorno mental que interfiere con:

- La capacidad para reconocer lo que es real.
- Control de las emociones.
- Pensar con claridad.
- Emitir juicios.
- Comunicarse.
- Relacionarse con los demás.

Las condiciones de vida de los enfermos no sólo dependen de la gravedad de los trastornos, sino también del grado de aceptación que encuentre en la familia, en el trabajo y en la sociedad. A medida que pasan los años, la intensidad de los síntomas, sobre todo los positivos, cuando estos remiten la gravedad de la enfermedad disminuye.

Se habló de estudios de investigación sobre el consumo de las drogas y el alcohol, obteniendo como conclusión de que por sí solas no causa la esquizofrenia, sin embargo agravan el estado de los enfermos. Como consecuencia empeoran la evolución de la enfermedad.

Se aporta información sobre el plan de salud de la Comunidad Valenciana, indicando objetivos generales y específicos, las funciones del servei de la Generalitat Valenciana, recogiendo la normativa desarrollada a nivel autonómico. Se apuntan algunos de los recursos existentes dentro de la comunidad. Por último se avanzan tipos de tratamiento como la intervención familiar que es importantísima, para la persona que padece esquizofrenia, esta precisa de un gran apoyo familiar y es necesario dotar de recursos y técnicas a la propia familia, intervenir en el entorno más próximo al enfermo y no alejarlo del mismo, para proporcionarle estructura y estabilidad. Todo ello, para mejorar el funcionamiento familiar.

1.2. FUNCIONAMIENTO SOCIAL, TRATAMIENTO E INTERVENCION

1.2.1. El enfermo mental crónico

Kraepelin (1896), considera la cronicidad como un estado evolutivo ligado a determinadas enfermedades (fundamentalmente la esquizofrenia), siendo el mismo diagnóstico inicial el que influye y determina el pronóstico. A partir de los síntomas iniciales se predice una evolución natural hacia la cronicidad, hacia el deterioro y la presencia en el tiempo de una sintomatología determinada en este caso psicótica. El trastorno crónico, hace referencia al desarrollo vital de una persona que ha de convivir en sí misma y en su medio social, con una alteración o perturbación, de manera duradera.

Desde un punto de vista de clasificación de las enfermedades, según la CIE-10 (OMS, 1992), se trata de un trastorno o afección, alteración o disfunción en lo biológico, psicológico y social de la persona, que se prolonga en un curso temporal permanente (periodo superior a los seis meses), con necesidad de atención continuada en esas esferas. Por ello, el estudio de sus características psicológicas, se hará desde el complejo integrado por un análisis individualizado de la persona y el de la reflexión en la experiencia del trastorno crónico en sí.

Se aplica el concepto de cronicidad al proceso morboso que progresa o persiste durante un periodo de tiempo prolongado; en general, toda la vida. Esta relacionado con la imposibilidad de curación. Una primera definición de crónico podría referirse a *aquellas personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de su vida diaria, y que además dificultan el desarrollo o mantenimiento de su autosuficiencia económica.*

Lieberman (1988), define al enfermo mental crónico como la persona que presenta un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno afectivo mayor y con dependencia económica externa. Establece tres dimensiones para definirlos: El diagnóstico, el funcionamiento social y la duración crónica.

Según la APA (1980) los enfermos mentales crónicos serían “aquellas personas que padecen psicosis esquizofrénicas, orgánicas o trastornos afectivos mayores recurrentes, que generan incapacidades de larga duración, necesidad de dependencia extrema, alta sensibilidad al estrés y dificultades para mantener un trabajo, disponer de unos ingresos y disponer de una vivienda. Como resultado de sus trastornos mental y de la incompetencia social para compensar sus dificultades, estos pacientes sufren aislamiento social, falta de habilidades para llevar a cabo la vida cotidiana, desempleo, pobreza, hospitalizaciones reiteradas, prisión o falta de vivienda”.

Goldman *et al.*, (1981), se trataría de "aquellas personas que sufren un trastorno mental severo y persistente que interfiere en sus capacidades funcionales de la vida diaria, como el autocuidado, higiene personal, autonomía, las relaciones interpersonales y el trabajo o los estudios, y que a menudo precisan de atención hospitalaria o de tratamientos psiquiátricos prolongados". La enfermedad crónica se caracteriza, por recidivas, y deterioro progresivo. Esto contribuye a la desubicación sociocultural, el aislamiento social. La característica principal de la enfermedad mental crónica es la heterogeneidad en la evolución y tendencia a la cronicidad.

1.2.1.1. Características del enfermo mental crónico

La enfermedad mental cursa con un deterioro que se hace evidente a través de unas discapacidades, que se refieren fundamentalmente a pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales (Lieberman, 1988).

Para desempeñar un rol en una situación determinada son necesarias:

- Tener habilidad instrumental: Saber hacerlo.
- Tener habilidad cognitiva:
 1. Motivación: Querer hacerlo.
 2. Autoestima: Creer que puedes hacerlo.
- Tener ocasión de hacerlo: Poder hacerlo.

Una rehabilitación debería entrenar de una forma estructurada y estable las habilidades cognitivas adecuadas para un mejor desempeño de los roles.

Habilidades como:

- Autoestima.
- Motivación.
- Capacidad de afrontamiento al estrés.
- Solución de problemas.

En el enfermo mental crónico el déficit atencional es un síntoma nuclear de la esquizofrenia (McGhie y Chapman, 1961).

Las características cognitivas del enfermo mental crónico (Vázquez y Fernández de Ochoa, 1989) se resumen en:

Percepción: Pensamiento lento en los primeros momentos de codificación, problemas en procesos automáticos de reconocimiento y percepción global mas disgregada.

Atención: Respuesta de orientación enlentecida, reducción del rendimiento cognitivo en tareas que demanden elevada atención. Dificultad para separar información relevante de la irrelevante.

Memoria: Rendimiento pobre en tareas de recuerdo y en las tareas que requieran una organización del material. El rendimiento es adecuado si éste es altamente afectivo.

Pensamiento y lenguaje: rendimiento pobre en tareas de clasificación de objetos. Lenguaje pobre y deteriorado.

Hay una serie de síntomas característicos que han determinado una situación de cronicidad.

Kraepelin (1927), habla de la aparición de un empobrecimiento de las funciones psíquicas.

Bleuler (1950), puso énfasis en los llamados síntomas negativos, considerándolos síntomas fundamentales. Hace referencia al autismo, aplanamiento afectivo, asociación laxa de ideas, también señala la existencia de alucinaciones y delirios, que considera síntomas accesorios.

Schneider (1957), establece la siguiente clasificación: síntomas de primer rango: alucinaciones, delirios y trastornos de conducta. Así como síntomas de segundo rango: apatía, aislamiento, y déficits cognitivos en general.

Crow (1989), divide el síndrome en: tipo I, en el que presenta síntomas positivos como alucinaciones, ideas delirantes, trastornos formales del pensamiento que define como un cuadro reversible y con buena respuesta a la medicación, y el síndrome tipo II, en el que predominan los síntomas negativos:

- Aplanamiento afectivo.
- Abulia.
- Pobreza del lenguaje.
- Evolución crónica.
- Trastorno intelectual.
- Escasa respuesta a antipsicóticos.

Los factores de pérdida asociados a la enfermedad mental crónica se recogen en la escala de síntomas negativos de Andreasen (1995):

Pobreza afectiva. Empobrecimiento característico de la expresión emocional, de la reactividad y del sentimiento:

- Expresión facial inmutable.
- Movimientos espontáneos disminuidos.
- Escasez de ademanes expresivos.
- Escaso contacto visual.
- Ausencia de respuesta afectiva.
- Incongruencia afectiva.
- Ausencia de inflexiones vocales.

Alogía. Empobrecimiento del pensamiento y de la cognición:

- Pobreza del lenguaje.
- Pobreza del contenido.
- Bloqueo.
- Latencia de respuesta incrementada.

Abulia/apatía. Falta de energía de impulso y de interés:

- Aseo e higiene.
- Falta de persistencia en el trabajo o escuela.
- Anergia física.

Anhedonia/insocialbilidad. Dificultades para experimentar interés o placer:

- Intereses o actividades recreativas.
- Actividades o interés sexual.
- Capacidad para sentir intimidad y proximidad.
- Relaciones con amigos y semejantes.

Atención. Problemas de concentrar la atención o que sólo se es capaz de concentrarla esporádicamente o erráticamente:

- Distracción social.
- Falta de atención.

La cronicidad tiene mucho que ver con problemas de adaptación social, y por ello los recursos psicológicos individuales y las habilidades son tan importantes como su estado clínico.

Para valorar la severidad del desempeño social, han de tenerse en cuenta:

Autocuidados. Falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludable.

Autonomía. Deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral.

Relaciones interpersonales. Falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales y déficits en habilidades sociales.

Ocio y tiempo libre. Aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.

Funcionamiento cognitivo. Dificultades de atención, percepción, concentración, y procesamiento de información.

Kuehnel *et al.*, (1984), define unas necesidades básicas de los enfermos mentales crónicos en función de sus déficits fundamentales:

- Asistencia para su aseo e higiene personal.
- Apoyo para el control de medicación.
- Apoyo para el mantenimiento de su casa.
- Apoyo para el mantenimiento de su trabajo.
- Apoyo para el manejo adecuado de dinero.
- Apoyo para tramitaciones administrativas.
- Apoyo para el manejo de transporte.
- Apoyo para su independencia personal.

Este autor dice que estos pacientes tienen una baja autoestima y sociabilidad, elevado nivel de depresión, hábitos inadaptados, tienen déficits en el afrontamiento personal y dificultades en las relaciones interpersonales, presentando aislamiento extremo.

Estas necesidades, son el objetivo de los programas individualizados de rehabilitación (PIR):

- Necesidad de aprendizaje de habilidades instrumentales.
- Necesidad de ayuda para el mantenimiento de los parámetros sociales normalizados.
- Necesidad de un apoyo asistencial directo y adaptado a la situación.
- Necesidad de una recuperación efectiva en el desempeño de roles después del aprendizaje instrumental.

El entorno del enfermo mental es tan determinante como para significar la vida dentro de la comunidad de una manera integrada o el aislamiento y la marginación.

La red social que rodea al paciente es de tal importancia como para ser uno de los aspectos más destacables en el tratamiento a la cronicidad. El establecimiento de un soporte social adecuado y correcto es el aspecto fundamental para el trabajo con crónicos. (Villalba, 1993).

1.2.1.2. Evaluación del funcionamiento social en la esquizofrenia

Déficits en el funcionamiento interpersonal y social. Los déficits en el funcionamiento interpersonal y social son uno de los síntomas característicos de la esquizofrenia; son persistentes en el tiempo y, con frecuencia, anteriores a la aparición de la enfermedad. No son exclusivamente una consecuencia de los síntomas de la esquizofrenia, ya que están presentes incluso cuando los síntomas positivos y negativos se encuentran en remisión.

Los déficits en el funcionamiento interpersonal y social consisten en:

- Escaso contacto ocular.
- Expresión facial inapropiada.
- Gestos inadecuados.
- Tiempo de respuestas o sincronía deficiente.
- Falta de coordinación entre la conducta verbal y no verbal.
- Incapacidad para percibir correctamente las situaciones sociales.
- Dificultades para expresar emociones y opiniones.
- Dificultades para mantener conversaciones.
- Dificultades para reconocer las emociones de los demás.
- Dificultades para resolver problemas interpersonales, etc.

Con el término funcionamiento se hace referencia a un concepto que comprende varias dimensiones:

- Funcionamiento cognitivo: memoria y capacidad de abstracción.
- Actividades básicas de la vida diaria.
- Conductas sociales complejas: trabajo, familia, relaciones sociales.

Estas últimas dimensiones es lo que constituye el concepto funcionamiento social. En la esquizofrenia, el funcionamiento social es un elemento central y los programas de rehabilitación se dirigen a mejorarlo. Las personas con esquizofrenia presentan, un funcionamiento social deficitario en cuanto a desempeño de roles y realización de las actividades sociales más habituales. Con frecuencia, tienen que desenvolverse

en un medio caracterizado por unas condiciones y exigencias que no se adaptan a su deterioro (handicap o desventaja social).

Wing (1978), elaboró un modelo (Figura 1.2.) para pacientes esquizofrénicos que relacionaba a las dificultades en el funcionamiento social con diversos deterioros intrínsecos al sujeto, con determinadas desventajas sociales y con unas actitudes personales negativas.

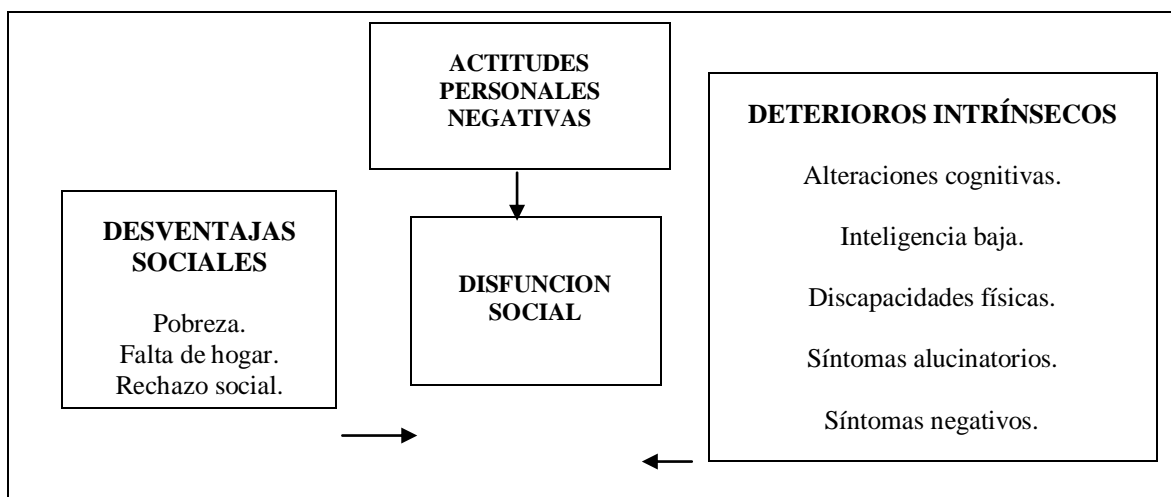


Figura 1.2. Dificultad en el Funcionamiento Social (Modelo de Wing, 1978).

Los deterioros intrínsecos al sujeto, son de carácter biológico o psicosocial, se consideran marcadores de vulnerabilidad para la esquizofrenia y, con cierta capacidad para predecir su posterior desarrollo, entre este tipo de marcadores de vulnerabilidad, pueden citarse: los déficits cognitivos detectados en el grupo de riesgo, la existencia de un nivel intelectual bajo o padecimiento de ciertas discapacidades físicas. La sintomatología propia del trastorno también puede afectar a la severidad de la disfunción social. Los síntomas afectivos (ansiedad, depresión) pueden afectar a la disfunción social producida por las desventajas sociales y por la sintomatología psicótica.

Las desventajas sociales (pobreza, falta de hogar), pueden favorecer al desarrollo de una disfunción social. Dentro de las desventajas sociales se incluyen también las reacciones negativas que la familia y los amigos pueden mostrar hacia el paciente que padece este trastorno.

Las actitudes personales negativas con el propio deterioro o hacia las desventajas sociales pueden incrementar la disfunción social. Este tipo de actitudes se pueden considerar secundarias, pero a veces llegan a ser tan severas que resulta difícil distinguirlas de los deterioros subyacentes. Algunos pacientes desarrollan tal apatía (síntoma negativo) que puede ocasionar la pérdida de cualquier iniciativa, pero también es posible que una actitud negativa pueda significar la desconfianza en el empleo de habilidades personales.

En referencia al concepto de funcionamiento social, Wykes (1998) distingue tres categorías: logros, roles sociales y conductas instrumentales.

- Se entiende por logros unas circunstancias tales como tener un trabajo, estar casado, tener hijos, etc, que implican cierta competencia social, pero su ausencia no implica, lo contrario, pues son circunstancias que dependen del contexto social y económico.

- En relación a los roles sociales, hay que considerar el contexto en el que se encontraba o encuentra el paciente porque se sabe que en contextos Institucionales y Residenciales se reducen las posibilidades para el desempeño de roles, lo que puede interferir en la percepción sobre el potencial de desempeño de los pacientes.

- Las conductas instrumentales, Wykes las entiende como un tipo de funcionamiento social que aporta detalles sobre el desempeño en roles diferentes, las habilidades para la interacción social se pueden dividir en habilidades para el inicio de conversaciones o en habilidades para responder a otros. Esta clase de análisis puede alcanzar detalles más finos como los gestos, el tono de voz o el uso apropiado de las pausas.

El nivel de logro social facilita un marco de comparación en relación con la población general. Los niveles de desempeño social y conductas instrumentales son útiles para conocer cuáles son las necesidades concretas de los pacientes o cual ha de ser el plan de rehabilitación, pues la existencia de deterioros en uno o ambos niveles, se traducirá en una reducción del funcionamiento social. Para afirmar que hay una reducción en este funcionamiento social, hace falta una definición de que se

considera conducta normal. Otra alternativa, para medir el nivel de funcionamiento social sería definir grados de discapacidad o inhabilidad, de manera que se pudiera diferenciar entre personas con discapacidad funcional severa o leve y de ahí se pondría en marcha el proceso de rehabilitación psicosocial.

Antes de pasar al siguiente punto sobre los estudios de los enfermos mentales en las Instituciones se considera interesante realizar una pequeña recapitulación de cuales son las habilidades básicas y técnicas de comunicación en la relación social.

1.2.1.3. Habilidades básicas de autonomía personal y social. Técnicas de comunicación y habilidades sociales.

La comunicación.

La comunicación es el paso de información y comprensión de una persona a otra. Es un intercambio de ideas, opiniones, información, actitudes y emociones, entre dos o más personas. En dicho proceso estarían presentes ciertos “elementos” como el emisor del mensaje, el receptor de dicho mensaje, el mensaje o información que se quiere transmitir, el canal o medio a través del que se transmite dicho mensaje, y el contexto que rodea a la comunicación.

Modalidades de comunicación.

Teniendo en cuenta tanto estos elementos como los axiomas propuestos, las modalidades básicas de comunicación serán, fundamentalmente, la comunicación verbal y la comunicación no verbal. Una manera sencilla para definir la comunicación verbal: aquello que se dice con palabras, y la comunicación no verbal es cómo se dice y que acompaña a lo que se dice. En la comunicación verbal prima la palabra y a través de ella se comunican las personas. Con mucha frecuencia se cree que es la única o mejor forma de comunicación, entre otras cosas porque es a la que socialmente se le da más importancia.

Knapp, 1982, describe la comunicación no verbal como los eventos comunicativos que trascienden a la palabra hablada o escrita. Tradicionalmente se ha clasificado en tres categorías: kinesica, paralingüística y proxémica.

Tabla 1.28.
Modalidades de la comunicación no verbal.

COMUNICACIÓN NO VERBAL	A) KINESICA	Gestos, expresión facial, postura, contacto ocular, aspecto físico, aspecto general del comunicante.
	B) PARALINGÜÍSTICA	Vocalización, fluidez, calidez, silencios, errores.
	C) PROXEMICA	Distancia interpersonal, forma de sentarse, disposición espacial de los objetos del entorno.

A) Kinesica. Donde se encuadra todo tipo de movimientos corporales como los gestos, expresiones faciales, el contacto ocular y la postura. Incluso el aspecto físico, la altura, peso, y/o el aspecto general del comunicante.

Mímica de la cara.

La cara tiene una carga expresiva muy importante, de este modo, cada una de sus partes juega un papel fundamental en la comunicación. Con ella podemos mostrar desde desconexión o desinterés hasta participación, compromiso, emotividad, etc.

Papel preponderante jugarán los ojos de las personas, así, el mirar a los ojos, el rehuir la mirada, etc, constituye una forma de comunicación.

La mirada, puede servir para:

- Recoger información
- Regular el flujo de la conversación entre los interlocutores
- Establecer y consolidar jerarquías entre los individuos
- Desencadenar conductas de cortejo.

Gestos.

Conjunto de movimientos que se realizan con las extremidades y cabeza, en algunas ocasiones de manera involuntaria, y que pueden tener significados diferentes según el contexto en el que se realicen.

El gesto puede llegar a ser metafórico (indicar el tamaño de las cosas con las manos), de adaptación (jugueteo con las manos), de puntualización (afirmar o negar con la cabeza o con las manos) o emotivos cuando con gestos se expresa el estado de ánimo.

Orientación.

Ángulo en el que se sitúa con respecto a la persona con la cual se está comunicando. Según la situación se colocan enfrente, de costado.

Postura.

Modo de colocar el cuerpo en el espacio. No es lo mismo estar de pie y con los brazos cruzados a los pies de la cama, que estar sentado al lado de la cama cogiéndole la mano.

B) Paralingüística. Definida como conjunto de conductas relacionadas con los aspectos vocales no lingüísticos de un mensaje.

Volumen, que dependerá de las circunstancias en las que se encuentre.

Entonación, implicando monotonía o emotividad, en función si se sube o baja el tono de palabras o frases.

Intensidad o carga emotiva con el que se enuncia un mensaje.

Velocidad a la hora de hablar.

Pausas, dominar las pausas y silencios es fundamental a la hora de poder canalizar la expresión de las emociones.

C) Proxémica. Conductas relacionadas al uso del espacio, se encuentran con diferentes distancias como la íntima, la personal, la social y la pública (yendo de menos a más distancia). Se ha descubierto que es un factor muy influido por aspectos culturales, así como el sexo de los interlocutores, y sobre todo por aspectos situacionales.

Al distinguir comunicación verbal y no verbal, no se supone que son hechos autónomos sino que están íntimamente relacionados. De esta manera se

diferencian distintas formas por las que la comunicación no verbal apoya los mensajes Verbales:

- Repetición. Mensaje verbal y no verbal transmiten idéntica información.
- Contradicción. El mensaje no verbal se opone al verbal.
- Sustitución. Una conducta no verbal ocupa el lugar de un mensaje lingüístico.
- Complementación. Una conducta no verbal complementa una verbal cuando la modifica, termina o elabora de algún modo.
- Acentuación. Los mensajes verbales se enfatizan con el uso de los registros no verbales.
- Regulación. La conducta no verbal contribuye a la regulación del flujo de la conversación.

Obstáculos de la comunicación.

Desde el punto de vista del emisor y del receptor, se pueden encontrar con posibles inconvenientes:

Ambientales:

- Ruido.
- Escasa visibilidad o escasa luminosidad.
- Excesivo número de gente en la habitación.
- Decoración de la habitación.
- Mobiliario.
- Ambiente general.

Personales:

- Déficits físicos (sordera, ceguera, inmovilización).
- Déficits cognitivos (afasia, agnosia).
- Edad.
- Clase social
- Nivel cultural.
- Entorno familiar.

1.2.2. Habilidades sociales en la esquizofrenia

1.2.2.1. Definición

Las relaciones interpersonales son un elemento fundamental para lograr un adecuado desempeño y conservación de los diversos papeles sociales que una persona tiene que cubrir a lo largo de su vida, lo que a su vez se convierte en un factor determinante para su integración social y su adaptación a largo plazo. Por este motivo, las personas necesitan disponer de una serie de capacidades cognitivas, conductuales y emocionales que permitan y faciliten la convivencia y el intercambio social.

La esquizofrenia es una enfermedad que tiene como uno de sus rasgos distintivos la presencia de déficit en el funcionamiento social e interpersonal, siendo estos elementos claves en su definición, además de constituir una fuente de estrés para quienes lo presentan y contribuir a las recaídas y exacerbaciones sintomatológicas (Lieberman, 1993). Estos déficits son relativamente estables a lo largo del tiempo y sólo correlacionan modestamente con los positivos y negativos (Bellack *et al.*, 1990). Por ello, a lo largo de estas dos últimas décadas, el entrenamiento en habilidades sociales ha sido una técnica central en los intentos de remediar el pobre funcionamiento social que suelen presentar los pacientes con esquizofrenia (Bellack y Mueser, 1993; Brady, 1984; Haldford y Hayes, 1992) y para potenciar sus recursos individuales de afrontamiento y la red de apoyo social; con el fin de atenuar o eliminar los estresores ambientales y personales que pueden desestabilizar el frágil equilibrio o vulnerabilidad subyacente (Bellack y Mueser, 1993; Lieberman *et al.*, 1985).

Desde esta perceptiva, y a pesar de la dificultad para proporcionar una definición única de lo que son las habilidades sociales (Santolaya, 1996), sí existe un acuerdo general en torno a lo que se refiere con este concepto desde una óptica conductual bajo la que se presentan. En un sentido amplio, se puede entender como conductas o habilidades cognitivo-perceptivas que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal (Mueser y Sayers, 1992). Así, las habilidades sociales se contemplan

como el proceso de afrontamiento por el cual se logra una capacidad social adecuada para vivir en un entorno social concreto. Estas habilidades (de comunicación verbal y no verbal, sentimientos, actitudes y percepción del contexto interpersonal), posibilitan el logro de los objetivos individuales instrumentales o interpersonales a través de la interacción social (Lieberman, De Risi y Mueser, 1989; Lieberman, 1993).

La habilidad social no es meramente una suma de características cognitivas o conductuales individuales estandarizadas, sino que supone un proceso interactivo de combinación de estas características individuales en contextos ambientales cambiantes; lo que conlleva un gran dinamismo y motilidad en aspectos como el esquema corporal, el entorno físico, el bagaje histórico y sociocultural del individuo y del contexto concreto de interacción, el medio social de pertenencia, o los objetivos en juego de los participantes en la interacción (Orviz y Fernández, 1997).

Para Bellack (1992), la adecuada Ejecución Social está influida por un número de factores que incluyen las Habilidades Sociales, la percepción social y la motivación para la interacción. En los síntomas negativos, los efectos secundarios de la medicación y la ansiedad social, el papel del procesamiento de la información es indirecto. La percepción social, la solución de problemas sociales y los procesos cognitivos parecen jugar un importante papel.

Tabla 1.29.
Factores de Influencias (Bellack, 1992).

Influencias Primarias	Consecuencias posibles
Habilidades sociales.	Evitación de la Mirada.
Percepción social.	Fallos en el reconocimiento de criticismo y hostilidad.
Habilidad de solución de problemas.	Falta de habilidad para negociar o comprometerse.
Afecto.	Evitación por ansiedad social.
Síntomas negativos.	Pausa de habla o gestos.
Síntomas positivos.	Conversaciones alteradas por descarrilamiento.
Efectos secundarios medicación.	Akinesia, acatisia.
Motivación.	Perdida de interés por repetición de fallos.

De acuerdo con el desarrollo y naturaleza de las habilidades sociales, y con vista a su evaluación y tratamiento, Mueser y Sayers (1992) establecieron una serie de principios básicos que las caracterizan:

- Las habilidades sociales pueden ser aprendidas y enseñadas a personas con deterioros. A través de las influencias combinadas de la observación de modelos, del refuerzo social y del refuerzo material, se puede adquirir un repertorio de habilidades para su uso social en personas con déficit; que puede provenir de la falta de motivación, del desuso, de los efectos de los síntomas positivos o de la pérdida de las relaciones contingenciales de refuerzo dispuestas en el ambiente.

- Las habilidades sociales son específicas a cada situación, de modo que lo apropiado de la conducta social depende en parte del contexto ambiental en el que ocurre. Las reglas que regulan la conducta social están influidas por diferentes factores, como el propósito de la interacción, el sexo de los participantes, el grado de familiaridad y relación entre los actores, el número de personas presentes, el escenario y el momento. Por estas razones, la evaluación debe ser situacional.

- Las habilidades facilitan la competencia social, pero no la aseguran, en la medida en que ésta es el resultado de una red que incluye las habilidades de la persona y otros factores no relacionados con las destrezas, como la ansiedad y el ambiente.

- Las habilidades sociales inciden sobre el funcionamiento social y sobre el curso de la esquizofrenia. A través de la mejora en la calidad de vida y la reducción de las exacerbaciones sintomáticas, las habilidades sociales son un instrumento de protección personal.

Una formulación más técnica de los componentes esenciales de las Habilidades Sociales fue aportada por Bedell y Lennox (1994), que incluyen:

- Percibir con exactitud la información derivada de un contexto interpersonal.
- Transformar esta información en un programa conductual viable.
- Ejecutar este programa a través de conductas verbales y no verbales que maximicen la probabilidad de lograr las metas y de mantener una buena relación con los demás.

Esta definición presume que las habilidades sociales comprenden dos grupos de destrezas: cognitivas y conductuales.

- Las cognitivas engloban la percepción social y el procesamiento de información que definen, organizan y guían las habilidades sociales.

- Las destrezas conductuales se refieren a las conductas verbales y no verbales usadas para la puesta en práctica de la decisión surgida de los procesos cognitivos.

Este modelo es especialmente aplicable en personas con esquizofrenia, ya que sus déficits cognitivos probablemente contribuyen de un modo sustancial a la característica ejecución defectuosa de este trastorno.

En esencia, las habilidades sociales comprenden un extenso conjunto de elementos verbales y no verbales que se combinan en complejos repertorios cognitivo-conductuales, que pueden ser enseñados a los pacientes en los diversos programas de entrenamiento. Los elementos tradicionalmente más importantes son *conductas expresivas* (contenido del habla, elementos paralingüísticos: volumen de voz, ritmo, tasa de emisión y entonación, y conducta no verbal: contacto ocular, postura, expresiones faciales, movimientos corporales y distancia y postura interpersonal); *conductas receptivas* (percepción social, que abarca atención e interpretación de pistas relevantes y reconocimiento de emociones); *conductas interactivas* (momento de respuesta, turnos de conversación y uso de reforzadores sociales); y *factores situacionales* (la «inteligencia social» o conocimiento de los factores culturales y las demandas específicas del contexto) (Bellack *et al.*, 1997; Mueser y Sayers, 1992).

Estos componentes moleculares de las habilidades se estructuran en torno a una serie de áreas generales características de las Interacciones Interpersonales que serán evaluadas en cada caso para, posteriormente, Entrenar aquellas que se presenten deficitarias en cada paciente; entre las que se incluyen: habilidades básicas de conversación, habilidades intermedias de comunicación, declaraciones positivas, declaraciones negativas, solución de conflictos, manejo de medicación, relaciones de amistad y compromiso, solución de problemas y habilidades laborales.

Por tanto las habilidades sociales pueden ser definidas como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales, al ser aprendida, está mediatizada por las circunstancias sociales y culturales, que han rodeado a la persona y por los demás aspectos de la personalidad.

Existen unos factores que determinan el que una conducta sea habilidosa en una relación interpersonal:

- Motivación y objetivos del sujeto.

Tener: objetivos claros + capacidad adecuada del sujeto + estrategias efectivas; para lograr el éxito.

- Habilidades descifradoras.

Recepción, percepción e interpretación de la información sensorial.

- Fase decisoria.

Decidir como actuar según los objetivos que el sujeto tiene, y atendiendo a las percepciones del medio. Lo que supone un proceso de resolución de problemas.

- Emisión de respuesta motora, adecuada a la situación.

El sujeto ha de disponer del repertorio de respuestas elementales, componentes de una conducta compleja.

Cuando se observa el habla de los esquizofrénicos, se denotan algunas carencias y algunos excesos, pero sobre todo lo que se ve es lo deteriorado del discurso y la dificultad que tienen para comunicarse de una manera coherente para el interlocutor y que este les entienda, se puede hablar de un lenguaje disgregado, con graves alteraciones semánticas y con una sintaxis pobre.

Los esquizofrénicos pueden utilizar el lenguaje de forma adecuada, pero no logran comunicarse bien, debido a que no tienen en cuenta a sus interlocutores y las necesidades informativas de éstos. La actuación del esquizofrénico cuando el número de elementos verbales es superior a tres o cuatro, empeora drásticamente.

Hay un exceso de monólogos en este tipo de pacientes, con un discurso pobre, les cuesta un gran esfuerzo por parte del interlocutor-receptor conseguir nexos de unión entre las frases que den consistencia a la conversación, el número de comentarios espontáneos es mínimo, esto obliga al receptor a forzar en todo momento la conversación para darle una continuidad que no siempre se consigue, por no hablar de lo complicado que resulta para esta población el cambio de tema a mitad del discurso, representando gran dificultad los métodos tradicionales utilizados con este fin de cambio de tema: al hilo y a saltos.

Resumiendo lo anterior implica que en determinados momentos, cuando un esquizofrénico actúa como emisor, se encuentra con grandes dificultades a la hora de proporcionar información. Al mismo tiempo las descripciones ofrecidas suelen ser inadecuadas para las necesidades del oyente con respecto a la tarea que se quiere desarrollar, y el diseño en función del receptor es defectuoso.

1.2.2.2. Hipótesis sobre el bajo funcionamiento social en la esquizofrenia.

Una primera hipótesis es la que explica el pobre funcionamiento social observado, como un epifenómeno de otros síntomas básicos del trastorno. Los pacientes esquizofrénicos con síntomas negativos prominentes presentan mayores tasas de alteraciones estructurales cerebrales, limitaciones en el funcionamiento intelectual, y en un peor pronóstico (Crow, 1980). Además (Liddle, 1987), son personas que tienden a presentar una competencia social pobre y a sufrir deterioro en sus relaciones sociales.

Esta hipótesis se corresponde con un modelo médico del enfermar, de tal manera que la rehabilitación psicosocial queda equiparada a los modelos de rehabilitación física, y se proponen cuatro estadios secuenciales para los trastornos mentales crónicos (Lieberman, 1988):

- Patología.
- Deterioro.
- Incapacidad.
- Minusvalía.

La aplicación de este modelo a la esquizofrenia tiene una limitada capacidad explicativa, además de presentar un sesgo de tipo biológico. Este modelo entiende que los déficits en habilidades sociales son consecuencia de los propios síntomas psicóticos, los cuales a su vez, obedecen a una patología del sistema nervioso, pero no contempla otras variables con capacidad para predecir tales deficiencias. Esto hace referencia a la historia del aprendizaje social, a las variables contextuales o a los tipos de reforzamiento (Cuevas y Perona, 1995).

Este modelo se ha centrado más en el estudio del deterioro en términos de sintomatología psicótica que de discapacidad, siendo ésta, muy importante en la vida del paciente esquizofrénico. Además, el grado de discapacidad funcional puede resultar un aspecto más estable y más duradero que los propios síntomas negativos y positivos (Heinrichs, Nalón y Carpenter, 1984).

La segunda hipótesis está formulada desde el punto de vista conductual (Bellack *et al.*, 1990). Se entiende que para un funcionamiento social efectivo son necesarias las habilidades conductuales que permitan emitir respuestas adecuadas, habilidades cognitivas que posibiliten una correcta percepción social y determinar qué respuestas ejecutar, y la motivación para concretar dicha ejecución.

Esta hipótesis sugiere que los sujetos esquizofrénicos presentan déficit en tales habilidades sociales porque hubo un fracaso en su aprendizaje o porque éstas no se ejercitaron durante largos periodos de hospitalización o aislamiento social. Tiene un pobre apoyo empírico, pues el que los entrenamientos en habilidades sociales sean efectivos para mejorar el funcionamiento social de los pacientes esquizofrénicos no demuestra que el déficit previo en habilidades sociales sea la causa del mismo, ni que el entrenamiento en habilidades sociales sea el único factor responsable de la mejora de éste.

1.2.2.3. Estudios sobre el funcionamiento social del enfermo institucionalizado

En los últimos años ha habido un reconocimiento por parte de los profesionales de la salud mental sobre la evaluación del funcionamiento social. En el DSM III-R (1987) ya se le da importancia a los factores psicosociales como uno de sus ejes.

Dentro de la esquizofrenia en el DSM IV (1994) se incluye como un elemento básico de la sintomatología dentro de los criterios diagnósticos que definen el trastorno.

Sobre el funcionamiento social, Clare y Birchwood (1998) señalan que es preciso centrarse en las habilidades para la vida diaria, las habilidades interpersonales y la implicación social a la hora de considerar su evaluación (Tabla 1.30.).

Tabla 1.30.

Áreas de evaluación del funcionamiento social (Clare y Birchwood, 1998).

Habilidades de la vida diaria	Habilidades interpersonales	Implicación social
<p>Autocuidado.</p> <p>Uso de transportes.</p> <p>Habilidades domésticas.</p>	<p>Habilidades de conversación.</p> <p>Habilidades de interacción.</p> <p>Asertividad.</p>	<p>Redes sociales.</p> <p>Frecuencia de contactos sociales.</p> <p>Calidad de las relaciones.</p> <p>Participación en actividades.</p>

Se considera importante evaluar tanto las variables relacionadas con estas habilidades, la sintomatología psicótica positiva y negativa, como al mismo tiempo los trastornos afectivos y el deterioro cognitivo.

Se han realizado diferentes estudios que intentan hallar la relación existente entre las habilidades sociales (HHSS), funcionamiento social (FS) y sintomatología psicótica del usuario (PS), se muestra en la siguiente Tabla 1.31.

Tabla 1.31.

Relaciones positivas o negativas entre habilidades sociales (HHSS), funcionamiento social (FS) y psicopatología (PS).

Estudio	Usuarios	HHSS Y FS	PS y FS	PS y HHSS
Mueser <i>et al.</i> , 1990	57 esquizofrénicos 16 esquizoafectivos institucionalizados	Relación positiva	Relación negativa con PS global	Relación negativa con PS global
Bellack <i>et al.</i> , 1990	58 esquizofrénicos 33 afectivos mayores institucionalizados 20 sujetos normales	Relación positiva	Relación negativa con PS (-) global y con ítem (+)	Relación negativa con PS (-) global
Appelo <i>et al.</i> , 1992	39 esquizofrénicos institucionalizados	Relación positiva	Relación negativa con PS (-) y (+)	No relación
Palacios <i>et al.</i> , 1995	67 esquizofrénicos Institucionalizados	No informan	Relación Negativa	No informan

Mueser *et al.*, (1990) evaluaron en una muestra de pacientes institucionalizados (57 esquizofrénicos 16 esquizoafectivos) la relación entre las siguientes variables: ajuste promorbido, habilidades sociales medidas a través de role-play, psicopatología evaluada con el BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale; Overall y Gorham, 1962) y la SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms; Andreasen 1984b), y ajuste social actual valorado mediante la SAS-II (Social Adjustment Scale; Schooler, Hogarty y Weissman, 1979) y la QLS (Quality Life Scale; Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984).

Los autores encontraron relaciones positivas y significativas entre ajuste promorbido y nivel de habilidad social actual ($r = .34$), la habilidad social y el ajuste social actual ($r = .60$), las relaciones negativas entre habilidades sociales y la psicopatología global ($r = -.30$), y entre psicopatología global y ajuste social actual ($r = -.64$).

Bellack *et al.*, (1990) evaluaron en una muestra de sujetos (58 esquizofrénicos, 33 afectivos mayores Institucionalizados y 20 sujetos normales) las relaciones establecidas entre tipos específicos de psicopatología y dominios concretos del funcionamiento social. Las pruebas utilizadas de psicopatología fueron con el BPRS (Brief psychiatric rating scale; Overall y Gorham, 1962) y la SANS (Scale for the assessment of negative symptoms; Andreasen 1984b), y ajuste social actual valorado mediante la SAS-II (Social adjustment scale; Schooler, Hogarty y Weissman, 1979) y la QLS (Quality Life scale; Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984).

Los resultados fueron la puntuación global de psicopatología según el BPRS, las subescalas del funcionamiento social de la SAS-II y de la QLS no resulto significativa ($r = .25$). Por otra parte las cinco categorías de síntomas negativos del SANS mostraron una relación significativa ($r = .44$) con las nueve categorías del funcionamiento social de la QLS y de la SAS-II (cuatro y cinco, respectivamente).

Appelo *et al.*, (1992) evaluaron una muestra de pacientes institucionalizados (39 esquizofrénicos, 28 hombres y 11 mujeres) estudiaron la relación entre síntomas positivos, síntomas negativos, habilidades sociales y ajuste o funcionamiento social.

Las pruebas utilizadas fueron para valorar los síntomas positivos (Comprehensive psychopathological rating scale-schizophrenia de Asberg *et al.*, 1978), síntomas negativos con la escala SANS (Scale for the assesment of negative symtoms; Andreasen 1984b), el ajuste social medido con la subescala de “conducta general” del REHAB (Barker y Hall, 1988) y las habilidades sociales observadas en situaciones estructuradas de interacción social simulada con el SSIT (Simulated social interaction test de Curran, 1982), no correlacionaron con la psicopatología, pero sí con el ajuste social.

En estos estudios anteriores se comprueba que el ajuste social aumenta al recibir tratamiento para aumentar las habilidades en todas las áreas que precise el usuario. Pero lo más importante es que se considere la situación de “ofrecer soporte a sus familias”, se ha de apoyar y promover la rehabilitación e integración social de las personas afectadas para que puedan vivir y mantenerse en su entorno con unas condiciones de vida lo mas autónomas posibles. Para ello se han de desarrollar una serie de servicios que permitan atender las necesidades de rehabilitación e integración social, la formación y orientación laboral, la atención residencial y el apoyo comunitario.

1.2.3. Tratamientos e intervenciones en la esquizofrenia

1.2.3.1. Evolución del tratamiento:

Desde los siglos XVI al XVIII la institucionalización se convirtió en la principal respuesta al problema de la enfermedad, pobreza y marginación.

Al inicio del siglo XIX se va configurando el “manicomio”, que se convierte en el espacio propio para el tratamiento de la “locura”. La reclusión toma la forma de aislamiento terapéutico. La locura se va separando del mundo de la pobreza para articularse como una entidad clínica que es necesario atender médicamente procurando el adecuado tratamiento para su curación.

El manicomio se consolida como forma principal de atención a la enfermedad mental crónica, desempeñando diferentes funciones: por un lado, una función médica, de tratamiento y curación, cuya eficacia es escasa, debido a la ausencia de terapéuticas eficaces y de precariedad de medios y condiciones, por otro lado, una función social y una función de control social, de protección de la sociedad frente al “loco” y su supuestamente extraña e impredecible conducta. El manicomio se transforma de una institución cuyo objetivo terapéutico, es el de tratamiento médico y cuidado; al de una institución en el que debido a la escasa eficacia de las terapias existentes, su objetivo se centra en una función asilar y custodial. Esta función que asume el manicomio junto con unas pésimas condiciones de vida, falta de medios, masificación, escaso personal, todo ello acarrea unas consecuencias negativas para la población internada: cronificación institucional, deterioro, despersonalización y marginación. Después de la segunda guerra mundial empieza el movimiento para transformar la situación en la que se encuentra la población de enfermos mentales crónicos, a un nuevo contexto donde situar el enfermo mental y atender sus diferentes problemáticas.

Uno de los factores que tuvo mayor importancia en el impulso del cambio en la atención psiquiátrica fue, la aparición en los años cincuenta de la clopromacina. Fue Henri Laborit quien logró producir el primer neuroléptico sintetizado. La publicación de Delay, Deniker y Harl (1952), fue uno de los primeros resultados de su aplicación clínica, supuso una auténtica revolución en el tratamiento de la esquizofrenia

(Obiols y Obiols, 1989). Los neurolépticos inciden con eficacia sobre las ideas delirantes, alucinaciones, hiperactividad, desorganización conceptual, confusión y ansiedad, no mostrándose igual de útiles con la sintomatología negativa.

La reforma psiquiátrica se inicia en diferentes países y se entiende como:

- Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento de introducir funciones terapéuticas o suprimirlo por otros dispositivos.
- La búsqueda de una desinstitucionalización para los enfermos mentales crónicos y el intento de reinserción social en la comunidad.
- Factores como la introducción del psicoanálisis y el desplazamiento de la atención del hospital a la comunidad.
- Reconocimiento de los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar, en el curso y evolución del trastorno.
- Enfoque integrado de la salud mental teniendo en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (biológico- psicológico- social).
- La territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.
- El intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

La reforma psiquiátrica en España empieza uno años más tarde que en resto de países. A finales de los sesenta y principios de los setenta. En España la situación de la asistencia psiquiátrica era mala y deficitaria: marginación, miseria y escasez de medios, mantenimiento de procedimientos coercitivos y condiciones de vida casi inhumanas, eran características de muchos hospitales psiquiátricos. En 1971 se constituyó la coordinadora de psiquiatría en España, esta desarrolló una labor de crítica de las condiciones de vida de las instituciones manicomiales y de la grave situación de los derechos humanos de los enfermos mentales, proponiendo las bases para una nueva manera de atender a la población desde una ideología comprometida con el modelo comunitario.

En España los cambios de la reforma psiquiátrica, no se ven hasta los años ochenta y fue en 1983, cuando se lleva a cabo la reforma del código civil y con ella se establece la regulación de los internamientos y la necesidad de su autorización por parte de un juez. En 1986, en la ley general de la sanidad se configura la creación del sistema nacional de salud, estableciéndose las bases legislativas para la reforma y la implantación de un modelo comunitario (Tabla 1.32).

Por otra parte, en EEUU el instituto nacional para la salud mental, desarrolla el concepto de “soporte comunitario” (Stroul, 1989; Test, 1989). Por el que se entiende una red organizada y coordinada a nivel local de servicios y personas para asistir y ayudar a la población con enfermedad mental crónica, en la cobertura de sus necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad.

Este concepto identifica los diferentes componentes o ámbitos de Intervención que deben conformar un adecuado y completo soporte comunitario.

Tabla 1.32.
Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de Abril).

CAPÍTULO TERCERO de la Salud Mental

Artículo 20. Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y a la psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollaran los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención a la pérdida de la salud en general.

1.2.3.2. Tipos de intervención en pacientes esquizofrénicos

Ámbitos de intervención:

- Atención y tratamiento de salud mental.
- Atención en crisis y hospitalización.
- Identificación, detección, captación de población enferma mental crónica.
- Alojamiento y atención residencial.
- Rehabilitación psicosocial.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mundo del trabajo.
- Educación y apoyo en las familias.
- Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo.
- Apoyo económico.
- Protección legal y defensa de sus derechos.
- Monitorización y seguimiento individualizado en la comunidad.

La rehabilitación debe ser el objetivo de este sistema de soporte comunitario y para ello deben implicarse todos los servicios que están dentro de la atención comunitaria al enfermo mental crónico. Desde una visión comunitaria del trastorno psicótico crónico, hay que integrar los componentes biopsicosociales a través de programas terapéuticos que unifiquen tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y rehabilitadores (Lieberman, 1988).

Para Farkas (1990), es fundamental en el proceso rehabilitador la mejora y satisfacción del usuario en el entorno de su elección, con relación a su meta personal y con los apoyos naturales que sean posibles.

El objetivo de la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos esquizofrénicos crónicos, es fomentar y enseñar a estas personas las habilidades necesarias para vivir de forma satisfactoria en su entorno social inmediato, además de proporcionarles aquellos recursos y apoyos sociales que faciliten dicha integración (Perona y Cuevas, 1991).

Se trata por tanto de potenciar y desarrollar el funcionamiento psicosocial del sujeto en su medio (Cuevas, Perona y Arévalo, 1992), resultando de importancia para ello la disponibilidad de recursos sociales, ocupacionales, laborales, económicos y residenciales, así como el apoyo social, y las capacidades u habilidades personales.

Dentro de las habilidades, capacidades y competencias de un individuo, se encuentran las habilidades sociales. Muchas personas con diagnóstico de esquizofrenia, suelen presentar dificultades en el terreno de las relaciones interpersonales.

El entrenamiento en habilidades sociales es uno de los tratamientos empleados para que las personas diagnosticadas de esquizofrenia mejoren sus habilidades sociales y con ello su funcionamiento social, y logren una mayor adaptación e integración en la sociedad. La Organización Mundial de la Salud (1991) reconoce la bondad de dichas Intervenciones en el tratamiento de la esquizofrenia y la American Psychiatric Association (1998) las incluye en su publicación sobre directrices para la práctica clínica en el tratamiento de esta enfermedad. Al mismo tiempo, con el entrenamiento de habilidades sociales se potencia el desarrollo de algunos de los mecanismos personales de carácter protector ante el estrés derivado de las dificultades de la vida diaria. Con esto, en cierta medida y con otros factores, se reduciría la probabilidad de futuras recaídas y se prevendría el subsiguiente posible deterioro en el funcionamiento social.

Actualmente se esta dando una mayor importancia a la detección precoz en los trastornos psicóticos y a la intervención temprana. Algunos de los signos y síntomas que pueden estar asociados al Inicio de un trastorno psicótico podrían ser: los cambios persistentes en el funcionamiento psicosocial(retraimiento social, falta de motivación, deterioro en el trabajo o estudios),cambios conductuales (trastornos en el sueño o el apetito), cambios emocionales (depresión, ansiedad, tensión, irritabilidad, ira, cambios en el estado de ánimo, percepción de que las cosas han cambiado y sensación de aceleración o enlentecimiento del pensamiento), cambios cognitivos (como problemas de concentración o memoria, desconfianza y la aparición de creencias inusuales) (Edwards y McGorry, 2002).

Estos signos no son necesariamente indicadores de un trastorno psicótico, pueden estar debidos a otros trastornos, pero si es una persona joven y se dan sin ninguna causa aparente se debería realizar una evaluación para descartarlo o para intervenir lo antes posible.

La forma más precoz de un trastorno psicótico y que confiere un estado mental de riesgo, es el pródromo o fase prodrómica (Eaton *et al.*, 1995). Un periodo de cambio en la conducta o el funcionamiento previo al comienzo de los síntomas psicóticos obvios. Es difícil identificar a las personas que experimentan un síndrome prodrómico, porque sus características son variables e inespecíficas. No obstante, se comienza a recoger información que facilite la comprensión que explique el desarrollo de la psicosis y de estrategias de prevención (Yung y McGorry, 1996). Las perspectivas para los pacientes con esquizofrenia han mejorado notablemente gracias al desarrollo de una serie de medicamentos e intervenciones psicosociales. Los nuevos antipsicóticos ayudan a controlar los síntomas del trastorno, al tiempo que causan menos efectos secundarios estigmatizantes.

La psicoeducación y otras intervenciones psicosociales ayudan al paciente y a sus familiares a:

- Manejar el trastorno de manera más efectiva.
- Reducir la disfunción social y laboral.
- Aumentar la reintegración social.

Se han emprendido investigaciones para encontrar tratamientos más inocuos y eficaces. Además, la realización de más estudios sobre un mejor pronóstico de la esquizofrenia en los países en vías de desarrollo, con respecto a los desarrollados podrá sugerir estrategias que se apliquen en cualquier parte del mundo para mejorar el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia.

Tres componentes principales conforman el tratamiento de la esquizofrenia:

- Fármacos para aliviar los síntomas y evitar las recidivas.
- Enseñanza e intervenciones psicosociales para ayudar a los pacientes y sus familiares a resolver problemas, hacer frente al estrés, afrontar la enfermedad y sus complicaciones y prevenir las recaídas.
- Rehabilitación social para ayudar a los pacientes a reintegrarse en la comunidad y recuperar la actividad educativa y laboral.

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS), cuyo objetivo es mejorar la competencia social de los pacientes, constituye un componente fundamental de los programas de rehabilitación psicosocial de pacientes esquizofrénicos.

Los déficits en el funcionamiento interpersonal y social del individuo son uno de los síntomas característicos de la esquizofrenia.

- Déficits persistentes en el tiempo y, con frecuencia, anteriores a la aparición de la enfermedad.
- Pero no deben ser considerados sólo una consecuencia de los síntomas de la esquizofrenia, ya que están presentes incluso cuando los síntomas positivos y negativos se encuentran en remisión.

Estos déficits han sido descritos en términos de:

- Escaso contacto ocular.
- Expresión facial inapropiada.
- Gestos inadecuados.
- Tiempo de respuesta o sincronía deficiente.
- Incapacidad para percibir correctamente las situaciones sociales.
- Dificultad para expresar opiniones y emociones.
- Dificultad para mantener conversaciones.
- Dificultad para reconocer las emociones de los demás.

Por lo tanto, el EHS aparece como una intervención necesaria en el tratamiento del paciente esquizofrénico, dado que:

- Le permitirá un manejo más eficaz de las situaciones potencialmente estresantes, y por tanto, evitará la aparición de recaídas.
- Facilitará una mejor adaptación al medio y, en consecuencia, el logro de mayores tasas de reforzamiento.

Las *HHSS* podrían definirse como aquellas conductas que ayudan a comunicar las emociones y necesidades de forma precisa y permiten conseguir los objetivos interpersonales que se desean.

Incluyen tres tipos de componentes, que hacen referencia a distintos estadios, habitualmente alterados en la esquizofrenia:

- **Habilidades perceptivas o de recepción:** necesarias para atender y percibir de forma adecuada la información social relevante que aparece en una determinada situación social (escuchar al otro, observar su comportamiento, identificar las emociones y sentimientos del otro).
- **Habilidades cognitivas o de procesamiento:** suponen la evaluación de las alternativas de acción, con objeto de seleccionar aquella que permita lograr los objetivos que el sujeto tiene en la interacción o relación social, es decir, permiten decidir el contenido de lo que se va a decir, así como cuándo y dónde se va a decir.
- **Habilidades conductuales o de emisión:** suponen la puesta en marcha de las conductas directamente implicadas en la interacción social, y a diferencia de los anteriores estadios, son públicamente observables. Incluyen tanto el *contenido verbal* (lo que se quiere decir), como las *habilidades no verbales* y *paralingüísticas* (cómo se dice):
 - Entre las conductas no verbales implicadas en una interacción social se encuentran la expresión facial, los gestos, las posturas, el contacto ocular y la distancia interpersonal.
 - Los aspectos paralingüísticos se refieren al volumen de la voz, a la fluidez del lenguaje, al tono.

La mayor parte de los programas de entrenamiento para pacientes esquizofrénicos desarrollados hasta la fecha realizan un entrenamiento progresivo y programado de las diferentes habilidades implicadas en la interacción social.

Existen como se ha expuesto al principio de este apartado otros tipos de Tratamiento que se va a nombrar y realizar una breve exposición.

Intervención psicofarmacológica:

Los fármacos que se emplean actualmente para tratar la esquizofrenia se dividen en dos grupos:

- Antipsicóticos convencionales (denominados anteriormente neurolépticos).
- Nuevos antipsicóticos (denominados de segunda generación o antipsicóticos “atípicos”).

Los primeros antipsicóticos se introdujeron en la práctica clínica a comienzos y a mediados de los años 50. El término “estándar” (o “tradicional” o “convencional”) se emplea para referirse a todos los antipsicóticos anteriores a la clozapina.

Antiguamente se les denominaba neuroléptico, por sus efectos secundarios característicos sobre el sistema motor extrapiramidal, como distonía, parkinsonismo, discinesia y acatisia. Estos fármacos han resultado útiles para reducir, y a veces eliminar, síntomas positivos de la esquizofrenia, como trastornos del pensamiento, alucinaciones e ideas delirantes. También pueden aliviar síntomas asociados como agitación, impulsividad y agresividad.

Lamentablemente, no parecen ser tan eficaces a la hora de disminuir los síntomas negativos de la esquizofrenia:

- La apatía.
- El retraimiento social.
- Empobrecimiento del pensamiento.

El uso a largo plazo de este tipo de fármacos también reduce el riesgo de recaídas. La introducción de antipsicóticos eficaces ha facilitado la posibilidad de tratar a los pacientes con esquizofrenia en el seno de la comunidad, evitando los reingresos. Los antipsicóticos también sirven para que las personas con esquizofrenia se beneficien mejor de las distintas terapéuticas psicosociales.

En los años iniciales del desarrollo de los medicamentos el interés se centraba sobre todo en aliviar síntomas positivos como las alucinaciones y las ideas delirantes. En estos últimos años los investigadores han trabajado para obtener antipsicóticos más eficaces y con menores efectos secundarios. Lo que se busca es que actúen más sobre los síntomas negativos, sin dejar de controlar los positivos y que ayuden a mejorar la calidad de vida de los enfermos. Estos son factores cruciales en el tratamiento moderno y de la rehabilitación.

La clozapina fue el primer antipsicótico con mínimos efectos secundarios extrapiramidales. A la clozapina le han seguido nuevos fármacos que comparten esta ventaja. La introducción de este medicamento cambió la opinión de que todos los antipsicóticos poseían una eficacia semejante. La clozapina es el único antipsicótico que hasta ahora ha mostrado constantemente su superioridad con respecto a otros antipsicóticos en ensayos comparativos. De igual forma, se ha comprobado que supera a los antipsicóticos convencionales en pacientes que no han respondido a la medicación con este tipo de fármacos. Mejora los síntomas psicopatológicos y los problemas psicosociales y su efecto sobre los síntomas negativos es mejor que el de los antipsicóticos convencionales (Kane *et al.*, 1988; Hagger *et al.*, 1993; Meltzer *et al.*, 1990). A diferencia de estos últimos, la clozapina no produce síntomas extrapiramidales clínicamente significativos en la mayoría de los pacientes (Casey, 1996; Kurz *et al.*, 1995) y tiene un efecto antagonista dopaminérgico mucho más débil que el de los antipsicóticos convencionales.

Los términos “nuevo”, “de segunda generación” o “atípico” se usan para referirse a este grupo de medicamentos, prefiriéndose la denominación de segunda generación porque la “atipicidad” resulta difícil de definir. La característica principal de los nuevos antipsicóticos consiste en un menor riesgo de producir efectos extrapiramidales. Ventaja con respecto a los antipsicóticos tradicionales, ya que los

atípicos mejoran los síntomas negativos y provocan un aumento menor o insignificante del nivel de prolactina.

Antipsicóticos convencionales

Ejercen su efecto antipsicótico bloqueando los receptores del neurotransmisor dopamina en el sistema límbico del encéfalo. Algunos de estos fármacos se comercializan en presentaciones de absorción retardada, por lo que pueden administrarse en inyecciones de efecto prolongado con intervalos de 1 a 4 semanas. Estas inyecciones pueden ser de gran ayuda para los pacientes que tienen dificultad para tomar diariamente sus pastillas (Davis *et al.*, 1994).

Los antipsicóticos convencionales no difieren entre ellos de forma notable en su eficacia, aunque se observan diferencias en los efectos secundarios más frecuentes de los distintos medicamentos (Wirshing *et al.*, 1995). Por tanto, en la elección de un antipsicótico convencional, el médico deberá tener en cuenta su perfil de efectos secundarios, los antecedentes de tratamiento del paciente (si ha respondido bien o mal a un determinado fármaco o si ha padecido efectos secundarios en el pasado) y la disponibilidad de una presentación retardada y si existe la posibilidad de que el cumplimiento del régimen terapéutico suponga un problema.

Los síntomas positivos y negativos pueden disminuir significativamente o incluso desaparecer, algunos de los efectos secundarios extrapiramidales marcan al paciente y provocan que los demás lo perciban como un enfermo con un trastorno mental o con una lesión cerebral, lo que dificulta sobremanera que el paciente se integre en la comunidad. Para que el tratamiento sea eficaz y evitar las recaídas, es muy importante que las personas con esquizofrenia tomen la medicación como se ha prescrito y de forma continuada. Si así lo hacen mejorará su recuperación, con lo que podrán mantener su empleo, su hogar y sus relaciones sociales, y reducirán el estigma asociado a esta enfermedad. La mejor forma de evitar las recaídas es mantener a largo plazo el tratamiento. Actualmente existen nuevos medicamentos que están ayudando a muchas de las personas con esquizofrenia a reintegrarse en la sociedad.

Los antipsicóticos de segunda generación mejoran los síntomas con rapidez y reducen al mínimo los síntomas que ocasionan reacciones negativas hacia el paciente.

Tres componentes principales conforman el tratamiento de la esquizofrenia:

Fármacos, educación e intervenciones psicosociales y rehabilitación social

Para evitar las recaídas es muy importante ayudar a las personas con esquizofrenia a continuar tomando la medicación prescrita.

Los términos "adherencia", "cumplimiento" y "observancia" se han empleado para indicar que el paciente está tomando la medicación como se ha prescrito.

Al determinar la duración del tratamiento, el médico debe considerar el tipo de síntomas presentes, el historial de respuesta del paciente al tratamiento y los factores culturales y psicosociales.

Tabla 1.33.
Componentes principales del tratamiento en la esquizofrenia.

El tratamiento debe combatir los siguientes problemas:

1. Reconocimiento temprano de las recaídas.
2. Prevención de las recaídas.
3. Aumento de la Introspección y la observancia del tratamiento.
4. Psicoeducación.
5. La vida en familia.
6. Cuidados en la comunidad y en otros ámbitos especiales.
7. Técnicas sociales y de afrontamiento y rehabilitación.

La medicación combinada con rehabilitación social consigue una recuperación mejor del paciente que cada una de éstas técnicas por separado.

Intervenciones psicosociales:

- Psicoterapia individual.
- Tratamientos cognitivo-conductuales: entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y aprendizaje de habilidades de afrontamiento.
- Psicoterapia grupal.
- Intervención familiar.

Desde hace tiempo se ha comprobado que los factores psicosociales afectan al tratamiento, pronóstico, evolución y consecuencias de la esquizofrenia. Aun cuando la farmacología ha revolucionado el tratamiento de la enfermedad, en los últimos años se ha adquirido mayor concienciación gracias a la investigación, de que las intervenciones psicosociales tienen un impacto considerable en los resultados del tratamiento de la esquizofrenia.

Las intervenciones psico-sociales incluyen el uso de estrategias y técnicas psicológicas o sociales para reducir o eliminar las deficiencias, discapacidades, disfunciones y minusvalías cognitivas, psicológicas y sociales, con el fin de facilitar la reintegración social y la rehabilitación psicosocial.

La rehabilitación psicosocial debe apoyarse en una concepción de los derechos humanos, esto lleva implicado, el derecho a una vida cotidiana normal: estudiar, trabajar vacaciones, familia; Independencia familiar y una posición económica que le posibilite un medio de vida.

La rehabilitación psicosocial se centra en la recuperación de una serie de habilidades, que le permitan ejercer el derecho a desenvolverse con mayor autonomía en un entorno concreto. En la rehabilitación psicosocial, la persona es el propio conductor y protagonista de su proceso de recuperación.

La definición del término de rehabilitación psicosocial, es muy variada:

La definición de rehabilitación psicosocial, propuesta por la asociación española de neuropsiquiatría (AEN) dice que: “la rehabilitación psicosocial se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible” (Rodríguez, 1997).

“La rehabilitación de pacientes crónicos pretende convertir, aumentar o mantener la capacidad funcional” (Alanen *et al.*, 1991).

“El objetivo de la rehabilitación es el logro de la completa ciudadanía de los usuarios: política, jurídica, civil y económica” (Equipo de Trieste, en Saraceno y Montero, 1993).

“La rehabilitación psicosocial ayuda a las personas con incapacidades psiquiátricas a largo plazo a incrementar su funcionamiento, de tal manera, que tengan éxito y estén satisfechas en el ambiente de sus elección, con la menor cantidad de intervención profesional posible” (Anthony, Cohen y Farkas, 1990).

“La meta de la rehabilitación es que la persona incapacitada aproveche al máximo las capacidades que tenga en un contexto lo más normal que se pueda” (Bennett y Morris, 1990).

“La tarea de rehabilitación es ayudar al individuo a producir su vida” (Pellicier, en Aparicio, 1993).

“La rehabilitación psiquiátrica es la recuperación del funcionamiento de roles sociales e instrumentales lo más completamente posible, a través de procedimientos de aprendizaje y soportes ambientales” (Anthony y Liberman, 1992).

Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría tendríamos:(AEN) (6).

Los principios esenciales que definen la filosofía de atención en rehabilitación psicosocial son los siguientes: (Anthony, Cohen y Farkas, 1982; Farkas y Anthony, 1989).

Características:

Rehabilitación entendida como un proceso de autonomía

- Participación en el control de sus vidas.
- Integración en su comunidad natural.
- Apoyo y soporte continuado.
- Desempeño social.
- Principio de individualización.
- Se basa en las capacidades de los sujetos y de su entorno.
- Expectativas de futuro.

Evaluación de resultados

- Autonomía.
- Mejora de calidad de vida.
- Satisfacción de los usuarios.

Componentes de la metodología de intervención

- Evaluación funcional de las discapacidades y habilidades.
- Planificación del proceso.
- Participación activa del sujeto y cuidadores.
- Entrenamiento específico, flexible y contextualizado.
- Evaluación e intervención sobre el ambiente.
- Seguimiento del usuario en sus contextos.
- Perspectiva interdisciplinar.
- Coordinación interservicios.
- Uso sistemático de los resultados de las evaluaciones.

En términos prácticos, las intervenciones psicosociales pretenden:

- Aliviar tanto los síntomas negativos como los síntomas positivos.
- Aumentar la comprensión y la observancia al tratamiento.
- Prevenir las recaídas.
- Mejorar las habilidades sociales y de comunicación.
- Enseñar técnicas y estrategias para que los pacientes y sus familiares puedan afrontar mejor el estrés (Mueser *et al.*, 1990; Tomaras *et al.*, 1988).

Las intervenciones psicosociales son un complemento ideal junto con los medicamentos. Los problemas que padecen las personas con esquizofrenia en su vida son de índole social, personal, clínicos y, algunas veces, políticos (ej., discriminación). Debido a que la repercusión del trastorno se deja sentir en diferentes áreas de la vida. El tratamiento, para ser eficaz, debe combatir diversos problemas:

- El reconocimiento temprano de las recaídas y su prevención.
- Una mejor introspección y observancia del tratamiento.
- Psicoeducación.
- Vida en familia.
- Cuidados en la comunidad y asistencia en otros ámbitos.
- Técnicas sociales y de afrontamiento.
- Rehabilitación.

Prácticamente, toda comparación rigurosa de las modalidades médicas y de la rehabilitación social ha demostrado que la medicación combinada con rehabilitación social consigue una recuperación mejor que cada una de estas técnicas por separado.

Los fármacos suelen ser necesarios pero nunca son suficientes, mientras que la rehabilitación casi siempre logra mejores resultados, con el uso de una medicación cuidadosamente prescrita.

Las personas con esquizofrenia se benefician cuando una serie de métodos terapéuticos son aplicados por el mismo equipo de profesionales a lo largo del

tiempo. La continuidad en la atención y de los cuidadores es muy importante para la persona que está siendo tratada. Los usuarios también se sienten mejor atendidos cuando pueden hacerse oír a la hora de escoger entre diferentes opciones de tratamiento, locales y servicios.

Se pueden necesitar servicios especiales que faciliten tanto la medicación como la rehabilitación social, para personas particularmente vulnerables (ej., ancianos, mujeres, niños y adolescentes, personas con varias discapacidades y los que no hablen la lengua principal del país).

Educación

Es importante que las personas con esquizofrenia y sus familiares o cuidadores reciban información sobre la naturaleza de la esquizofrenia, sus causas, síntomas y tratamiento. Se deben enseñar sobre las ventajas y desventajas relativas de los distintos medicamentos, los efectos secundarios más frecuentes que son de esperar en cada tipo de fármaco, los síntomas que pueden predecir una recaída y los riesgos particulares del abuso de sustancias en estos enfermos.

Esta información ayudará a los pacientes y a sus familiares a asumir un papel más activo en la planificación del tratamiento y ayudará a mejorar el cumplimiento terapéutico y el apoyo que los familiares y cuidadores facilitan al enfermo.

Psicoterapias

La psicoterapia desempeña un papel importante en el tratamiento de la esquizofrenia. Se debe reconocer que las experiencias psicóticas del individuo no carecen de sentido, sino que representan, de forma distorsionada, problemas y preocupaciones importantes en la vida emocional del afectado.

Los profesionales de la salud mental han señalado, desde hace tiempo, el papel de la familia en el curso y pronóstico de la esquizofrenia (Brown *et al.*, 1972).

La investigación permite suponer que implicar a la familia en el proceso psicoterapéutico es beneficioso tanto para el paciente como para los propios familiares (Falloon *et al.*, 1988).

Psicoterapia individual

Según Tizón (1988) la psicoterapia consiste en la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales y el sufrimiento humano (no sólo psicológico).

La psicoterapia individual, a partir de ahora sólo aparecen las siglas (PI) consiste en un encuentro humano basado en la confianza, el reconocimiento del sufrimiento psíquico, la comprensión profunda y la presencia atenta. Los objetivos son muy diversos en función de cada paciente, el trastorno que presente y la situación de vida. Siempre que esté indicada, se ha de realizar dentro de un planteamiento terapéutico global integrando las otras intervenciones psicosociales así como la psicofarmacológica.

La PI ha de estar basada en las necesidades y preferencias del paciente así como en su sistema de valores en la elección de objetivos y metas a conseguir. Una PI óptima utiliza diversas estrategias basadas en una relación interpersonal continua, de comprensión y empatía.

Objetivos de la PI:

- Reducir al mínimo la vulnerabilidad.
- Reducir al mínimo el estrés.
- Optimizar las capacidades de adaptación.
- Optimizar la función.
- Evitar al máximo el deterioro.

La PI engloba toda una gama de intervenciones que pueden ser útiles para el tratamiento de la esquizofrenia. Las formas más comúnmente descritas son las de apoyo y dinámicas. En la práctica, los psicoterapeutas utilizan una combinación o síntesis de diversos enfoques y estrategias. Esta combinación se determina y ajusta de manera individual para cada paciente en función de su estado clínico concreto, sus capacidades de afrontamiento y sus preferencias.

Independientemente de la gravedad de la psicopatología, una positiva alianza terapéutica basada en una alta sintonía con las necesidades de los pacientes se asocia con un mejor cumplimiento de la medicación y unos mejores resultados. Estos resultados son coherentes con numerosos estudios que indican que el sentimiento del paciente de ser escuchado y entendido por el médico es un fuerte predictor de cumplimiento de la medicación. Lo esencial es un vínculo de confianza y se advierte contra las intervenciones intrusivas, abogando por un rol de apoyo y un rol de agente activo en el manejo de la enfermedad.

Los focos más apropiados en la PI serían: ayuda al paciente en el manejo de la enfermedad, atención a los problemas cotidianos, aproximación ecléctica que incluya educación, intervención en crisis, fortalecimiento y apoyo para las angustias existenciales, consejos prácticos e insight.

Se considera como bueno el modelo de vulnerabilidad al estrés para guiar los esfuerzos psicoterapéuticos.

Las principales recomendaciones para la PI en la esquizofrenia son:

- Se recomienda la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia resistente a los antipsicóticos.
- Durante la fase aguda (o crisis) de la esquizofrenia, se recomienda que las intervenciones psicosociales vayan destinadas a reducir las relaciones o episodios de la vida que resulten estresantes y a fomentar unas relaciones de apoyo (tolerantes y no exigentes) por parte de los profesionales que intervienen en esta fase.

– No existe suficiente evidencia científica que apoye el uso de técnicas de terapia psicodinámica para personas hospitalizadas con esquizofrenia. Estudios recopilados por la American Psychiatric Association sugieren que este tipo de terapia puede prolongar la desorganización o desencadenar una recidiva y, en consecuencia, se recomienda no utilizar la terapia psicodinámica durante la fase aguda de la psicosis.

– Durante la fase de estabilización, se recomienda psicoterapia de apoyo centrada en la realidad para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables.

– Durante la fase estable, se recomienda psicoterapia de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce de manera significativa las recidivas y potencia la función social y laboral al añadirla a la medicación en pacientes tratados ambulatoriamente. Se recomiendan las estrategias orientadas a la realidad dado que resultan igual de eficaces o mejores que la terapia psicodinámica en cuanto a recidivas y ajuste sociolaboral.

La PI de apoyo combinada con medicación goza de gran notoriedad. La psicoterapia de apoyo hace hincapié en la escucha empática y el apoyo emocional. Se centra en la exploración de la capacidad del paciente de afrontar las dificultades sociales y de otro tipo, a la vez que le ayuda y anima para buscar formas de adaptarse a la complejidad que supone vivir en comunidad.

Tratamiento cognitivo – conductual

Entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y aprendizaje de habilidades de afrontamiento.

Las terapias conductuales cognitivas tienen una utilidad cada vez mayor en la modificación del comportamiento mediante:

- Aplicación de técnicas de control de los síntomas (control de la ansiedad).
- Control de alucinaciones persistentes.
- Reducción del discurso delirante.
- Refuerzo del rendimiento cognitivo.

(Lieberman *et al.*, 1995; Perris, 1989, 1992; Brenner *et al.*, 1993).

La terapia conductual cognitiva parece ser un tratamiento eficaz tanto para individuos como para grupos de pacientes con esquizofrenia (Bellack, 1992; Kingdon y Turkington, 1994).

La psicoeducación individual y de grupo suele incluirse como parte de la terapia conductual cognitiva.

El terapeuta trata temas:

- La aceptación de la enfermedad.
- La adaptación a déficits funcionales.
- La naturaleza crónica de la enfermedad.
- El autocontrol de la medicación.
- El reconocimiento precoz de los síntomas de recaída.

Las intervenciones incluyen:

- Orientación de apoyo.
- Dramatización (*role- playing*).
- Modelado (Hogarty *et al.*, 1995).

Psicoterapia grupal

La psicoterapia grupal o terapias de grupo incluyen un amplio abanico de modalidades terapéuticas como son los grupos psicoeducativos, los grupos de autoayuda y la psicoterapia de grupo, y en algunos casos se utiliza una combinación de éstas.

Objetivos de la psicoterapia grupal:

- Potenciar la resolución de problemas.
- Planificar objetivos.
- Favorecer las interacciones sociales.
- Mejorar el cumplimiento de la medicación.
- Propiciar el manejo de los efectos secundarios.

Un documento de consenso español describe muchos modelos de intervención que pueden desarrollarse en "formato grupal" pudiéndose incluir abordajes psicoanalíticos, interpersonales y educativos, así como terapia de entrenamiento en habilidades sociales, terapias cognitivas, intervenciones familiares y grupos de autoayuda. En la medida en que se incorporan abordajes cognitivos en el entrenamiento en habilidades sociales, se usa el término "entrenamiento en habilidades psicosociales".

A nivel de lo que serían propiamente psicoterapias grupales, Kanas (1990) describió tres enfoques teóricos principales: educativo, psicodinámico (orientado al insight, a la perspectiva) e interpersonal (orientado a la interacción, de apoyo).

Las terapias de grupo tienen un papel importante en los programas asistenciales de la esquizofrenia. Para que los pacientes puedan participar de una forma adecuada para sí mismos y para el grupo, se recomienda que tengan una estabilidad clínica suficiente, excluyéndose a pacientes muy afectados por alucinaciones o delirios, la desorganización del pensamiento y el mal control de impulsos.

Los tratamientos grupales se pueden incluir a lo largo del proceso de atención al paciente, requiriendo diferentes modalidades de intervención según la fase de la enfermedad y el grado de discapacidad y de estabilidad clínica.

En la fase aguda, los grupos orientados a la interacción pueden ser útiles para aprender nuevas maneras de hacer frente a los síntomas, establecer una relación con otras personas en un entorno controlado y desarrollar una alianza terapéutica con el equipo de tratamiento. La psicoterapia de apoyo puede reducir la sintomatología y la rehospitalización y puede mejorar el ajuste social de los pacientes con esquizofrenia, al menos en algún subgrupo de pacientes.

En la fase de estabilización, los objetivos del tratamiento se orientan a reducir al mínimo el estrés del paciente y proporcionarle un apoyo para que la probabilidad de recaída sea mínima, para así potenciar la adaptación del paciente a la vida en la comunidad y para facilitar la reducción continuada de los síntomas y la consolidación de la remisión. La educación sanitaria sobre el curso y la evolución de la enfermedad, y sobre los factores que influyen en ella, incluido el incumplimiento del tratamiento, se puede continuar en esta fase para los familiares e iniciarla para los pacientes.

Se recomienda psicoterapia grupal (o individual), además de información y educación al paciente y a la familia, con el objetivo de detectar síntomas prodrómicos e intervenir precozmente sobre ellos. Dado que entre la reagudización sintomatológica y la recaída puede transcurrir menos de una semana, se recomienda una visita semanal durante un año en la fase de estabilización y posteriormente según evolución.

El tratamiento en la fase estable va dirigido a optimizar la función social y calidad de vida, y a disminuir al mínimo el riesgo y las consecuencias de las recaídas. Cuando el paciente pasa a estar relativamente estabilizado y más motivado, pueden introducirse estrategias de tratamiento psicosocial de apoyo cada vez más específicas. Cuando esté indicado, incluye la reeducación respecto a las habilidades sociales, rehabilitación cognitiva e inicio de una rehabilitación laboral.

En pacientes con algún síntoma positivo y de déficit parece especialmente indicada la reeducación en las habilidades básicas de la vida cotidiana, el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva y el inicio de la rehabilitación laboral.

En los pacientes con pocos o ningún síntoma positivo o de déficit puede estar indicado un abordaje grupal orientado a la interacción o al insight. Incluso si los pacientes están suficientemente estabilizados, pueden incluirse en un grupo de pacientes neuróticos.

Diversos estudios apoyan el efecto del grupo en su capacidad de socialización más que en la reducción de la sintomatología o en la disminución de las rehospitalizaciones. Los programas específicos de educación de los pacientes y las familias acerca de los síntomas prodrómicos, y la intervención precoz cuando éstos aparecen, se perfilan como útiles para disminuir las tasas de recaídas.

En pacientes con esquizofrenia de inicio precoz, que suelen presentar déficits cognitivos, se recomiendan técnicas de habilidades sociales en la fase estable o de mantenimiento, ya que se obtienen mejores resultados que con las técnicas de apoyo. Así mismo, se recomienda una periodicidad semanal o quincenal de la terapia grupal, así como su continuidad a lo largo del tiempo. Recomendación de grado B. La periodicidad y la continuidad a lo largo del tiempo se han demostrado más significativas que el tipo de abordaje empleado (cognitivo-conductual, de apoyo, de habilidades sociales).

La psicoterapia de grupo es una forma de tratamiento psicológico muy utilizada, una vez que los síntomas positivos se han estabilizado con la medicación. Su propósito es ayudar a los miembros del grupo a experimentar un ambiente terapéutico y social que se apoye en la realidad y les anime a relacionarse entre sí mediante diferentes técnicas (Yalom, 1985). Algunas investigaciones comparativas han revelado que la psicoterapia de grupo puede ser más eficaz que la psicoterapia individual (May, 1968).

Técnicas combinadas. Se ha propuesto una variedad de modelos terapéuticos psicosociales multidimensionales para pacientes con esquizofrenia (Bellack y Mueser, 1993; Ciompi, 1987; Keith y Docherty, 1990), que combinan:

- La terapia individual y familiar con componentes educativos.
- Rehabilitación profesional.
- Mantenimiento de la medicación.

La psicoterapia psicodinámica consiste en interpretar la vida pasada y actual del paciente. Esta terapéutica no se considera un tratamiento psicológico de elección para la esquizofrenia, ya que estudios controlados sobre esta clase de intervenciones en personas con esquizofrenia han mostrado que no son eficaces (May, 1968; Grinspoon *et al.*, 1972; Gunderson *et al.*, 1984).

Los grupos de apoyo

Participación de la persona con esquizofrenia en el tratamiento. El proceso de recuperación de la esquizofrenia es más favorable si las personas que padecen la enfermedad participan junto con los profesionales sanitarios en el análisis y la toma de decisiones sobre su propio tratamiento.

Los enfermos y sus familiares pueden ayudar a planificar los servicios y, en algunos casos, a prestar los servicios terapéuticos. Cuando se ofrece una información y una enseñanza adecuadas a los pacientes y familiares y se les brinda la oportunidad de participar en la toma de decisiones, aumentan las posibilidades de que los pacientes acepten mejor el tratamiento. Se ha demostrado que implicar a los enfermos y a sus familiares en la formación del personal sanitario mejora las actitudes profesionales y los resultados del tratamiento (National Community Advisory Group on Mental Health, 1994).

Intervención familiar

Todo programa de tratamiento de la esquizofrenia deberá considerar la atención a las familias tanto por el hecho de que son quienes cuidan a los pacientes, como por el importante papel que su colaboración puede jugar en el control de los síntomas y en la rehabilitación.

Objetivos generales de la intervención familiar:

- Construir una alianza con los familiares.
- Reducir la atmósfera familiar adversa.
- Potenciar la capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas.
- Reducir las expresiones de angustia y culpa dentro de la familia.
- Mantener unas expectativas razonables para el funcionamiento del paciente.
- Ayudar a los familiares a mantener unos límites apropiados así como una distancia adecuada cuando sea necesario.
- Conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en su sistema de creencias.

Los abordajes familiares actuales tienen en común la desconexión con cualquier planteamiento etiológico, están integrados en el tratamiento global y se basan en investigaciones que resaltan el papel de las características del ambiente inmediato sobre el curso de la enfermedad, principalmente los acontecimientos vitales (estrés agudo) y la alta expresión de emociones (estrés crónico). La mayor parte de estos abordajes están basados en el concepto de emoción expresada (EE) que hace referencia a una serie de actitudes de la familia hacia el paciente (hostilidad, criticismo y sobreprotección). La EE es un potente predictor de recaída y mala evolución en la esquizofrenia y también en otras patologías.

Las principales recomendaciones para una IF (Intervención familiar) son:

- Utilizar programas de IF de tipo psicoeducativo basados en el manejo de la emoción expresada para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad y para la reducción de la carga familiar, mejora del funcionamiento social del paciente y reducción del coste económico.
 - Aplicar la IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y sobre todo en aquellos de larga evolución. En pacientes con inicio reciente habrá que valorar cada situación de forma individualizada.
 - Los programas deberán aplicarse en grupos de familiares de pacientes homogéneos en cuanto al diagnóstico y deberán incluir de una u otra forma al propio paciente y ser combinados con el resto de intervenciones incluidas en el plan general de tratamiento.
 - Los programas deberán incluir siempre información a las familias sobre la enfermedad junto con diferentes estrategias como técnicas de afrontamiento del estrés o entrenamiento en resolución de problemas.
 - Una opción que también se ha mostrado eficaz son las IF centradas en necesidades concretas de las familias, que mantienen su efecto al menos durante 12 meses. Por tanto, se recomienda aplicar esta modalidad de IF que se centra en las necesidades de los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia.
- La IF deberá ser prolongada en el tiempo (más de seis meses), ya que se ha demostrado que intervenciones más cortas no resultan eficaces.

El papel de la familia en el proceso terapéutico

Participación de las familias en el tratamiento

Las personas con esquizofrenia ven limitada su capacidad para:

- Encontrar trabajo.
- Hacer amigos.
- Casarse.
- Cuidar de sí mismas.

La mayoría pueden funcionar en la sociedad si cuentan con cuidadores solícitos e informados que les ayuden a adaptarse a estas limitaciones. El cuidador puede convertirse en un aliado importante a la hora de asegurar que los pacientes sigan el tratamiento prescrito.

Los familiares tienen que prestar:

- Ayuda económica y alojamiento.
- Echar una mano a los enfermos en sus actividades diarias como comprar, cocinar y lavar la ropa.
- Supervisar la medicación.
- Controlar los síntomas.
- Negociar con los empresarios y los organismos sociales.
- Ofrecer apoyo moral.

Los familiares suelen ser los principales cuidadores de las personas con esquizofrenia. El tipo de ayuda que prestan depende de las necesidades del familiar enfermo, la disponibilidad de servicios comunitarios y psiquiátricos y el papel, definido culturalmente, de los familiares como cuidadores.

En las sociedades individualistas de occidente, el principal objetivo de los miembros de la familia (y del sistema de salud mental) es:

- Ayudar al enfermo a que funcione con independencia.
- Controle su enfermedad.
- Llevar una vida propia.

Las culturas difieren en el énfasis que ponen en la autoconfianza e independencia del individuo. En determinadas culturas, la interdependencia se considera la mejor manera de relacionarse socialmente y una forma moral de existencia. En estas circunstancias, a los individuos que evitan pasiva o activamente la relación interdependiente se les considera transgresores de las normas sociales y de buen comportamiento.

En los lugares donde las familias numerosas son frecuentes y mantienen estrechos vínculos a lo largo de la vida, las personas que siguen dependiendo de otras (o se vuelven dependientes por una enfermedad o el envejecimiento) son bien toleradas, siempre que no avergüencen constantemente a la familia. Las sociedades difieren significativamente en el peso que dan a los síntomas de la esquizofrenia que se consideran más perturbadores (Katz *et al.*, 1988).

1.2.3.3. Instrumentos para la evaluación de las habilidades sociales en esquizofrénicos.

- La entrevista

Las *entrevistas* estructuradas o semi-estructuradas pueden proporcionar una información muy valiosa sobre problemas generales en el funcionamiento social del paciente, especialmente en las primeras fases del proceso de evaluación antes de la intervención.

Su utilización se ve muy limitada por la incapacidad o la negativa del paciente a responder las preguntas del entrevistador.

Liberman *et al.*, (1989) señalan, como prerrequisitos para la utilización de la *entrevista* con el paciente en la evaluación de las habilidades sociales:

- El establecimiento de una buena relación (*rapport*) entre terapeuta-evaluador y paciente.
- Orientar al paciente respecto al propósito y función de las preguntas que va a contestar.

Las preguntas deben ser, según estos autores, muy específicas, con objeto de que el paciente describa el problema, las personas implicadas, las situaciones en que se produce y su frecuencia. Puede ser útil indagar sobre los antecedentes y consecuencias de la interacción problemática, con objeto de conocer las relaciones funcionales de la conducta. En cualquier caso, la entrevista con el paciente

proporciona una buena ocasión para observar su comportamiento (sus habilidades sociales) en una situación real de interacción social.

- Auto-informes

La medición de las habilidades sociales mediante *auto-informes* presenta bastantes problemas en el caso de sujetos esquizofrénicos, lo que limita considerablemente su aplicabilidad.

En cuanto a los instrumentos de evaluación concretos, se pueden utilizar todos aquellos desarrollados para la evaluación del funcionamiento social en la población general. Entre ellos:

- Escala de asertividad de Rathus, 1973.
- Inventario de aserción de Gambrill y Richey, 1975.
- Escala de ansiedad y evitación social (SADS), 1969.
- Escala de temor a la evaluación negativa (FNE), 1969.

Dos instrumentos destacan para su utilización con pacientes psiquiátricos:

- El inventario de situaciones interpersonales de Goldsmith y Mcfall, 1975: está compuesto por 55 ítems, cada uno de los cuales describe una situación empíricamente seleccionada, ante los cuales el sujeto tiene que indicar su bienestar o manejo de la situación.

- El MEPS (Means-ends problem solving) de Platt y Spivack, 1975: es un instrumento de evaluación de los sujetos para generar alternativas de solución en situaciones sociales problemáticas, partiendo del supuesto de que el componente central en la solución de problemas es el análisis medios-fines. Este instrumento no se desarrolló empíricamente y tiene una serie de inconvenientes psicométricos.

- Productos permanentes

Lieberman *et. al.*, (1989) proponen, como un medio sencillo de evaluación, el examen de los productos tangibles de las interacciones sociales (p.ej. revisión de los objetos del bolso o cartera de un paciente). La información aportada por estos productos permanentes ha de ser tomada como meramente orientativa y, siempre, ha de contrastarse con algún otro procedimiento de evaluación.

- Observación directa

La *observación directa* presenta numerosas dificultades de índole práctica que limitan su aplicación en la evaluación del funcionamiento social de los pacientes esquizofrénicos.

- Dificultad de seleccionar situaciones representativas.
- Variables no controladas en las situaciones sociales en ambientes reales, que dificultan el establecimiento de comparaciones.

La *observación directa* se ha llevado a cabo, fundamentalmente, con pacientes institucionalizados o en ambientes residenciales, utilizando como observadores al personal que se encarga del cuidado de los pacientes. Si bien se han desarrollado algunos procedimientos de observación estandarizados, en la mayor parte de los casos el terapeuta habrá de desarrollar sus propias medidas para evaluar las habilidades objeto de modificación, de acuerdo con las circunstancias y problemas específicos que concurren en sus pacientes.

- Role-playing

Las pruebas de representación de papeles o *role-playing* son las más utilizadas en la evaluación del funcionamiento social del esquizofrénico, entre otras cosas porque la representación de papeles es una de las técnicas activas incluidas en la mayoría de los programas de EHS con este tipo de pacientes. Puede utilizarse con una doble finalidad, terapéutica y evaluativa.

Las pruebas de *role-playing* implican una interacción social simulada y estructurada con un confederado, con el que el paciente interactúa tal y como lo haría habitualmente en esa situación en el mundo real. Presenta una serie de ventajas frente a la observación directa entre las que destacan:

- Control de los factores extraños.
- Posibilidad de grabar la conducta del sujeto para su posterior puntuación.
- Posibilidad de estandarización.

En cuanto a sus problemas, se centran en la correspondencia o consistencia entre el comportamiento del paciente en el *role-playing* y en el ambiente natural o real. Hay autores que defienden que habitualmente los pacientes se comportan de manera más habilidosa en las representaciones que en las situaciones reales. Por el contrario, desde la postura opuesta, se considera que las situaciones de evaluación evocan una ansiedad que normalmente no está presente en los encuentros reales del paciente, por lo que su actuación en las representaciones será peor que en las situaciones reales. Numerosos estudios como se verán en las siguientes páginas han analizado esta consistencia, con la conclusión general de que el *role-playing* proporciona una medida válida de las habilidades y el funcionamiento social de los pacientes en su ambiente natural.

Todos los procedimientos de *role-playing*, independientemente de su finalidad, tienen una serie de elementos comunes:

- Identificación de una situación relevante.
 - Información dada al sujeto sobre el procedimiento.
 - Descripción de la situación y constatación de su comprensión por parte del paciente.
 - Representación de papeles (el paciente con un confederado).
 - Evaluación de la actuación del paciente (i.e. de sus habilidades sociales durante la representación).
-
- Elección de la situación

Dado que las habilidades sociales están situacionalmente determinadas, las situaciones utilizadas en el *role-playing* han de ser:

- Lo más similares posible a las situaciones de la vida real del paciente.
- Relevantes para sus vidas y para los problemas con los que habitualmente se enfrentan.

Para que la evaluación sea más fiable, es recomendable crear varias situaciones de *role-playing* para cada una de las áreas problema del paciente, con pequeñas variaciones entre ellas. Deben incluirse en la definición de la situación las especificaciones sobre las características del confederado con el que el sujeto va a interactuar durante las representaciones.

Bellack (1983) señala como aspecto relevante a tener en cuenta, la dificultad de los ítems o situaciones incluidas en el procedimiento, e indica la conveniencia de optar por un nivel de dificultad intermedio para el grupo específico de sujetos que se está evaluando.

- Instrucciones dadas al sujeto

Las instrucciones han de incluir una descripción detallada de todo el procedimiento, con objeto de que el sujeto sepa exactamente qué va a pasar. En general han de proporcionar al paciente información sobre el procedimiento en sí y sobre los objetivos del mismo (la identificación de sus habilidades y de sus déficits sociales), haciendo hincapié en la utilidad de esta técnica.

Las instrucciones específicas dependen del fin de la evaluación, ya que la introducción de cambios en las instrucciones puede producir grandes variaciones en las respuestas de los sujetos. Parece que estas variaciones tienen un mayor efecto sobre los componentes verbales de las respuestas que sobre los no verbales. Otro aspecto a considerar en la elaboración de las instrucciones hace referencia al “hacer como si” propio de la representación de papeles.

El *role-playing* se basa en la simulación del ambiente natural del sujeto, por eso se requiere que éste se meta dentro del papel y se implique en la situación. Por ello, las instrucciones deben intentar conseguir esta implicación (imaginar que la interacción es real), objetivo, por otra parte, que habitualmente no se alcanza.

- Descripción de la situación

Una vez seleccionadas las situaciones incluir dentro del procedimiento e instruido el sujeto sobre las conductas requeridas, se procederá a la descripción de las situaciones o escenarios en los que se va a evaluar la conducta del sujeto. Estas descripciones han de incluir la especificación de los siguientes elementos o parámetros:

- El lugar.
- La relación (supuesta) entre el paciente y el confederado con el que interactúa.
- El objetivo del paciente en esta interacción.

- Representación de papeles

A la hora de llevar a cabo la representación propiamente dicha, la decisión más importante radica en la selección de pruebas estructuradas de interacción breve o de interacciones extensas.

- En la interacción breve, el narrador describe la situación y, a continuación, del confederado efectúa un comentario, ante el cual, el sujeto responde. Por consiguiente, en estos casos la interacción termina tras un único intercambio, lo que, aun facilitando la estandarización y la puntuación de las respuestas, no se corresponde en absoluto con la mayor parte de las situaciones sociales que tienen lugar en ambientes naturales.

- En las interacciones extensas, se plantea la cuestión de si el confederado debe ajustarse a unas pautas previamente fijadas, con independencia de lo que el sujeto diga o haga, o si, por el contrario, debe variar su respuesta en función de la reacción del sujeto. La alternativa de las interacciones estandarizadas asegura la consistencia, pero hace que algunos sujetos reciban comentarios totalmente inadecuados a su respuesta. Algunos autores proponen que los confederados han de ser entrenados para responder dentro de un estrecho rango, evitando así la excesiva variabilidad, al mismo tiempo que se asegura la relevancia y pertinencia de sus intervenciones. Las interacciones extensas presentan más problemas a la hora de la puntuación o evaluación del sujeto durante la representación.

Es muy importante durante la representación de papeles la conducta del terapeuta, en concreto, cuál debe ser el tono afectivo de sus intervenciones, ya que las variaciones en este aspecto pueden evocar reacciones claramente diferenciadas en los sujetos.

- La elección del tono afectivo depende de los objetivos específicos de la evaluación.
- Debe evitarse variaciones del tono afectivo a lo largo de las distintas evaluaciones.

Finalmente, habrá de optarse por la utilización, o no, de algún sistema de grabación durante la representación.

- Entre los sistemas de grabación, el de elección será el video, ya que permite un posterior análisis de las respuestas tanto verbales como no-verbales del sujeto.
- El video presenta la ventaja adicional de permitir dar retroalimentación al sujeto acerca de su actuación, sobre todo, cuando el *role-playing* se está utilizando con una finalidad tanto diagnóstica como terapéutica.

▪ Evaluación y puntuación de la actuación

La evaluación o puntuación de la actuación del sujeto supone la especificación previa de las habilidades concretas, o de los componentes de respuesta, que van a ser evaluados, los cuales se determinarán atendiendo a las consideraciones formuladas con anterioridad en este mismo apartado (molaridad vs. molecularidad). A su vez, la elección del sistema de puntuación a utilizar estará estrechamente relacionado con la(s) conducta(s) objetivo seleccionada(s). Así, se pueden utilizar:

- Conteos de frecuencia.
- Medidas de duración.
- Determinaciones de la aparición / no-aparición de la conducta.

Los tres formatos, aunque simples y bastante objetivos, se ven muy limitados en su aplicación, ya que la mayor parte de las respuestas o habilidades que se miden varían a lo largo de un continuum (asertividad, tono de voz, etc.). La puntuación para este tipo de respuestas continuas estará más indicada la utilización de escalas de tipo Likert, en las que se da una graduación de la respuesta. En la mayoría de estas respuestas continuas, la actuación óptima se encuentra en un nivel intermedio. Esta bidireccionalidad de las respuestas hace que, en muchas ocasiones, hayan de utilizarse sistemas de puntuación bidireccional.

Entre los procedimientos de *role-playing* más utilizados cabe mencionar los siguientes:

- Test conductual de comportamiento interpersonal de Goldsmith y McFall (1975).
- Test conductual de asertividad-revisado (BAT-R) de Eisler, Hersen, Miller y Blanchard (1975).
- Test de interacción social simulada (SSIT) de Curran (1982).

- Test situacionales

Los test situacionales constituyen una alternativa a medio camino entre la observación directa y el *role-playing*. En ellos, se observa la interacción del sujeto con un terapeuta, instruido para crear determinadas situaciones, sin conocimiento previo por parte del paciente que está siendo evaluado. Este tipo de test implica una observación del comportamiento “real” del paciente, similar a la que tiene lugar en la observación directa, en una situación altamente controlada, tal y como sucede en el *role-playing*.

Estos procedimientos no se emplean de manera extensiva debido a los problemas éticos que implican, ya que suponen el “engaño” del paciente.

Mueser y Sayers (1993) sugieren que, en general, la evaluación de las habilidades sociales en esquizofrénicos debe ir de lo general (identificación de áreas de funcionamiento social alterado) a lo específico (identificación de los déficits específicos en habilidades sociales). En este proceso puede adoptarse:

- La lectura de los informes médicos, con objeto de identificar los problemas sociales del sujeto.
- La obtención de información adicional, mediante entrevistas con el propio paciente y las personas de su entorno, así como mediante auto-informes.
- Finalmente, para obtener datos más específicos, se recurrirá a la observación en el medio natural del sujeto y/o en situaciones de *role-playing*.

En cuanto a los momentos de evaluación, Caballo (1988) señala que ha de aplicarse en cuatro fases, es decir, el antes, durante, después y un periodo posterior de seguimiento.

1.2.3.4 Evaluación de aspectos relevantes para el entrenamiento en habilidades sociales.

Cuando se lleva a cabo un programa de entrenamiento en habilidades sociales con sujetos esquizofrénicos conviene evaluar una serie de aspectos que, de forma más o menos directa, pueden afectar, o incluso determinar, el curso y efectividad del tratamiento. Entre estos aspectos se encuentran los siguientes:

- Evaluación de las capacidades cognitivas y de la atención del sujeto, con objeto de determinar su adecuación para seguir instrucciones y prestar atención, aspectos ambos esenciales durante el entrenamiento.
- Evaluación de los posibles déficits atencionales causados por alguno de los fármacos que se le están administrando al sujeto.
- Determinación de los reforzadores que se van a utilizar durante la terapia.
- Durante el transcurso del entrenamiento, se establecerá algún sistema de evaluación para establecer la realización, por parte del sujeto:
 - De las tareas que se le mandan para casa.
 - De la práctica efectuada “en vivo” de las habilidades aprendidas durante la sesión de entrenamiento.
- Durante la evaluación de un paciente para su adiestramiento en habilidades sociales, es importante tomar nota de los logros y aspectos positivos de la persona en sus relaciones sociales.

La evaluación de las HHSS es un proceso continuo, a lo largo de la terapia, que permite al clínico constatar el progreso de la misma.

Mueser y Sayers (1993), señalan que la evaluación de las habilidades y desajustes sociales en esquizofrénicos cumple tres funciones u objetivos primarios:

- La identificación de los déficits y excesos conductuales específicos que van a ser objeto de modificación en el EHS.
- La evaluación durante y después del entrenamiento, que es esencial para evaluar el efecto del entrenamiento en la adquisición, mantenimiento y generalización de las HHSS.
- La evaluación de los cambios en HHSS tras el tratamiento, con objeto de evaluar la hipotética relación entre HHSS y enfermedad, incluyendo en este último concepto aspectos tales como ajuste social, síntomas negativos y riesgo de recaída.

El presente apartado se centrará en la evaluación de las HHSS en sí mismas, incluyen aspectos perceptivos, cognitivos y motores, dejando de lado otros aspectos que influyen o se ven afectados por las HHSS. Aunque en general se reconoce la importancia de los aspectos perceptivos y cognitivos de las HHSS, la evaluación de las mismas se viene centrando de manera casi exclusiva, en los componentes conductuales

Las HHSS son conductas situacionales que viene definida por la situación en que se produce la interacción social. La conducta será socialmente habilidosa, o no, en función del contexto específico en que tiene lugar. Por ello, es preciso especificar estos componentes contextuales para alcanzar una adecuada conceptualización y evaluación de la habilidad social. Entre estos componentes podemos señalar los siguientes:

- Conductas específicas incluidas en el concepto de habilidad social (qué).
- Situaciones en que se ejecuta la habilidad (cuándo y dónde).
- Contexto interpersonal de la habilidad social (con quién).
- Finalidad perseguida en la interacción (para qué).

- Conductas específicas incluidas en el concepto de habilidad social (qué).

El aspecto más controvertido estriba en el grado de especificidad de las dimensiones o conductas evaluadas:

- Las mediciones con unidades moleculares se centran en características específicas de la respuesta, que suponen elementos básicos de la comunicación interpersonal y que, juntos, constituyen el constructo de habilidad social. Estos registros señalan qué elementos específicos de la conducta son inadecuados y, por consiguiente, han de ser modificados. Han sido criticados por no explicar la complejidad de las interacciones sociales y por no tener en cuenta el contexto en que éstas tienen lugar.

- Los registros molares no permiten obtener información específica sobre los déficits y excesos de conducta del sujeto cara a la planificación del tratamiento. Algunos autores defienden la utilización de este tipo de unidades más globales, asumiendo que son más parecidas a los juicios reales hechos por las personas con las que el sujeto interactúa en su medio natural, y/o que los jueces atienden a las características más destacadas o relevantes de la conducta del sujeto.

- Situaciones en que se ejecuta la habilidad social (cuándo y dónde).

La habilidad social tiene lugar en una situación específica, que determina la adecuación o no de la misma, por lo que siempre que se evalúan HHSS han de incluirse especificaciones acerca de estos parámetros.

- Contexto interpersonal de la habilidad social (con quién).

Galassi y Galassi (1977) proponen la siguiente caracterización de personas, en función del tipo de relación que mantienen con el sujeto:

- Amigos del mismo sexo.
- Amigos del sexo opuesto.
- Relaciones íntimas.
- Familiares.
- Niños.
- Figuras de autoridad (médicos, jefes, profesores...).
- Contactos de negocios (vendedores, camareros...).
- Compañeros de trabajo, colegas y subordinados.

Es importante incluir especificaciones acerca de las características sociodemográficas de los interlocutores que pueden afectar a la interacción (edad, sexo, raza, estatus socioeconómico, nivel cultural...).

- Finalidad perseguida en la interacción (para qué).

Desde un punto de vista funcional puede diferenciarse entre HHSS instrumentales y afiliativas.

- Las instrumentales son aquellas que capacitan a la persona para obtener independencia y beneficios materiales.
- Las afiliativas tienen como objeto la adquisición, profundización o mantenimiento de relaciones de amistad o familiares.

1.2.4. Entrenamiento en HHSS con pacientes esquizofrénicos: eficacia en la intervención

El tratamiento de las personas con enfermedad mental ha sido en todo momento consecuente con su representación social, yendo a lo largo de la historia, desde la tolerancia hasta su reclusión en centros apartados de la sociedad que cumplían diferentes objetivos entre la función de policía social y el tratamiento terapéutico. El enfermo desde esta óptica, aparece como una persona peligrosa, incapaz e improductiva para la sociedad.

Durante la década de los 50 y 60 surge en los países anglosajones un movimiento de reforma de las instituciones psiquiátricas, a partir de los trabajos pioneros de Laing, Cooper y Esterson. En Italia surgirán, desde una ideología de izquierdas, las críticas de Basaglia, que alentarán un modelo “antipsiquiátrico”, centrado en la discusión del papel de la familia y de la psiquiatría institucional, en un contexto donde lo social adquiere una importancia prioritaria.

En España, sobre todo en Oviedo, Madrid y Valencia durante la década de los setenta, surgirán núcleos que propondrán un modelo de intervención comunitaria en el tratamiento de la enfermedad mental. Los profesionales involucrados en esta reforma conocerán por ello, las dificultades con la administración, las dimisiones “voluntarias” y los despidos. Durante la década de los ochenta y más tarde que en las naciones del entorno, será cuando se produzca en España, la llamada “reforma psiquiátrica”. Esta reforma surge como crítica a la función de la institución manicomial y cuestiona duramente las funciones que realizaba en la atención del enfermo mental. A partir de la reforma, se hacen evidentes los discutibles contenidos terapéuticos de dicha Institución así como su función de control y aislamiento. Esta crítica se explicita en un nuevo modelo de intervención cuyo objetivo esencial va a ser la rehabilitación psicosocial del enfermo mental.

Este nuevo enfoque está caracterizado por al menos dos aspectos cruciales. El desplazamiento del eje de atención del hospital a la sociedad y su consecuencia más inmediata consistente en que la respuesta a la cronicidad, deja de ser de carácter hospitalario para transformarse en comunitario. En segundo lugar, la aparición de un enfoque tripartito en un modelo integral de atención: biológico-psicológico-social (Rodríguez, 1997).

A partir del informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica de Abril de 1985, la rehabilitación psico-social se transforma en un elemento clave del tratamiento de la enfermedad mental en general y de la esquizofrenia en particular, ya que la gran mayoría de enfermos institucionalizados son esquizofrénicos. Este modelo se concreta en un criterio fundamental consistente en que la atención en salud mental se basa en la resolución de los problemas y necesidades del enfermo mental crónico en su propio entorno social y familiar, en la Comunidad.

EHS e intervención familiar

Los EHS incluyen un amplio rango de conductas que son importantes cada vez que un individuo interactúa con otras personas. Los programas para acrecentar las habilidades sociales incluyen el entrenamiento en asertividad, comunicación, conversación (Galassi y Galassi, 1977), citas (Melmick, 1973), entrevistas de trabajo (Prazak, 1969), interactuar honestamente (Bach y Wyden, 1970), autorrevelación y otros. Si bien en otros estudios los resultados no son de tal rotundidad, en todos ellos se mantienen claramente las tendencias demostradas. Concretándose la validez del tratamiento psico-social en sus consecuencias sobre la reducción de costos en el tratamiento hospitalario, así como la utilidad terapéutica de las estructuras sociales intermedias de rehabilitación psico-social, como lo demuestran los datos siguientes, resaltando en las mismas los mejores resultados del tratamiento integrado que la intervención sobre el medio familiar, el entorno social o la medicación por separado.

Tabla 1.34.
Resultados de recaídas en 2 años.

Hogarty y Anderson (tomado de Strachan, 1986):	
1. Solo medicación	41% de recaídas
2. Tratamiento familiar y medicación	19%
3. Entrenamiento en HH.SS. y medicación	20%
4. Tratamiento familiar, HH.SS. y medicación	0%

Tabla 1.35.
Resultados de recaídas en intervención familiar en EE.

Birchwood (1992) (tomado del Proyecto de I.F. de Salford).	
Recidivas en esquizofrenia, controlando exclusivamente la intervención familiar en 2 años, variable: Emocionalidad Expresada (EE)	
1. Intervención con EE elevada	33%
2. EE elevada sin intervención	59%
3. EE baja sin intervención	33%

Tabla 1.36.
Resultados de la intervención en psicosis.

Resultados de la intervención en pacientes con psicosis aguda, proporcionándoles intervención en el medio social y actividades de tiempo libre, de Drury, en Birchwood (1992).		
	Con Intervención	Sin Intervención
1. Media de días de recuperación:	65%	124%
2. Media de días en Hospital:	56%	122%
3. Recaídas:	15%	35%
4. Remisión síntomas positivos:	65%	40%
<i>Compromiso en el seguimiento</i>		
1. Contactos con los servicios:	81%	67%
2. Cumplimiento medicación:	94%	55%
3. Formación y empleo:	50%	33%

Junto a la intervención social es necesario el seguimiento continuado del tratamiento farmacológico con neurolépticos. Su importancia queda demostrada en el esquema siguiente.

Tabla 1.37.
Comparaciones con respecto a la supresión del tratamiento farmacológico.

Tomado de Sáez <i>et al.</i> , (1995) Esquizofrenia enfermedad del cerebro y reto social.		
Recidivas en el 1º año en esquizofrenia y su relación con el tratamiento neuroléptico.		
	Con placebo	Con neurolépticos
- Kane <i>et al.</i> , (1982)	41%	0%
- Crow <i>et al.</i> , (1986)	63%	38%
Recaídas tras remisiones prolongadas suspendiendo la medicación.		
- Wistedt (1981)	100%	
- Hirsch <i>et al.</i> , (1973)	92%	
- Dencker <i>et al.</i> , (1980)	99%	

La intervención en crisis

En ocasiones, es necesario intervenir en crisis psicóticas por diferentes motivos. Los más comunes se refieren a la falta de medicación del paciente, ambiente familiar estresante y sintomatología positiva exacerbada. En realidad es fácil encontrar una crisis esquizofrénica por los tres motivos mencionados.

La primera regla de intervención en crisis es lograr que el enfermo acuda de motus propio a los servicios hospitalarios, si se encontrara muy violento debemos salvaguardar nuestra seguridad personal, la del enfermo y la de terceros que pudieran encontrarse próximos. Cuando conocemos a la persona con esquizofrenia y sus familiares no amenazan con el internamiento hospitalario en situaciones precedentes o similares, de modo que el enfermo no se siente amenazado por la sala de urgencias, es muy probable que podamos convencerle de que nos acompañe por voluntad propia. Para ello es necesario:

- Acercarse en un tono afable y no crítico.
- Mantener el tono de voz sin estridencias.
- Comprometerse con el enfermo sobre los días que va a quedarse en el hospital o bien que sólo va a ir a inyectarse.
- Procurar no contradecir su delirio.
- Intentar ir caminando con el/ella hacia la puerta.
- Preguntarle si conoce a alguien en el Hospital de anteriores estancias.
- Acompañarle durante todo el proceso.
- Cumplir las promesas.
- Reforzar la conducta con algo que le guste (conversación, una película de vídeo, etc.)

Si la persona se encuentra demasiado agresiva, se debe conservar las distancias y permitir que terceros se alejen de él, sobre todo si usa algún objeto como arma o de modo arrojado. Es el momento y el lugar sin que se deba llamar a los servicios de urgencia.

Pasos:

- Dimensión del problema: Preguntar sucesos precipitantes, analizar la peligrosidad de la situación. Retirada si procede, servicio de urgencias y orden público.
- Empatía: Invitar a hablar, estar atento a los sentimientos expresados, comunicar interés, tocar físicamente, calmar.
- Soluciones posibles: Proponer alternativas, vías de compromiso, proponer recursos externos e internos.
- Compromiso: Escucha activa, colaboración.
- Seguimiento: Conclusión de la intervención, apoyo.

EHS

La aplicación que se ha hecho del EHS en pacientes esquizofrénicos ha seguido la estructura clásica del EHS, tratando en todo momento de ajustar dichos procedimientos a las características específicas de estos pacientes:

- Instrucciones.
- Modelado.
- Ensayo conductual.
- *Feedback*.
- Tareas para realizar en casa.

Respecto a los contenidos entrenados, éstos varían según los autores, pero, en general todos ellos incluyen:

- Habilidades conductuales básicas (contacto ocular, postura, tono de voz, etc.).
- Habilidades conversacionales (iniciar y mantener conversaciones, expresar quejas).
- Habilidades de solución de problemas sociales (percepción correcta de la situación y selección de respuesta apropiada).

Principales investigaciones realizadas:

- Brown y Munford (1983).
- Bellack, Turner, Hersen y Luber (1984).
- Liberman, Mueser y Wallace (1986).
- Hogarty, Anderson y Reiss (1986).

1.2.4.1. Principales investigaciones realizadas

La investigación actual evidencia un gran acuerdo sobre el contenido psico-social de la enfermedad mental. Cabe resaltar entre otros los trabajos de Hazeman (1972), sobre la prevalencia de las enfermedades mentales en la región metropolitana de Paris, los de Navarro (1978) sobre las condiciones sociales en Bogotá y su relación con la salud mental en la infancia, las conclusiones de La Gandara (1995) en Burgos sobre la relación entre estatus social, sexo, edad y estrés social en los ingresos hospitalarios de enfermos mentales, los trabajos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza sobre problemática social como factor de riesgo en pacientes psiquiátricos. Los trabajos de Paez (1985) en el País Vasco o los de Birchwood y Terrier (1997) en el tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Tanto la psicología como la psiquiatría coinciden por tanto, en la importancia de los factores sociales en la aparición y desarrollo de la enfermedad mental.

La evolución favorable de la enfermedad implica un descenso de los ingresos hospitalario y disminución de la gravedad de los síntomas característicos de los trastornos mentales. Esto implica la disminución de gasto farmacéutico, asistencial y la reducción del sufrimiento tanto de los enfermos como de los familiares.

Las investigaciones demuestran la validez de la intervención terapéutica y en una revisión en la literatura ha evidenciado la existencia de otros factores considerados de riesgo más de tipo psicosocial como la emoción expresada en la familia (EE) (Leff *et al.*, 1985; Butzlaff y Hooley, 1998; Mavreas *et al.*, 1992; Tomaras *et al.*, 2000; Feldmann *et al.*, 2001) y las relaciones de soporte (Arango *et al.*, 1999; Barnes *et al.*, 2000; Edwards *et al.*, 1998; Larsen *et al.*, 1998; Norman *et al.*, 2001; Olin y Mednick, 1996; Yung y McGorry, 1996; Addington y Addington, 1998; Soyka, 2000; Malaspina *et al.*, 2000; Walsh *et al.*, 2001).

1.2.4.2. Conclusiones sobre la eficacia de la intervención.

A la vista de los trabajos, cabe concluir que se producen ciertas mejorías en el funcionamiento de los pacientes esquizofrénicos cuando se aplica EHS. Sin embargo, no está tan claro qué tipo de mejorías, dado que por una parte, existe mucha confusión respecto al tipo de medidas empleadas en los diferentes estudios para evaluar la eficacia del entrenamiento y por otro lado, se sabe poco respecto al grado de generalización de las habilidades aprendidas a situaciones en la vida real. En un intento de clarificar estos aspectos, Benton y Schroeder (1990) realizaron un trabajo de meta-análisis sobre un total de 27 trabajos publicados. Las principales conclusiones derivadas de su estudio fueron las siguientes:

El EHS produce mejoras significativas en el funcionamiento social de los sujetos cuando se utilizan medidas conductuales, tales como el nivel de ejecución en situaciones de *role-playing*, en interacciones de grupo, etc. El EHS produce una mejora de la imagen que el esquizofrénico tiene de sí mismo, en términos de más asertivo y menos ansioso socialmente. En contra de lo esperado, el impacto del EHS en otras áreas del funcionamiento del sujeto (p.ej. sintomatología positiva) es sólo moderado.

Cuando se evalúa la generalización de las habilidades aprendidas, comparando las medidas conductuales exhibidas por los pacientes en situaciones de *role-playing* y en situaciones de interacción en el medio real, no se encuentran diferencias significativas, observándose una ejecución ligeramente peor en la vida real que en las situaciones simuladas.

Al considerar medidas conductuales de seguimiento, las diferencias entre sujetos tratados y no tratados se van incrementando a lo largo del tiempo, aunque este dato se encuentra limitado por el bajo número de estudios en los que se presentan medidas de seguimiento. El EHS reduce el número de recaídas, si se considera como indicador de las mismas el número de re-hospitalizaciones.

Sin embargo, Benton y Schroeder (1990) señalan que existen ciertos aspectos que, aunque importantes, no han recibido la suficiente atención hasta la fecha.

El primero hace referencia a las características de los entrenamientos realizados y a la duración de los mismos, ya que, en general, los estudios no especifican ni el contenido del entrenamiento, ni su duración.

El segundo, alude a las características de los sujetos entrenados; es posible que ciertas variables (grado de cronificación y severidad de la enfermedad, subtipo de esquizofrenia que presenta el sujeto, grado de motivación social, etc.) sean factores relacionados con la mayor o menor efectividad de los tratamientos aplicados.

En tercer lugar, se hace imprescindible desarrollar medidas que evalúen, más directamente, el impacto del entrenamiento en las habilidades perceptivas y cognitivas, dado que esto permitiría una mejor evaluación del alcance del mismo.

1.2.5. Programa de EHS para esquizofrénicos

- *Instrucciones y definición de la habilidad a entrenar*

Las instrucciones consisten en explicaciones claras y concisas de las conductas que constituyen el objetivo del entrenamiento en cada sesión. Con el fin de aumentar su eficacia, se considera importante que cumplan los siguientes requisitos:

- Dar información específica al sujeto sobre la conducta adecuada que debe ejecutar, empleando ejemplos que le ayuden a identificarla.
- Explicar y justificar la importancia de dicha conducta y la necesidad de ejecutarla. Es importante implicar al propio sujeto en esta tarea.
- La información ha de ser breve, y debe exponerse utilizando conceptos inteligibles para el sujeto, evitando tecnicismos innecesarios que dificulten la comprensión.
- Deben repetirse los conceptos más importantes, con el fin de ayudar al sujeto a comprender, lo mejor posible, la información suministrada y facilitar su comprensión.

- *El modelado*

Consiste en la ejecución, por parte del terapeuta y/u otras personas, de las conductas objeto de entrenamiento, con el fin de que el sujeto tenga la oportunidad de observarlas y, de ese modo, se facilite el aprendizaje. Para potenciar la eficacia de esta técnica, deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- Existencia de cierta similitud entre el modelo y el sujeto que observa (en cuanto a sexo, edad, clase social, etc.).
- El comportamiento del modelo debe ser presentado, no sólo como competente, sino, además, como afable y agradable para el sujeto, y no exclusivamente de forma técnica, lo que, de nuevo, redundará en una mejor identificación con él.

- La conducta del modelo debe ir seguida, de forma contingente, de consecuencias positivas, bien sea en forma de reforzamiento material o social.
- Es conveniente el empleo de varios modelos que faciliten al sujeto su identificación que muestren distintos estilos posibles de actuación.
- Es importante conseguir centrar la atención del sujeto en la actuación del modelo, para lo cual, antes de comenzar la actuación de éste, puede advertirse al paciente la importancia de que lo observe atentamente, ya que, después, habrá de describir lo que ha observado e intentar reproducir su ejecución.
- La conducta debe presentarse de forma clara y concisa, eliminando los detalles superfluos.
- La exhibición de las conductas debe realizarse de menor a mayor dificultad, aumentando ésta progresivamente.
- Es conveniente la repetición de las conductas del modelo, con el fin de favorecer el sobreaprendizaje.
- Las condiciones ambientales deben ser lo menos distractoras posibles, para facilitar al sujeto el mantenimiento de su atención centrada en el modelo.

- *El ensayo conductual*

Consiste en la práctica, por parte del sujeto, de las conductas adecuadas hasta que alcance un nivel de ejecución satisfactorio. Con el fin de optimizar los efectos de esta técnica es recomendable:

- La participación del sujeto de forma activa, para lo cual, se le debe animar a que exprese sus puntos de vista sobre las distintas situaciones que observe y a que describa sus aspectos más relevantes, en los que el terapeuta ha hecho hincapié con anterioridad, así como a que dé sugerencias de actuación.

- Las situaciones deben ordenarse de menor a mayor dificultad.

- Una vez que el sujeto domina las conductas entrenadas, es conveniente animarlo a que introduzca improvisación en ellas, de forma que se vaya desprendiendo, paulatinamente, de los guiones de actuación dados al principio.

- Los ensayos deben realizarse ante el resto de los miembros del grupo, lo que aumentará el compromiso del sujeto con la realización de la tarea y con los otros participantes, a los que, más adelante se les pedirá información sobre su ejecución. Esta recomendación es válida siempre y cuando no tenga un nivel alto de ansiedad social.

- Es importante realizar los ensayos repetidas veces, con el fin de asegurar el sobreaprendizaje.

- Tanto las situaciones de ensayo, como los contextos y los interlocutores del sujeto, deben ser lo más variado posible, para favorecer la generalización de la conducta a un mayor número de situaciones.

- *El reforzamiento*

Consiste en hacer seguir, contingentemente a una conducta determinada, una consecuencia positiva, con el fin de aumentar su probabilidad de aparición. Los elementos de aplicación que potencian los efectos de esta técnica son:

- La aplicación del refuerzo debe ser inmediata y contingente a la realización de la conducta que se quiere potenciar.

- El refuerzo debe tener un valor reforzante suficiente para que el sujeto quiera mantener su conducta.

- Deben planificarse programas de reforzamiento, tanto en el ambiente clínico como en el ambiente natural del sujeto, que vayan, progresivamente, cediendo lugar al

autorrefuerzo por parte del propio sujeto, por lo que se hace necesario entrenar al paciente en estrategias específicas que faciliten este pasó.

- *El feedback* (retroalimentación)

Consiste en suministrar información sobre la ejecución de las conductas realizadas por el sujeto. Con objeto de potenciar esta técnica, pueden llevarse a cabo las siguientes estrategias de aplicación:

- La presentación de la retroalimentación debe seguir, de forma inmediata, a las conductas.

- Debe realizarse en un lenguaje comprensible para el sujeto.

- Debe centrarse, de forma ordenada, en cada uno de los aspectos concretos que se han señalado como relevantes de las conductas y que están bajo el control del sujeto.

- Debe ser constructiva, es decir, suministrar información positiva sobre lo que se ha ejecutado de forma correcta e información correctiva sobre cómo mejorar aquellos aspectos cuya ejecución ha sido menos adecuada.

- *Estrategias de generalización*

Desde el inicio del entrenamiento, son las estrategias de generalización que van a hacer posible que lo aprendido en el contexto clínico se extienda a otras situaciones. A continuación se ofrece un listado de los puntos principales en los que podrían resumirse:

- Realización de ensayos múltiples, en contextos y con situaciones lo más variadas posible, así como mayor número de interlocutores distintos que se pueda. Debe entrenarse, además, un número variado de respuestas en las mismas situaciones.

- Entrenamiento en otras técnicas (auto-instrucciones, auto-control, etc.) que faciliten al sujeto la puesta en práctica, fuera del contexto clínico, de las conductas aprendidas.
- Planificación de tareas para casa, realizada en colaboración con los propios sujetos, en función de las posibilidades reales que tengan de llevarlas a cabo y de sus necesidades individuales. Se deben establecer con niveles de dificultad progresivos.
- Implicación en el entrenamiento del mayor número de personas del ambiente natural del sujeto y lo más relevante para él.
- Entrenar comportamientos relevantes en el ambiente habitual del sujeto.
- Ir atenuando, progresivamente, las contingencias de reforzamiento en la clínica, para aproximarse, también progresivamente, a las condiciones del ambiente natural del sujeto.

Objetivos de un programa de EHS.

Los objetivos generales de los programas en HHSS en esquizofrénicos son los siguientes:

- Mejorar el funcionamiento social del paciente esquizofrénico para establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias en diferentes contextos sociales.
- Reducir la sintomatología de la adquisición de nuevos repertorios comportamentales de interacción social.
- Lograr ampliar y mantener las redes sociales del paciente.
- Mejorar la adaptación, ajuste e integración social del paciente en su medio ambiente natural.

- Proveer conductas sociales competentes y eficaces que aumenten el nivel de autoestima y confianza del individuo.
- Instaurar y /o potenciar las habilidades precisas para una adecuada utilización de los recursos y actividades disponibles en el medio comunitario.

Modelos de programas de EHS

Es evidente que no todos los pacientes presentan las mismas disfunciones y que, por lo tanto, no deben recibir el mismo formato de entrenamiento. Liberman *et al.* (1986) describen tres modelos de EHS, aunque todos comparten una tecnología común que incluye instrucciones, *role-play*, ensayo conductual, modelado, *feedback* y reforzamiento; y un formato estructural altamente sistematizado para la facilitación del aprendizaje y la construcción o desarrollo de las habilidades individuales que cada paciente necesita:

- 1- Modelo de entrenamiento básico.
- 2- Modelo de solución a la atención.
- 3- Modelo de solución de problemas.

- *Modelo básico de entrenamiento*: El proceso se establece de un modo gradual para moldear la conducta del paciente reforzando las aproximaciones sucesivas a la habilidad apropiada que se está entrenando. Se aplica a través del procedimiento de instrucciones, modelamiento del uso apropiado de las habilidades, *ensayo conductual*, *role-play* y *retroalimentación positiva*, con tareas entre sesiones para promover la generalización.
- *Modelo orientado a la atención*: Este método ayuda a centrar la atención del paciente sobre aquellos materiales relevantes para el aprendizaje y, a la vez, trata de minimizar las demandas sobre sus habilidades cognitivas. Para ello utiliza ensayos múltiples, discretos y de corta duración, a la vez que intenta minimizar la distraibilidad por medio de una cuidadosa manipulación de los componentes de enseñanza. Una presentación controlada y secuencial de los componentes de aprendizaje son sus rasgos fundamentales. Este

procedimiento se ha utilizado principalmente con esquizofrénicos crónicos con importantes desorganizaciones del pensamiento, institucionalizados y altamente distraíbles, y en habilidades de conversación, área en la que ha probado su eficacia (Lieberman y Corrigan, 1993; Massel *et al.*, 1991).

- *Modelo de solución de problemas*: La ejecución inadecuada de habilidades en situaciones sociales puede proceder del déficit en las capacidades de solución de problemas. Desde esta perspectiva, la comunicación interpersonal se considera un proceso con tres estadios: habilidades de recepción, habilidades de procesamiento y habilidades de emisión (Lieberman *et al.*, 1986; Wallace, 1984). Durante la fase de recepción, las habilidades consisten en estar atento y percibir correctamente las claves y los elementos contextuales que conforman las situaciones interpersonales. Las habilidades de procesamiento consisten en la generación de varias respuestas alternativas, en sopesar las consecuencias de cada una de ellas y en seleccionar la opción más indicada. Las habilidades de emisión hacen referencia a la aplicación de la opción elegida para conseguir una respuesta social eficaz, que integre los componentes verbales y no verbales.

1.2.6. Conclusiones

La evidencia empírica revisada pone de manifiesto que el EHS resulta útil para el logro de:

- Mejoras en las habilidades conductuales de los sujetos.
- Una moderada generalización de las habilidades aprendidas al medio natural del sujeto.
- Una reducción de la ansiedad social.
- Un descenso de las recaídas y, consiguientemente, del número de re-hospitalizaciones.

Sin embargo es necesario señalar que el EHS no es la solución para todos los síntomas y problemas de funcionamiento que presentan los sujetos esquizofrénicos, de aquí que deba ser visto como un componente dentro del más amplio tratamiento que necesita ser aplicado en la intervención con estos pacientes.

Los médicos deben tener presentes los principios de la declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría, promulgada en 1996, que recalcan la importancia de mantenerse informado de los adelantos científicos, compartir los conocimientos actualizados con otros profesionales y aceptar al paciente como un igual, por derecho, en el proceso terapéutico.

Resulta esencial aplicar las diferentes estrategias terapéuticas de manera integrada, usando los principios de los equipos de gestión de casos (Kanter, 1989; Asociación Norteamericana de Psiquiatría, 1997).

Al mismo tiempo así se permite aunar los esfuerzos para centrar los mismos objetivos. El paciente y su familia comprendan la línea directriz que guía los planes de tratamiento. Finalmente, los médicos deben animar a los pacientes y sus familias a que se integren en grupos de apoyo, que pueden ser de gran ayuda y servirles de orientación para enfrentarse a la enfermedad con más eficacia. Los tratamientos de las enfermedades mentales han variado a lo largo del tiempo. En la Edad Media se

quemaba a las enfermas mentales creyendo que eran brujas. En la época de la Ilustración se recluía forzosamente a los que se denominaban *sin razón*, hasta llegar a las terapias biologicistas como la electrocompulsiva. Como se ha nombrado antes, es a mediados del siglo pasado cuando aparecen los psicofármacos.

El uso de los psicofármacos controla síntomas pero no es suficiente para lograr la independencia funcional de las personas con enfermedad mental, tal como se comprueba al potenciar alternativas de rehabilitación psicosocial. Estudios como el de Cohi (1990), demuestran la efectividad de los tratamientos psicosociales en la mejora de la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos frente al grupo de tratamiento farmacológico exclusivamente.

Por ello, el tratamiento de estas enfermedades debe contemplar diferentes componentes (psicofarmacológico, intervención psicológica y rehabilitación social) de forma integrada.

Rehabilitación psicosocial: definición y objetivos

A través de diferentes definiciones se ha intentado aunar lo que se entiende por rehabilitación psicosocial, esta 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.

Las intervenciones psicosociales pretenden *recuperar* o afrontar los déficits del sujeto, potenciar sus *fortalezas* así como desarrollar una intervención sobre el propio *entorno*. Esto implica la individualización del proceso, la participación activa por parte del sujeto y una actitud de esperanza, también por parte del profesional.

Una de las necesidades que implica trabajar en rehabilitación psicosocial es la de acercar los recursos al entorno natural del sujeto en lugar de sacar a éste, como se hacía tradicionalmente. Sin embargo, el mero hecho de situar las instituciones en la

comunidad no es condición suficiente, aunque sí necesaria, para conseguir la normalización de la persona con discapacidad.

Se pueden definir varias fases en el proceso de la rehabilitación psicosocial. Éstas no deben ser consideradas como estadios lineales, pues en ocasiones se superponen o hay que ir de delante a atrás en el proceso.

Acogida. La voluntariedad de este tipo de tratamientos, su novedad para la persona y la necesidad de reducir el impacto del estrés, hace necesario cuidar la acogida de la persona y sus familias. El objetivo es facilitar la adaptación del recurso y de la persona atendida al proceso de rehabilitación individualizado. Es un proceso donde la responsabilidad es compartida.

Evaluación. La evaluación se realiza de forma interdisciplinar por el equipo. Es importante recoger información de diferentes fuentes (usuario, distintos familiares y profesionales, etc.) así como en múltiples contextos. Las actividades que se realizan en el propio centro sirven de marco natural para valorar las habilidades y necesidades de cada persona.

Establecimiento del plan individualizado de rehabilitación. Se persigue mantener siempre una implicación directa del usuario en todo el proceso rehabilitador, mediante la oferta continua de información, así como a través de la generación de acuerdos para fijar objetivos a corto, medio y largo plazo y llegar a consensuar con el usuario y, si es posible, con la familia, el mejor medio de alcanzarlos; todo esto queda plasmado en el plan individualizado de rehabilitación.

Los objetivos de rehabilitación no deben ser extensos o inalcanzables, se trata de integrar a una persona en un medio social determinado. Se debe revisar en caso de producirse cambios en la situación de la persona para adaptarlos a las nuevas necesidades y posibilidades.

Intervención. El proceso y duración de esta fase, varía entre un sujeto y otro de manera significativa según el plan individualizado de rehabilitación (PIR) fijado. No se puede llamar rehabilitación psicosocial a una intervención que ofrezca la misma trazabilidad para todas las personas atendidas. Durante este tiempo el usuario es

acompañado por un profesional que le mantiene informado e implicado en su proceso terapéutico.

Para alcanzar los objetivos se cuenta con programas de intervención muy diversos. El equipo rehabilitador debe huir de la oferta sistemática de "paquetes de intervención predefinidos y listos para ser usados", adaptando los programas existentes de eficacia contrastada a la realidad de cada sujeto, ofertándole sólo aquellos que realmente puedan serle útiles.

La intervención debe ser práctica y realista. La metodología cognitivo conductual es un excelente marco teórico de intervención. De nada vale que el usuario mejore sus competencias en los programas de intervención, si cuando sale del centro no mantiene unos hábitos de higiene básicos, no participa de ninguna actividad de ocio ni se relaciona con alguna persona. Cuanto más natural sea el contexto en el que se realice la intervención, más se asegurará la generalización de lo aprendido.

Seguimiento. Es la última fase del proceso una vez cumplido los objetivos. Es fundamental buscar la mayor autonomía de la persona, de forma que no necesite de por vida esta intervención. Sin embargo, en algunos casos es complicado, por lo que para esas personas el plan de atención debe contemplar un apoyo sostenido en el tiempo, bien desde centros específicos o desde otros programas que aseguren su mantenimiento en la comunidad con la mayor calidad de vida posible.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El presente estudio pretende evaluar el efecto de un programa de HHSS en la evolución de enfermos de esquizofrenia.

Las personas con trastornos mentales suelen aislarse, mostrando muy poca iniciativa y motivación hacia cualquier tipo de actividad desarrollada que antes de la enfermedad lo hacían. Sufren aislamiento social porque les resulta difícil entablar contacto con otra persona y tener una conversación, tienen dificultades para funcionar normalmente en condiciones de estrés, todo ello debido a sus dificultades para el aprendizaje de las HHSS y de resolución de problemas que ya antes habían experimentado. Estas dificultades de aprendizaje les hacen más vulnerables.

Un objetivo importante para facilitar el aprendizaje a personas que presentan trastornos psicóticos, es conseguir motivarles para su rehabilitación. No suelen estar motivados porque no tienen conciencia de enfermedad. La intervención psicosocial es muy ventajosa para combatir sus problemas psicológicos, sociales y ocupacionales, aunque sólo son útiles para usuarios que presentan síntomas menos graves o controlados.

La adquisición de habilidades se puede explicar en cuatro fases, en las que relaciona la competencia, la conciencia para el aprendizaje, consolidación de habilidades y hábitos, pues una manera fácil de entender el proceso de adquisición de hábitos, se consigue alternando dos variables: conciencia y competencia.

- Fase 1. La inconsciencia de la incompetencia. La persona ignora (Inconsciencia) que no sabe hacer una cosa (incompetencia), porque no la necesita.
- Fase 2. La consciencia de la incompetencia. La persona empieza a necesitar una cosa y sabe (consciencia) que no lo sabe hacer (incompetencia).
- Fase 3. La consciencia de la competencia. La persona mientras desarrolla la conducta sabe (consciencia) que ya puede realizarla (competencia).
- Fase 4. La inconsciencia de la competencia. La persona ya ha completado el aprendizaje y lo ha consolidado, en este momento sin darse cuenta (inconsciencia) realiza la conducta (consciencia).

Las HHSS son entidades dinámicas íntimamente unidas al espacio sociocultural donde se desarrollan las personas y visiblemente marcadas por la especificidad situacional. Es por ello, que cualquier cambio de contexto implica siempre para la persona un mínimo esfuerzo de adaptación, esfuerzo que para los enfermos que padecen de esquizofrenia resulta muchas veces insuperable debido a una serie de déficits:

- La interpretación del lenguaje no verbal del otro (por problemas de descodificación y juicio de percepción social), al cual responden pobremente.
- El contacto ocular, normalmente tienden a evitar la mirada o por el contrario a mirar de un modo fijo.
- Al fallar el contacto ocular, de igual forma falla el flujo conversacional y los turnos de palabra, por lo que no saben iniciar, mantener o terminar un encuentro adecuadamente.
- Mantener una distancia excesivamente grande, con un volumen de voz inadecuado a la situación, bien elevado o un murmullo.
- Presentan movimientos corporales, “esterotipias o tics”, o bien movimientos lentos o escasos, en ocasiones realizan un balanceo de alivio, que aparecen durante la interacción debido a una reacción de acercamiento-evitación de la misma (Grant, 1970).
- Muestran una expresividad facial escasa o nula.

Dichos déficits están relacionados con algunas de las siguientes razones:

- Carencia de un aprendizaje social apropiado en la experiencia pasada, esto ha sido referido como un déficit primario en las HHSS.
- Pérdida de las HHSS aprendidas previamente.
- Excesiva ansiedad en situaciones sociales, siendo éste es un aspecto particularmente importante en la experiencia de los esquizofrénicos y ponderado por historias de déficits “primarios” o “secundarios”.
- Carencias cognitivas en las habilidades de procesamiento de la información.

Los objetivos generales de los programas en HHSS en esquizofrénicos son los siguientes:

- Mejorar el funcionamiento social del usuario para establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias en diferentes contextos sociales.
- Reducir la sintomatología de la adquisición de nuevos repertorios comportamentales de interacción social.
- Lograr ampliar y mantener las redes sociales del usuario.
- Mejorar la adaptación, ajuste e integración social del usuario en su medio ambiental natural.
- Proveer conductas sociales competentes y eficaces que aumenten el nivel de autoestima y confianza en el individuo.
- Instaurar y/o potenciar las habilidades precisas para una adecuada utilización de los recursos y actividades disponibles en el medio comunitario.

Existen diferentes modelos de programas de EHS, pues los usuarios presentan distintas disfunciones, por lo tanto, no deben recibir el mismo formato de entrenamiento como en el capítulo anterior se ha expuesto con el mismo criterio por diferentes autores, (Lieberman *et al.*, 1986), los modelos de EHS aunque algo diferentes comparten una tecnología común que incluye instrucciones, *role-playing*, ensayo conductual, modelado, *feedback* y reforzamiento; y un formato estructural altamente sistematizado para la facilitación del aprendizaje y la construcción o desarrollo de las habilidades individuales que cada usuario necesita.

El programa de EHS utilizado en esta Investigación se caracteriza por el contenido de las sesiones con una serie de componentes básicos como las conductas no verbales, las conductas verbales, las conductas paralingüísticas y las cogniciones facilitadoras de la interacción.

Las estrategias utilizadas están basadas en los principios de aprendizaje, como las instrucciones y el aleccionamiento, el *role-playing* con modelado, la

retroalimentación y el refuerzo inmediato de todo el grupo hacia la pareja que interactúa y el re-ensayo conductual por parejas. En el caso de que los usuarios tengan permiso para ir el fin de semana a ver a los familiares se les asigna tareas para realizarlas en casa. Dichas tareas son contempladas principalmente para la generalización de los comportamientos aprendidos al ambiente natural, uno de los grandes retos actuales en la intervención.

Parece confirmarse que el “EHS” mejora claramente el déficit social de los usuarios esquizofrénicos, así como, inciden positivamente en el porcentaje de altas hospitalarias y reduce la psicopatología esquizofrénica. El trabajo de Investigación pretende ahondar en la resolución de los problemas que específicamente, plantean los usuarios esquizofrénicos en el ámbito de la relación interpersonal, a la vez que clarificar las variables o programa terapéutico que tiene una mejor incidencia en la evolución de la sintomatología esquizofrénica, ya que “a priori” una mejora en las habilidades sociales no tiene porque traducirse en una mejoría clínica.

Se ha pretendido desarrollar la competencia social de los usuarios, mediante la adecuación de los componentes verbales y no verbales a la “norma social”, con el fin de mejorar la adaptación social.

Los objetivos básicos que se plantean en el programa son:

1. Desarrollar la habilidad de iniciar, mantener y finalizar conversaciones.
2. Incremento de la fluidez verbal.
3. Mejorar los componentes verbales y no verbales de las habilidades de comunicación.
4. Desarrollar unos contenidos de conversación adecuados.
5. Aumentar la habilidad del cambio de tema en las conversaciones.
6. Disminuir el aislamiento.
7. Potenciar la relación entre los usuarios.
8. Fomentar la relación con las personas más cercanas.
9. Aumentar las redes sociales.
10. Potenciar el uso de estrategias cognitivas para resolver problemas.
11. Facilitar la integración en la actividad normal.
12. Aumentar su autoestima al resolver de manera más eficaz las situaciones cotidianas y actividades instrumentales.
13. Aprender a identificar y expresar sus sentimientos, tanto positivos (elogios, contacto físico), como negativos (hacer críticas, decir que no), de una manera clara, sencilla y eficaz.
14. Facilitar de la adaptación social mejorando la calidad de vida.
15. Aumentar de la competencia social durante las fases intercríticas de la enfermedad.
16. Disminuir de la frecuencia de las recaídas.

Los objetivos específicos:

1. Crear un clima de confianza entre ellos y con los terapeutas.
2. Disminuir en lo posible la ansiedad al entrar en contacto con los otros.

Los objetivos que se pretende cubrir en este trabajo son los siguientes:

- 1.- Confirmar la existencia de déficits sociales en los usuarios que presentan trastornos de tipo esquizofrénico.
- 2.- Demostrar que el programa de EHS que se presenta puede reducir los déficits sociales de los usuarios esquizofrénicos.
- 3.- Estudiar la influencia de dicho programa terapéutico en la reducción de la sintomatología psicótica.
- 4.- Comprobar si los beneficios obtenidos con la aplicación de dicho programa se mantienen en el tiempo.

Estos objetivos quedan plasmados en las siguientes hipótesis de trabajo:

Hipótesis 1

Los grupos experimentales obtendrán, tras el tratamiento en relación al grupo control, una mejor adaptación social así como una mejora en las HHSS básicas.

Hipótesis 2

Las diferencias obtenidas por el grupo experimental tras el tratamiento se mantendrán con respecto al grupo control a lo largo del seguimiento.

Hipótesis 3

Habrán cambios positivos en la percepción de la calidad de vida percibida por el usuario, con cambios significativos de los sujetos incluidos en el grupo experimental y estos cambios serán mínimos en el grupo control.

Hipótesis 4

Al aplicar el programa terapéutico se reducirá la sintomatología psicótica negativa.

Hipótesis 5

Existirá un efecto diferencial de la sintomatología psicótica sobre las HHSS.

2.2. ORIGEN DE LA MUESTRA

2.2.1. Procedimiento y criterio

El tamaño de la muestra vino determinado por el número total de usuarios de los Centros Específicos de Enfermos Mentales (CEEM) que cumplieron los criterios de inclusión en el estudio.

Los posibles casos seleccionados fueron un total de 116 usuarios, que en el momento del estudio se encontraban en los cuatro CEEM que intervinieron en un primer momento en el estudio. A través de su historia clínica, se fueron descartando algunos usuarios de la muestra.

Los criterios de selección fueron los siguientes:

Procedencia:

La muestra que se ha utilizado para el estudio se recogió de cuatro fuentes diferentes. Los usuarios se encontraban ingresados en diferentes centros.

1. CEEM Camp del Turia, formando un total 40 usuarios, de los que finalmente entraron en el estudio 20 usuarios, todos varones.
2. CEEM Cumbres de Calicanto, con un total de 40 usuarios, fueron totalmente eliminados tras la primera evaluación.
3. CEEM Roger de Lauria, de un total de 40 usuarios, quedaron 15 sujetos, 12 varones y 3 mujeres.
4. CEEM La Torre, de un total de 40 usuarios fueron incluidos un total de 14 sujetos, 10 varones y 4 mujeres.

El total de la muestra del presente estudio es de 49 usuarios, 42 varones y 7 mujeres (Tabla 2.1 y 2.2).

Tabla 2.1.

Distribución de usuarios y por CEEM en la línea base.

CEEM	Numero	Porcentaje Válido
Camp del Turia	20	40,8
Roger de Lauria	15	30,6
La Torre	14	28,6
Total	49	100,0

Criterios de inclusión:

1. Haber dado su libre consentimiento a participar en el estudio, tras ser informados de los objetivos del mismo.
2. Diagnostico de esquizofrenia criterios DSM-IV R.
3. En el momento del estudio se encuentran en el CEEM.
4. Estar en tratamiento farmacológico con neurolepticos.
5. Edad comprendida entre 20 y 56 años en el momento de la inclusión en el programa terapéutico.

Criterios de exclusión:

1. No haber dado su libre consentimiento a participar en el estudio.
2. Presentar un trastorno asociado de tipo orgánico o haber sido diagnosticado de CI límite o inferior, con otro diagnóstico diferente al de esquizofrenia según el DSM-IV R.
3. Participación actual en un programa de habilidades destinadas a mejorar el ajuste social.
4. Consumo de sustancias tóxicas, definido como consumo dentro del periodo de los últimos seis meses previos a la realización del estudio.

2.2.2. Sujetos seleccionados

De los 116 casos seleccionados inicialmente a través de los CEEM y tras un riguroso estudio previo se descartaron 58 de ellos por:

1. Enfermedad física o muerte del paciente.
2. Presentar alta sintomatología psicótica positiva en el momento del inicio de la investigación.
3. Presentar sintomatología diferente a la esquizofrenia crónica.

Al principio se realizó un diagnóstico junto a los equipos de cada CEEM, que confirmaron que dichos usuarios eran posibles candidatos para la realización del estudio de investigación. Para ello se revisaron las historias clínicas, teniendo en cuenta su estado actual.

Como ya se ha comentado en el principio de la recogida de muestra, se eliminaron todos los usuarios de uno de los CEEM, por el gran deterioro cognitivo que presentaban en la fase inicial del estudio, tras pasarles el examen cognoscitivo Mini-Mental (Lobo *et al.*, 1997), MMSE, prueba que evalúa las funciones intelectivas de los usuarios sirvió esta valoración, un alto nivel de sintomatología positiva presente en el momento de la evaluación, y además un rango elevado de edad resultaron criterios de exclusión.

El resto de la muestra se descarta en función de las deficiencias cognitivas que presentan los usuarios, o por su alta sintomatología psicótica en el momento que son evaluados. A lo largo del estudio se eliminan otros 9 sujetos debido a muerte natural, hospitalizaciones que conllevan un traslado a centros en los que no se tiene acceso y otros usuarios que no desean seguir participando en el estudio. Finalmente y depurada la muestra quedaron 49 sujetos de los cuales 42 son varones y 7 mujeres.

Para la construcción de la muestra resultó complicado encontrar igual número de mujeres esquizofrénicas que varones, a causa del menor porcentaje existente en dichos centros, además de que las mujeres residentes no cumplían los criterios de inclusión tanto en su diagnóstico y en otros casos por el gran deterioro cognitivo.

Tabla 2.2.
Distribución de la muestra por sexo.

Sexo	Número	Porcentaje Válido
Hombres	42	85,7
Mujeres	7	14,3
Total	49	100,0

El rango de edad media de la muestra fue 40,11 años, con una desviación típica igual a 8,65, el rango de edad estuvo comprendido entre 20 y 56 años, aunque las edades más frecuentes fueron 45-50 (13%), 41-44 (11%) y 36-40 años (9%) como se puede observar en la Figura 2.1.

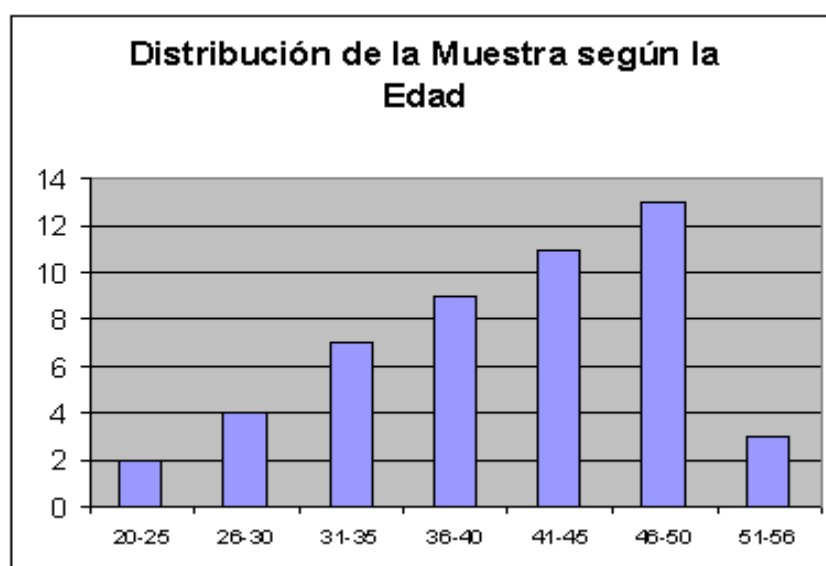


Figura 2.1. Distribución de la edad de la muestra.

Al final del estudio la muestra quedó configurada por 25 usuarios en el grupo experimental, de los cuales 21 varones y 4 mujeres y por 24 usuarios en el grupo control, de los cuales 21 varones y 3 mujeres (Fig. 2.2.).

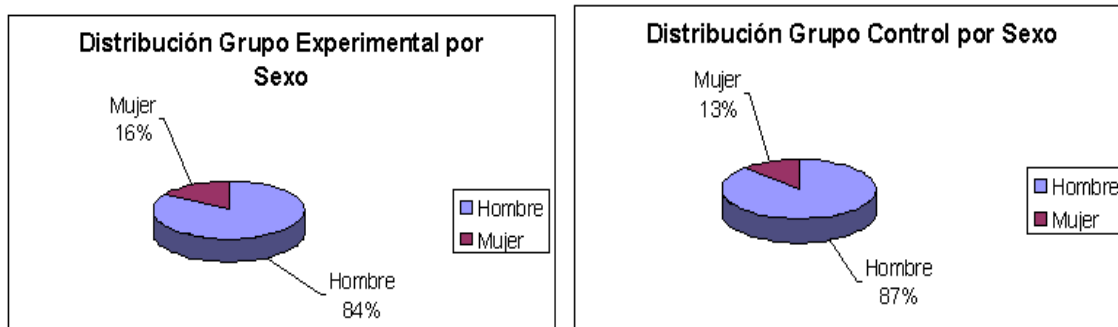


Figura 2. 2. Distribución por sexos de la muestra del grupo experimental y grupo control.

La edad media de la muestra es 40,60 años en el grupo experimental (DT =9,5) y en el grupo control (DT = 7,89) con un rango de edad comprendido entre 20 - 56 años. (Figura 2.3.).

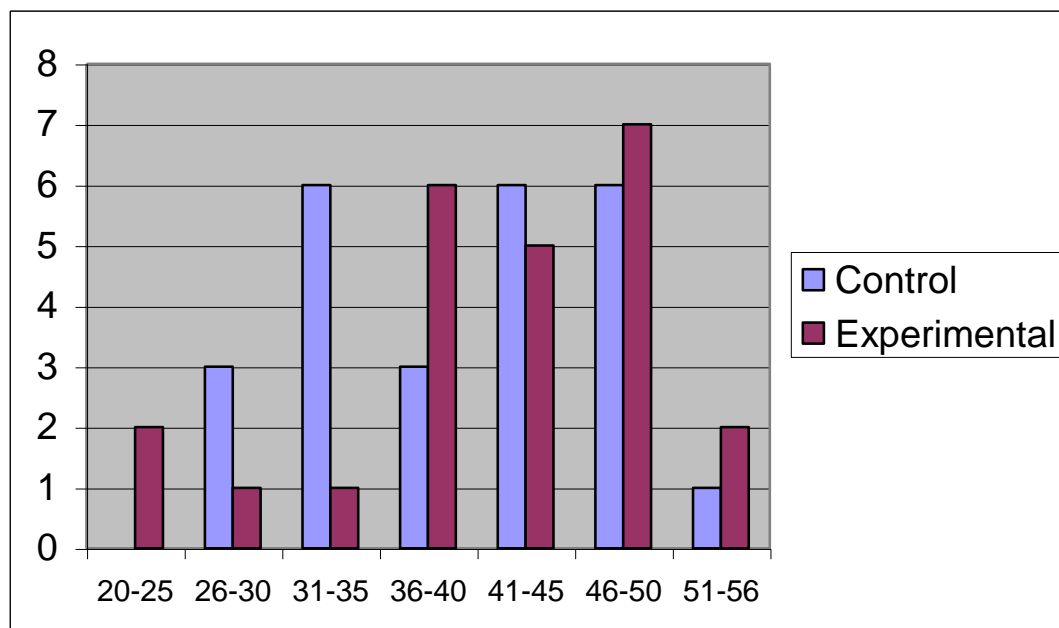


Figura 2.3. Distribución de la muestra por edad grupo control y experimental.

2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico del programa statgraphics mediante un análisis de varianza para cada una de las medidas obtenidas, considerando el factor grupo en el inicio (línea base), tratamiento y seguimiento, y el factor tiempo para el grupo experimental y el grupo control, empleando el test Student-Newman-Keuls para analizar las diferencias entre medias.

El efecto global de las variables socioeconómicas sobre las respuestas globales se estudio mediante análisis de la varianza independiente para los grupos control y experimental, en una primera aproximación, y después comparando ambos grupos a lo largo del tiempo de estudio.

2.4. MATERIAL APLICADO

2.4.1. Hoja de consentimiento del usuario. [Anexo nº 1]. El usuario fue informado y tras la firma autorizo a participar en el estudio presente.

2.4.2. Hoja de recogida de datos. [Anexo nº 2a y 2b]. Se realizó un cuestionario mediante el cual se recogieron los datos de identificación del usuario, así como sus datos sociodemográficos y sirvió para la evaluación del usuario a lo largo del programa de intervención psicológica.

El proceso de la recogida de datos para este estudio consistió, por una parte la hoja de recogida de datos ya utilizada en el estudio desarrollado por Santolaya, 1995 y una hoja de datos más amplia para recoger la información de los usuarios, dispusimos en general de datos de todos los usuarios posibles candidatos para participar en el estudio. Primero se vio las entrevistas que ya habían aplicado en los CEEMs para poder recoger una amplia información de los usuarios que iban a intervenir en la muestra. El desarrollo de esta segunda recogida de datos la realizamos según el interés para el estudio y fue siguiendo un procedimiento:

- Primer contacto con los expedientes de los usuarios lo que permitió saber a priori que información encontraríamos en ellos y cual no (aunque la disparidad en cuanto a la información que ofrecen los expedientes en algunos casos es muy alta).
- Después se establecieron las variables interesantes en cualquier expediente de enfermos mentales crónicos.
- Una vez establecidas las variables se procedió a agruparlas en torno a unas variables de carácter más general.

Datos generales

Las variables sociodemográficas recogidas en el estudio fueron comunes para los dos grupos muestrales, se desarrollaron en función de los antecedentes que consideramos interesantes para la realización del estudio, aunque algunos ítems

posteriormente fueron rechazados por ser irrelevantes como ocurrió con el estilo educativo:

- Sexo.
- Edad, medida en años.
- Período estacional de nacimiento.
- Número de hermanos y lugar que ocupa codificado como hijo único, primogénito, mediano y pequeño.
- Estado civil, codificado como con pareja o sin ella.
- Estilo educativo, codificado como autoritario, permisivo y democrático.
- Nivel cultural, codificado como alto, medio y bajo.

Datos laborales

- Nivel de estudios, distribuido en seis categorías: ninguna, estudios primarios, ESO- FPI, bachiller-FPII, diplomatura, licenciatura.
- Vida laboral codificada como 1 si ha trabajado y 2 si no ha trabajado.

Aspectos jurídicos

- Nivel de minusvalía.
- Situación administrativa codificada como incapacitado, no incapacitado, en proceso.
- Tutela codificada como tutelado por familiar, tutelado por Conselleria, en trámite y no tutelado.

Datos psicosociales

- Edad de inicio de la enfermedad.
- Tipo de inicio codificado como brusco o insidioso.
- Edad de inicio de consumo de tabaco, drogas y alcohol.
- Tipo de sustancias consumidas: cocaína, cannabis, opiáceos y otras.
- Frecuencia codificada como habitual o esporádica.

- Diagnósticos anteriores codificados como esquizofrenia paranoide, esquizofrenia residual, esquizofrenia indiferenciada, esquizofrenia desorganizada, trastorno bipolar, depresión, trastorno de personalidad, sida y hepatitis.
- Diagnóstico actual codificado como esquizofrenia paranoide, esquizofrenia residual, esquizofrenia indiferenciada, esquizofrenia desorganizada.
- Número de recidivas durante la línea base, el tratamiento y el seguimiento.
- Número de hospitalizaciones durante la línea base, el tratamiento y el seguimiento.
- Autolisis durante la línea base, el tratamiento y el seguimiento.
- Psicoterapia durante la línea base, el tratamiento y el seguimiento.
- TEC tratamiento de electroshock durante la línea base, el tratamiento y el seguimiento.

Datos familiares

- Antecedente familiares codificadas como trastorno depresivo, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, trastorno psicótico y consumo de sustancias.
- Situación de la madre codificada como madre fallecida en la adolescencia, sobrecarga familiar, madre mayor, madre fallecida en la edad adulta, madre enferma, madre enferma mental, madre separada, madre adoptiva, madre autoritaria.
- Situación del padre codificada como padre fallecido en la adolescencia, sobrecarga familiar, padre mayor, padre fallecido en la edad adulta, padre enfermo, padre enfermo mental, padre separado, padre adoptivo, padre desconocido y padre autoritario.
- Situación personal codificada como divorciado sin hijos, divorciado con hijos, abusos, abandono de la familia biológica, sin relación familiar, criado por los abuelos, escasa afectividad familiar, prostitución, agresión entre los padres, familia con trastornos psicóticos e indigente.

2.4.3. Prueba confirmatoria

Examen cognoscitivo Mini-Mental. (MMSE) de Folstein *et al.* (1975). [Anexo nº 3]. Con el fin de comprobar la detección del deterioro cognitivo, se aplicó el MMSE, es una prueba muy útil en el screening del deterioro cognitivo de los usuarios y la evaluación de los cambios experimentados como consecuencia del proceso de deterioro. Evalúa el déficit cognitivo del usuario en un determinado momento, para seguir el curso de los cambios cognoscitivos a lo largo del tiempo y para evaluar la respuesta al tratamiento (Folstein *et al.*, 2001). Este test es válido y adaptado en España por primera vez por Lobo *et al.* (1979). Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas.

Desde su presentación los autores Folstein *et al.* (1975), el MMSE se ha utilizado por profesionales de todo el mundo por su sencillez y rapidez de administrar (5-10 minutos). Esta prueba se les aplicó a los usuarios de forma individual y privada para asegurar la confidencialidad. Las respuestas del usuario se corresponden con la escala de Lickert de tipo dos puntos (0-1), si son incorrectas se puntúa con 0 y correctas con 1. El sujeto ha de contestar o realizar una serie de preguntas y tareas que se agrupan en once categorías:

- Orientación temporal.
- Fijación.
- Memoria.
- Repetición.
- Lectura.
- Dibujo.
- Orientación espacial.
- Atención y cálculo.
- Nominación.
- Comprensión.
- Escritura.

Se evalúa el cribado del déficit cognitivo, con 13 ítems y se aplicó la prueba de forma individual a modo de entrevista personal. La puntuación total oscila entre 0 y 35 puntos, a mayor puntuación menor deterioro cognitivo.

En diversos trabajos posteriores a los originales han confirmado que el MMSE es un instrumento fiable y válido (Folstein *et al.*, 1985; Cockrell *et al.*, 1988; Lobo *et al.*, 1979, 1980).

El MMSE cumple los criterios de "fiabilidad", coeficientes de correlación cercanos a 0,9, en procedimiento de test-retest (Gómez-Burgara *et al.*, 1979; Escolar *et al.*, 1979; Lobo y Día, 1986; Lobo, 1979, 1987, 1988). Los coeficientes son satisfactorios para los ítems individuales y la especificidad aumenta en el MMSE de 35 ítems (83,9%), la utilizada en el presente estudio. Existen varias versiones posteriores del MMSE, pero estas no han logrado mejores coeficientes de eficiencia (TEA, 2002).

Esta prueba sirvió para realizar un cribado de los usuarios a la hora de participar en el estudio, posteriormente no se realizó un análisis de los resultados de la misma.

2.4.4. Pruebas evaluadoras

Escala de Observación Directa de Trower *et al.* (1978). [Anexo nº 4]. Con el fin de obtener una prueba de la relación social de cada uno de los usuarios en grupo y dada la dificultad de poder observar a los usuarios en situaciones naturales, puesto que las sesiones de grupo son en sí mismas situaciones de índole social, se registraron mediante observación directa aquellas conductas que aparecen espontáneamente en los grupos de usuarios durante la segunda sesión de evaluación en cada uno de los tiempos: línea base – tratamiento - seguimiento. Para ello se utilizó una serie de preguntas abiertas para que los usuarios participaran de forma espontánea o bien deliberada en el pequeño grupo, este estaba compuesto por cinco usuarios. Esta situación creada artificialmente servía para evaluar elementos concretos de comunicación verbal, no verbal y paralingüística según criterios de frecuencia, adecuación, etc (Gil y García, 1993). De esta forma nos permitió realizar un análisis de cada usuario de naturaleza conductual y detectar necesidades actuales.

Esta prueba ya se utilizó anteriormente en el estudio desarrollado por Santolaya (1995). Dado que es una prueba observacional para asegurar una mínima fiabilidad en las valoraciones por las puntuaciones obtenidas se utilizaron dos jueces independientes. Cada observación fue puntuada por estos dos jueces, obteniéndose

al final la media aritmética de ambos jueces como puntuación. Dicha escala comprendió 6 subescalas:

- Volumen Verbal
- Fluidez Verbal
- Conversación Bidireccional
- Contacto Ocular
- Expresividad Facial
- Movimientos Corporales

La *Escala de Trower* fue valorada por acuerdo entre jueces, mediante una escala de tipo *Lickert* de cinco puntos (0-4), se tuvo en cuenta tanto la calidad de las respuestas como su intensidad. Las conductas observadas se valoraron a partir de los 10 minutos de la sesión, estos sirvieron para crear la situación de acogimiento y se valoran las conductas aparecidas a partir de este tiempo hasta completar los 30 minutos de observación. Los jueces asistían a las tres sesiones desde el inicio con el fin de que los usuarios se habituaran a su presencia. La escala congenia un rasgo de respuestas que iba desde 0 (Conducta Negativa) hasta 4 (Comportamiento Ideal). En el [Anexo 4] se adjunta la escala de evaluación así como la hoja de registro. En cuanto a la fiabilidad no tenemos ningún estudio de este método, no obstante si podemos ofrecer una información en este estudio, en cuanto a la valoración de las jueces no se desviaron de 1 punto. Las jueces fueron entrenadas previamente en el estudio piloto que se realizo en el Centro de Salud Mental, en Enero de 2006. Este estudio les sirvió de entrenamiento, la valoración fue realizada por profesionales que ya trabajan con usuarios con este diagnóstico.

Role-playing (Específico) “Adaptado” a los usuarios de Santolaya, 1995. [Anexo nº 5]. Con el fin de valorar las HHSS y como alternativa a la imposibilidad práctica de llevar a cabo observaciones directas en el medio natural en el que el usuario se desenvuelve, para ello, hemos creado situaciones artificiales similares a las situaciones cotidianas del usuario para a través de ellas analizar y valorar las habilidades de los usuarios. Ya se utilizó en el estudio desarrollado por Santolaya, 1995. En este estudio para su operalización se empleó la escala bidireccional como las utilizadas por Trower (1978) las dimensiones que miden volumen verbal, fluidez verbal, conversación bidireccional, contacto ocular, expresividad facial y movimientos corporales. A la valoración de las escenas de las situaciones sociales planteadas se les valoraron al igual que la utilizada en la escala de Observación directa y se añadió el valor del nivel subjetivo de ansiedad del usuario, una valoración independiente de la respuesta dada por el usuario junto con la habilidad en el trato. Como se dijo anteriormente la escala utilizada para la evaluación de *role-playing* y la de observación directa fue la misma. Para el análisis de la valoración de los factores se utilizó la escala de tipo *Lickert* de 5 puntos (0-4) y además de estos factores con el fin de valorar su nivel de ansiedad situacional se utilizó la escala de tipo *Lickert* de 11 puntos (0-10).

En cuanto a las escenas que se utilizaron en el *rol-playing*, se intentó seleccionar las más representativas de los problemas cotidianos de los usuarios y que en un total de 16 escenas abarcan aspectos de:

- Iniciar y mantener una conversación (pedir información).
- Hacer y aceptar halagos.
- Defensa de los derechos y opiniones propias.
- Conductas de independencia.

Las escenas se presentan a través de un radiocasete ordenadas al azar, instando al usuario que responda verbal y conductualmente. El orden de presentación de la prueba a los usuarios se efectúa aleatoriamente y la evaluación se realiza por acuerdo entre jueces. Para contrarrestar la subjetividad entre jueces, ya que es una prueba observacional, y al mismo tiempo asegurar una mínima fiabilidad en las valoraciones por las puntuaciones logradas, se utilizaron dos jueces independientes.

Cada observación fue puntuada por estos dos jueces, obteniéndose al final la media aritmética de los dos jueces como puntuación.

Cada escala es definida por una pareja de adjetivos bipolares opuestos en su significación. Al sujeto juzgar un concepto mediante un grupo de ellas sirve para localizar el concepto en un punto del espacio semántico. Antes de iniciar la evaluación se les aplica tres escenas de ensayo. Iniciada la evaluación y una vez presentada la escena el usuario cuenta entre 30 y 45 segundos para responder (Si en los 15 primeros segundos no inicia una respuesta mínima, se pasa a la siguiente escena). En el Anexo 5, puede verse tanto la descripción de las escenas como las instrucciones que reciben los usuarios a la hora de realizar el *role-playing*.

Diferencial Semántico de Osgood et al., 1957. [Anexo nº 6]. Con el fin de conocer las actitudes hacia ciertos conceptos utilizamos el método creado por Osgood *et al.* (1957), sirvió para medir las reacciones de los usuarios ante cosas o personas, en términos de evaluación sobre escalas definidas en sus extremos con adjetivos de significado opuesto. En este estudio se evaluó el significado que tiene para el usuario los siguientes conceptos: hogar, amigos, madre, padre y diversiones. Las categorías utilizadas en esta prueba fueron las mismas que se realizó en un estudio anterior desarrollado por Santolaya (1995). Esto facilitó el trabajo en la realización de la selección de los pares de adjetivos bipolares que conformarían el instrumento.

Posteriormente se procedió a una ubicación tentativa de los adjetivos que conforman la escala (10) en tres factores, estos fueron tomados teniendo en cuenta las funciones de la comunicación que plantea Lomov (1989) informativa, afectiva y reguladora.

Para la comprensión de los adjetivos, se buscó aquellos más asequibles para el nivel de comprensión de los sujetos de la muestra y que les fuese de más fácil uso por su cotidianeidad. A nivel informativa se eligieron pares de adjetivos como fuerte-débil, interesante-aburrido, a nivel afectiva se utilizaron adjetivos como odiado-querido, pasivo-afectivo, agradable-desagradable, rechazado-estimado y por su función reguladora se eligieron los adjetivos positivo-negativo, cálido-frío, inquietante-tranquilizante. La actitud es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a

reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones. Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los usuarios manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes.

El *diferencial semántico*, elaborado por Osgood (1957), constituye una combinación de asociación controlada y procedimientos escalares, que le proporciona al sujeto un concepto que debe ser diferenciado y un grupo de adjetivos bipolares en forma de escalas sobre las que tiene que hacer la diferenciación de su asociación y su identidad en una escala de varios rangos. (Siete es la escala más usada). Cada escala es definida por una pareja de adjetivos bipolares opuestos en su significación. El sujeto al juzgar un concepto mediante un grupo de ellos, le sirve para localizar el concepto en un punto del espacio semántico. Se utilizaron diez pares de adjetivos, con un intervalo de escalación que iba de 1 a 7 en la medida que se acercara a uno de los dos adjetivos. Los usuarios solo se les presentaron las puntuaciones, no vieron la enumeración para su posterior evolución, hicieron dos ejemplos de ensayo y discusión como entrenamiento. El orden de presentación de los conceptos y de los adjetivos empleados se dispuso al azar, así como las inversiones de estos últimos. Los adjetivos fueron los mismos obtenidos del diccionario español de sinónimos de Sainz de Robles (1969) como el estudio realizado por Santolaya (1995).

Los índices de validación y fiabilidad alcanzados en el instrumento resultaron significativamente elevados, estos permiten constatar su validez con un nivel aceptable de precisión, posibilitando la caracterización objetiva y diferenciada de las percepciones mutuas en la comunicación, a través de su expresión afectiva-cognoscitiva (Díaz y Salas, 1975)).

Este instrumento adquiere un sentido en el proceso de construcción de indicadores y su interpretación, y representa un proceso permanente de perfeccionamiento de carácter abierto, en la que su aplicación se ajustará a cada situación específica objeto de caracterización.

El *diferencial semántico* se paso en grupo en la misma sesión en la cual se efectúa la *observación directa* una vez finalizada esta. La puntuación se obtuvo del sumatorio de las puntuaciones de cada concepto en particular y la puntuación global de todos los donceptos. [Anexo nº 6].

Cuestionario Sevilla de calidad de vida. (C. S. C. V.) [Anexo nº 7]. Creado por Giner, Ibáñez, Baca *et al.* (1995). Con el fin de evaluar la calidad de vida este instrumento fue diseñado para evaluar la calidad de vida subjetiva del usuario esquizofrénico tal y como este la percibe. Posteriormente se han desarrollado estudios de este instrumento como lo indican Ibáñez *et al.* (1997); Giner, Ibáñez, Cervera *et al.* (2001); Seoane (1999).

Consta de un total de 59 ítems que se agrupan en dos escalas: aspectos favorables y aspectos desfavorables. En este estudio presente se ha utilizado la *Escala de Aspectos Favorables* formada por 13 ítems que a su vez se agrupan en tres factores:

- Satisfacción Vital (Items 4-10-13).
- Autoestima (Items 1-3-5).
- Armonia (Items 6- 9).

Los ítems se puntúan mediante una escala tipo *Lickert* de 5 valores que oscilan entre 1 (Completamente desacuerdo) y 5 (Completamente acuerdo). El marco de referencia temporal es el momento actual. Es una escala autoaplicada. En los factores de la *Escala Favorable* a mayor puntuación mayor calidad de vida. La medida de la calidad de vida representa una perspectiva relativamente novedosa de la evaluación del paciente esquizofrénico, en la que se incorpora a la evaluación objetiva, la subjetiva. Así, se observaron los cambios que se iban produciendo de las puntuaciones en función del tiempo.

Respecto a las propiedades psicométricas del CSCV, se puede afirmar, al menos inicialmente (Ibáñez, 1997) que este cuestionario supera las condiciones impuestas a cualquier instrumento de medida para poder ser utilizado por la comunidad científica. El CSCV aplicado a enfermos esquizofrénicos, posee una buena fiabilidad

y una validez suficiente para poder ser utilizado por la comunidad científica (Ibáñez *et al.*, 1997). El CSCV presenta buena fiabilidad tanto para su *Escala de Aspectos Favorables* como para su *Escala de Aspectos Desfavorables*, medida por distintos índices de fiabilidad (Cronbach, Guttman, Spearman-Brown). Los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos muestran alta consistencia interna en ambas sub escalas: para la CSCV-F 0.85 y para CSCV-D 0.94. El cuestionario presenta una buena validez de contenido y de concepto (Ibáñez *et al.*, 1997). Las propiedades psicométricas (validez de *constructo*, fiabilidad y sensibilidad al cambio) están demostradas en Terrassa y Pareja (1998).

Escala de evaluación psiquiátrica BPRS de Overall-Gorham, 1962. [Anexo nº 8]. Esta *Escala Breve de Psiquiatría Rating Scale (BPRS)* fue creada por Overall y Gorham (1962) se aplicó en el estudio para evaluar los cambios sintomáticos en los pacientes psiquiátricos. *The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* diseñada por Overall y Gorham (1962) estaba basada en la multidimensional *Scale for Rating Psychiatric Patients* de Lorr. Se diseñó con objeto de valorar la respuesta al tratamiento farmacológico en pacientes psicóticos, aunque también se ha utilizado para el diagnóstico y para la clasificación sindrómica de este cuadro.

Existen múltiples versiones de esta escala con diferentes sistemas de puntuación (0-6, 1-7, 0-4) y con variable número de ítems (10, 16, 18, 20, 22, 14). En nuestro país se encuentra validada la versión incluida en la PANSS. La versión actual consta de 18 ítems, pero se utilizó la compuesta por 21 ítems que ya fue utilizada por Santolaya, 1995. Se administró mediante una entrevista semiestructurada, por personal cualificado.

La BPRS es una escala para evaluar síntomas negativos y positivos de esquizofrenia, basada en una entrevista no estructurada. El *Breve de Psiquiatría Rating Scale (BPRS)* es el más comúnmente usado para la medida de resultado la persistente y gravemente enfermos mentales (SPMI). Posee una buena fiabilidad, validez, y un fuerte factor de estructura. Existen versiones posteriores y estudios psicométricos de la versión ampliada de la BPRS (BPRS-E) pero es limitada Bech (1993); Ventura *et al.* (1998). La ventaja de esta escala es que permite realizar evaluaciones rápidas y altamente eficientes de los cambios producidos en los

síntomas del trastorno esquizofrénico. Cada ítem, se puntúa en una escala tipo *Lickert* de 7 grados de intensidad, donde la puntuación 1 siempre equivale a la ausencia del síntoma y el 7 a la presencia de una gravedad extrema. Los valores psicométricos de fiabilidad de esta escala presentan buenos resultados en la definición de síntomas positivos y negativos (alpha de Cronbach de 0,81).

A través de un análisis de las puntuaciones pretratamiento de 3.596 sujetos diagnosticados de esquizofrenia por Overall y Gorham (1974), los síntomas se pueden categorizar en 5 factores:

- Factor 1. Ansiedad-depresión. (Ítems 1,2, 5 y 9)
- Factor 2. Anergia. (Ítems 3,13,16 y 18)
- Factor 3. Trastorno del pensamiento. (Ítems 4,8,12 y 15)
- Factor 4. Activación. (Ítems 6,7 y 17)
- Factor 5. Hostilidad y suspicacia. (Ítems 10,11 y 14)

La escala ofrece una puntuación total de la escala que indica el nivel de psicopatología que presenta el usuario en la última semana.

Debe ser administrada por un terapeuta experimentado tras una entrevista semiestructurada de unos 15-25 minutos. Existen dos ítems más finales, uno de gravedad y otro de mejoría general. Cada ítem debe valorarse entre 1 y 7 puntos. Se presentan los llamados puntos de anclaje que son definiciones o descripciones de los ítems y de la valoración de los mismos y que ayudan a homogeneizar su cumplimentación. Si bien no existe uniformidad de criterio, el más aceptado es investigar sobre lo sucedido en la última semana.

Es una de las escalas más ampliamente utilizada para valorar la respuesta al tratamiento. Resulta especialmente útil en casos moderados y severos, disminuyendo su rendimiento cuando los síntomas son más leves.

Los síntomas de la escala abarcan un amplio espectro, aunque algunos importantes (delirio, trastornos formales del pensamiento) están representados por un solo ítem. Hacen referencia a psicosis, ansiedad y depresión, fundamentalmente. El análisis

factorial muestra cinco componentes principales: ansiedad/depresión, energía, trastornos del pensamiento, activación y hostilidad/susplicacia.

La utilización de este instrumento debe ser longitudinal en el tiempo, es decir, para valorar cambios acontecidos, principalmente con el tratamiento farmacológico. El resultado se expresa como la suma de las puntuaciones de todas las respuestas, si bien es difícil interpretar la dimensión psicopatológica responsable de los cambios.

Fiabilidad: Los valores psicométricos han sido ampliamente estudiados, arrojando, en general, resultados satisfactorios, si bien se ha criticado la validez interobservador. Ésta suele encontrarse, en distintos estudios, en torno a 0,8, con diferencias mayores cuando se analizan ítems individuales (0,63 a 0,85). Las cuestiones que hacen referencia a observaciones suelen arrojar valores menores que aquellas que se basan en información proporcionada por el paciente o sintomatología clínica. La definición de síntomas positivos y negativos posee una muy buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,81 a 0,92).

Validez: Numerosos estudios han demostrado la concordancia con otras escalas que valoran síntomas psicóticos. Tal vez, con la que más se ha comparado haya sido con la SAPS y la SANS, demostrando muy buena concordancia en los resultados de las subescalas de síntomas positivos y negativos, así como en la puntuación total entre la BPRS y la PANSS. Ha demostrado en múltiples ocasiones su sensibilidad al cambio, tanto tras tratamiento farmacológico como no farmacológico.

El exámen del estado clínico actual (PSE). El exámen del estado clínico actual (PSE) fue diseñado por Wing *et al.* (1962), en el Maudsley Hospital y el Instituto de Psiquiatría de Londres, como una entrevista psiquiátrica semiestructurada. El PSE es el antecesor de las entrevistas estructuradas de diagnóstico.

La entrevista clínica semiestructurada diseñada por Wings *et al.*, 1962, cubre una amplia gama de los síntomas psicóticos que estuvieron presentes en el último mes. Sus índices de confiabilidad se han descrito en varios estudios transculturales (Wing *et al.*, 1967).

En 1967 publican los primeros resultados luego de cuatro revisiones. En la versión utilizada para la aplicación de la entrevista se valora la sintomatología negativa, para valorar los datos psicopatológicos utilizamos la versión realizada por Santolaya (1995), Escala de Síntomas Negativos (PAI). [Anexo nº 9]. Es un instrumento destinado a valorar la existencia de síntomas negativos. Deriva del “Behavior Rating Schedule of the Psychiatric Assessment Interview” y es una modificación de Strauss y Carpenter (1974) de la octava edición de P.S.E. (Present State Examination Schedule: Wyng, Cooper y Sartorius, 1974).

International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS). Patrocinado por la OMS en 1973, fue una investigación psiquiátrica transcultural llevada a cabo sobre 1.202 pacientes en 9 países: República de China, Checoslovaquia, Dinamarca, India, Colombia, Nigeria, URSS, Reino Unido y EEUU. Fue diseñado para dejar sentadas bases para ulteriores estudios internacionales de epidemiología de la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas. El instrumento de investigación básico usado fue una escala de entrevista estandarizada: la *Present State Examination (PSE)*, que fue primeramente desarrollada por Wing et al. (1962) y luego modificada para el uso en la IPSS.

Esta escala de síntomas negativos está compuesta por 13 síntomas, agrupados en tres bloques mayores:

- Pobreza de lenguaje. (Ítems 1-5).
- Pobreza afectiva. (Ítems 6-11).
- Retardo psicomotor. (Ítems 12, 13).

Se valoran en referencia a tres tipos de codificación: ausente (0), moderado (1), severo (2). [Anexo nº 9].

2.4.5. Pruebas de satisfacción

Grado de satisfacción del programa de HHSS. Con el fin de disponer del grado de satisfacción del programa de HHSS. [Anexo nº 10], se utilizó un cuestionario que está compuesto por 6 ítems que pretenden medir el grado de satisfacción de los usuarios del grupo experimental que participan en el programa. Los ítems se puntúan mediante una escala tipo *Lickert* de 3 tipos de alternativas (1 sí, 2 no y 3 n.s./n.c.) excepto un ítem que es de tipo abierto, cuyos antecedentes se encuentran en el trabajo realizada por Santolaya (1995).

Grado de satisfacción del usuario. [Anexo nº 11]. Con el fin de medir el grado de satisfacción de participar en el estudio se diseñó exproceso este cuestionario para la investigación, está compuesto por 9 ítems que pretenden medir el grado de satisfacción de todos los usuarios (grupo control y experimental), con distintos aspectos del tratamiento grupal. Todos los ítems se contestan con una escala de *Lickert* de 4 grados de intensidad donde 1 nada y 4 mucho.

2.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.5. 1. El procedimiento

En primer lugar se realizó un estudio piloto, con el fin de entrenar a los evaluadores (personal del Centro y cooterapeutas) en la aplicación de los diferentes instrumentos utilizados en las sesiones de intervención, y valorar a su vez el impacto del programa terapéutico en un reducido grupo de usuarios. Dicho estudio se realizó en un Centro de Salud Mental público, distinto de los CEEMs del estudio.

En primer lugar se confirmó que los usuarios tuvieran un diagnóstico de esquizofrenia, a partir de la historia clínica pasada y actual del usuario. De los 116 casos seleccionados inicialmente a través de los centros CEEM y tras un riguroso estudio previo se descartaron 58 usuarios, por criterios diagnósticos (según el DSM-IV-R) y posteriormente se descartaron 9 usuarios por traslado, fallecimiento o deterioro cognitivo (Minitest de Lobo). A continuación se reunió a los usuarios, posibles candidatos a la intervención del estudio. A dichos usuarios se les dio información sobre los objetivos por los que se iba a realizar la investigación. En esta primera sesión informativa se les pidió que quienes quisieran participar en el estudio debían firmar una hoja de consentimiento para participar en el mismo, y seguidamente se procedió a la recogida de datos socioeconómicos.

El estudio consta de tres puntos de observación en el tiempo (línea base, tratamiento y seguimiento). Después de la selección de los usuarios, se obtienen los primeros datos del total de los usuarios mediante las correspondientes pruebas.

Para la asignación de los grupos y con la finalidad de garantizar la homogeneidad de los grupos experimental y control, se controló la variable sexo, asignándose posteriormente de modo aleatorio (Programación básica, con comandos de aleatoriedad RND) los usuarios a cada uno de los grupos antes mencionados, quedando ambos grupos compuestos por la mitad de usuarios. A continuación se aplicó el programa de habilidades sociales a los usuarios del grupo experimental.

2.5.2. La evaluación.

La evaluación de los usuarios se efectuó antes de iniciar el tratamiento (línea base) y al finalizar el tratamiento (28 sesiones) y posteriormente se realiza un seguimiento a los seis meses.

En cada uno de los tiempos se paso a los usuarios el Mini Test Cognitivo de Lobo. MEC para evaluar el deterioro cognitivo.

La evaluación se realizó tras la primera sesión informativa y a continuación se pasó los instrumentos, siempre por el mismo orden.

Dicha evaluación al igual que el programa terapéutico se realiza a los usuarios en el respectivo CEEM donde residen.

La valoración de las HHSS se realiza a través de la *observación directa* de las situaciones de grupo y las escenas de *role-playing* realizadas por los cooterapeutas. Mediante el *diferencial semántico* se evaluó los significados que tiene para el residente los diversos conceptos relacionados con su vida social.

La calidad de vida del usuario tal y como este la percibe con la escala favorable del *Cuestionario Sevilla de calidad de vida* (CSCV). Su estado clínico mediante la *Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica* (BPRS) y la *Escala de Síntomas Negativos* (PAI), mediante el personal cualificado del Centro.

Asimismo se comprobó mediante un cuestionario el grado de satisfacción del usuario y otro sobre la aplicación del programa.

En la Tabla 2. 3 se resumen las variables analizadas, los instrumentos empleados y sus variables.

Tabla 2.3.
Variables e instrumentos utilizados.

VARIBLES	INSTRUMENTOS	VALORACIÓN	OBSERVACIÓN EN EL TIEMPO
DEFICIT COGNITIVO	* Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo MMSE.	La puntuación total oscila entre 0 y 35 puntos, a mayor puntuación menor deterioro cognitivo.	Los tres Tiempos - Línea Base - Postratamiento -Seguimiento
CALIDAD DE VIDA	* ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE SEVILLA	Escala de 1 a 5; a mayor puntuación mayor calidad de vida.	Los tres Tiempos - Línea Base - Postratamiento -Seguimiento
HABILIDADES SOCIALES	* OBSEVACIÓN DIRECTA DEL GRUPO * ESCENAS DEL ROLE- PLAYING	Escalas de 0 a 4; a mayor puntuación mayor habilidad social.	Los tres Tiempos - Línea Base - Postratamiento -Seguimiento
ESTADO CLINICO	- B.P.R.S. - P.A.I.	Escala de 1 a 7; a mayor puntuación mayor gravedad. Escala de 0 a 3; a mayor puntuación mayor gravedad.	Los tres Tiempos - Línea Base - Postratamiento -Seguimiento
EVALUACIÓN DE CONCEPTOS	DIFERENCIAL SEMANTICO	Escala de 1 a 7; a mayor puntuación mejor percepción del concepto	Los tres Tiempos - Línea Base - Postratamiento -Seguimiento
GRADO SATISFACCIÓN	* CUESTIONARIO DEL PROGRAMA * CUESTIONARIO ESPECIFICO	Escala de 1 a 4; a mayor puntuación mayor grado de satisfacción. Codificación: 1=si; 2=no; 3=ns/nc	-Postratamiento al Grupo Experimental -Seguimiento a ambos grupos.

La duración de la investigación, con los tres períodos: el pretest, la aplicación del programa y posterior seguimiento fue de un año. Se dio comienzo en Marzo de 2006 y finalizó en Marzo de 2007.

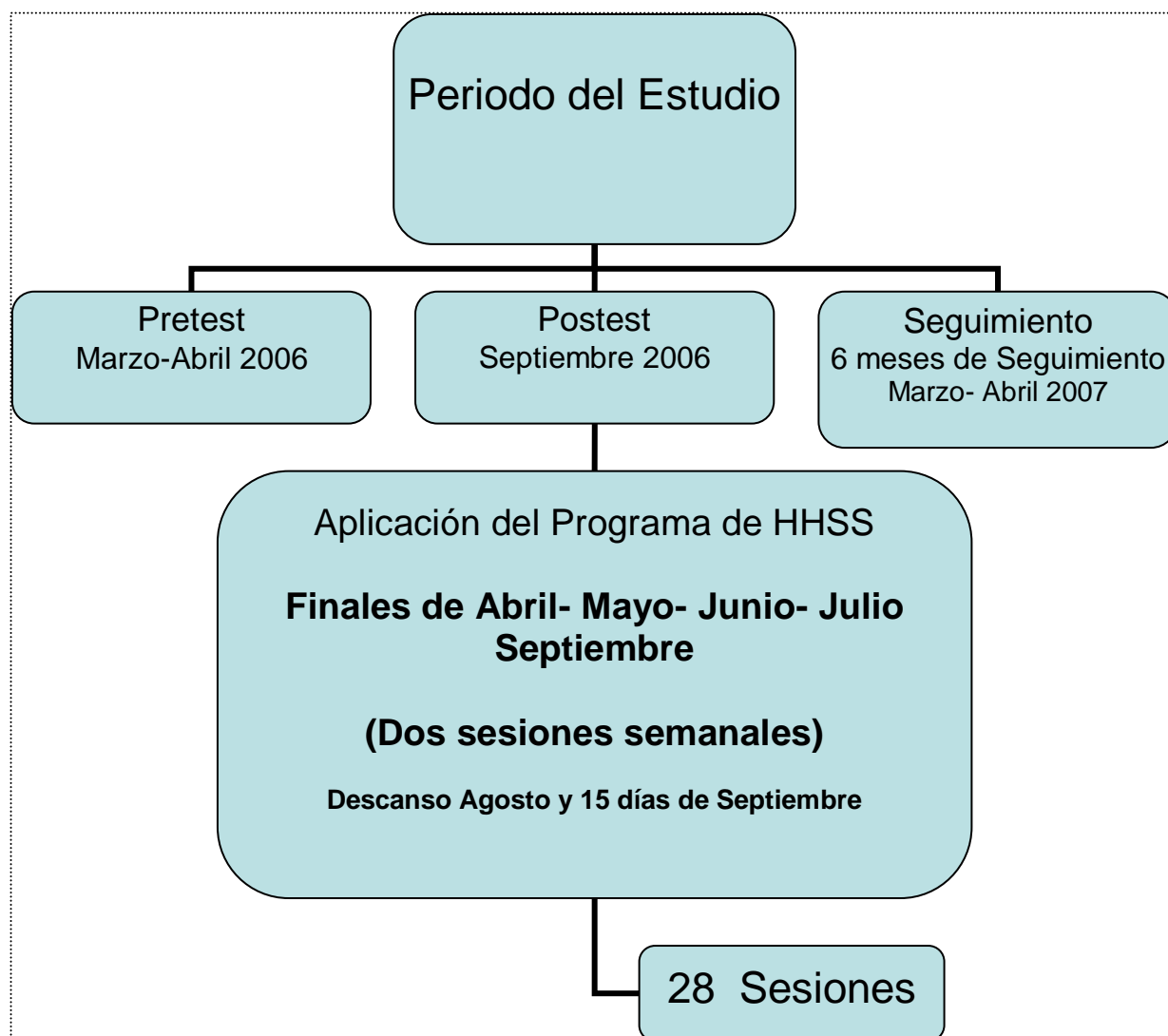


Figura 2. 4. Periodo del estudio de investigación.

En la Figura 2.4. se resumen las fases y pruebas del estudio desde el inicio del estudio de la investigación cuya duración incluye un periodo de tiempo mínimo de un año.

Tabla 2.4.
Inicio del procedimiento y estudio piloto.

Estudio Piloto	PRETEST	POSTEST	SEGUIMIENTO
Enero 2006 Centro de Salud Mental	Línea base Marzo 2006	Aplicación de tratamiento Septiembre 2006	Marzo 2007
Pacientes voluntarios del Centro de Salud Mental.	Usuarios voluntarios para la realización del estudio de investigación.	Usuarios voluntarios de los CEEM, divididos aleatoriamente en grupo control y grupo experimental Aplicación del programa al grupo experimental y pase de la prueba grado de satisfacción del programa	Pase de pruebas a todos los usuarios
Pruebas 1ª Sesión Consentimiento Recog. Datos Test MMSE de Lobo 2ª Sesión Escala Trower Dif. Semántico C.V.C.S. 3ª Sesión Rol-Playing Otra Sesión Escala Overall Escala PAI Esc. Satisfacción	Pruebas 1ª Sesión Consentimiento Recog. Datos Test MMSE de Lobo 2ª Sesión Escala Trower Dif. Semántico C.V.C.S. 3ª Sesión Rol-Playing Otra Sesión Escala Overall Escala PAI	Pruebas Aplicadas 1ª Sesión Recogida de Datos Mini-Mental Cognoscitivo MMSE 2ª Sesión Escala Trower Diferencial Semántico Calidad de Vida C.V.C.S. 3ª Sesión Rol-Playing Otra Sesión Evaluación Psiquiátrica Overall Escala PAI	Pruebas 1ª Sesión Recogida Datos MMSE Lobo 2ª Sesión Escala Trower Dif. Semántico C.V.C.S. 3ª Sesión Rol-Playing Otra Sesión Escala Overall Escala PAI Escalas Satisfacción

2.5.3. Aplicación de las pruebas mes de Marzo 2006

1ª Sesión:

Se reúnen a los Usuarios para hablarles sobre la Investigación que se va a llevar a cabo. A continuación de forma Individual se realiza la primera evaluación del usuario. Se aplican las tres primeras pruebas:

- Hoja de consentimiento.
- Hoja de recogida de datos.
- Examen cognoscitivo Mini-Mental.

Tiempo de duración: 45 minutos.

2ª Sesión:

Se formular tres preguntas.

- Escala de Trower. Observación directa.
 - 5 usuarios en cada grupo.
 - 1º Presentarse. Tras 10 minutos los jueces comienzan a valorar.

Aplicación: Grupal. Reunir a 10 personas

- Evaluación Cognitiva. Diferencial semántico.
- Cuestionario de calidad de vida de Sevilla.

Tiempo de duración: 75 minutos.

Este procedimiento se va repitiendo en función del número de usuarios en cada CEEM.

3ª Sesión:

Ensayo de Conducta. Con 16 escenas.

Aplicación: Individual

- Role-playing (Especifico) “adaptado” al usuario.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Otra sesión:

Aplicación Individual.

- Escala de evaluación psiquiátrica Overall-Gorhan-Rego.
- Examen del estado clínico actual: PAI.

Se realiza de esta forma el procedimiento de los pases: Pretest-post-seguimiento para toda la muestra.

Tiempo necesario para la aplicación: 2 meses. Durante dos días a la semana.

En el posttest al grupo experimental se le paso tras aplicación del programa la escala grado de satisfacción del programa.

Por último en la fase de seguimiento se le aplico a toda la muestra la escala grado de satisfacción del usuario.

2.5.4. Proceso de intervención terapéutica.

En el estudio presente con el grupo experimental se realizó la aplicación del programa de EHS con usuarios esquizofrénicos para validar el programa desarrollado por Santolaya (1995).

Desde el inicio de la investigación, tanto al grupo control como al experimental, se les elimina la asistencia al taller o programa relacionado con habilidades sociales, aplicado en el CEEM.

La intervención terapéutica se realizó indicando a todos los usuarios del grupo experimental, que iban a participar en un tratamiento destinado a la mejora en sus relaciones sociales. Al tiempo que se le practica un EHS, se le introduce en el programa la aplicación de técnicas de autoinstrucción a fin de garantizar la ejecución de las habilidades aprendidas.

La frecuencia de las sesiones fue dos días a la semana y la duración de 1 hora y 30 minutos aproximadamente.

El tiempo de duración de la terapia es de 28 sesiones (2 meses y medio), 24 de las cuales se llevan a cabo de una forma continuada dándose después de 1 mes de descanso otras 4 sesiones de reaprendizaje; realizadas por un psicólogo y dos coterapéutas-psicólogos.

Realización del programa:

Grupo control:

Se le aplican sólo las sesiones de evaluación, continúan con la medicación prescrita y sus actividades diarias en el CEEM.

Grupo experimental

Las sesiones que se emplearon para la valoración se realizan: mediante *observación directa* de las conductas en grupo, se plantean temas generales sobre sus actividades en el centro y se les pedía su opinión respecto a la enfermedad que cada uno padecía.

Tabla 2.5.
Fases del programa de HHSS.

A) FASE EDUCATIVA	Duración: 4 sesiones
B) FASE DE LA TERAPIA	Duración:15 sesiones
C) FASE ADAPTACIÓN SOCIAL ACTIVA	Duración: 9 sesiones

A continuación se explica detalladamente en que consiste el programa y la explicación de cada una de las fases, que se resumen en la Tabla 2.5. y esquematiza en la Figura 2.5. y 2.6.

A) Fase educativa: Se imparte a los usuarios un sencillo programa en el cual se explica las causas, síntomas, tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Se les da información sobre las diferencias que existen a nivel verbal y no verbal entre las respuestas socialmente adecuadas y las inadecuadas. Se les comenta los modos de evaluación para utilizar en grupo y los ensayos de conducta. Mediante preguntas tipo, se comprueba si los usuarios asimilan o no la información. Duración: 4 sesiones.

B) Fase de la terapia: Objetivo principal: lograr eliminar la inhibición conductual de los usuarios a la vez que iniciar una normalización de las relaciones del usuario con su medio social. Se emplea de modo gradual ejercicios básicos que inciden sobre el lenguaje no verbal, los elementos paraverbales y la conducta verbal.

A nivel no verbal: ejercicios de cine mudo, pautas graduales de mirada y/o control de distancia interpersonal.

A nivel paraverbal: imitan voces y aprender a hacer pausas.

A nivel verbal: aprenden a hablar de diferentes temas.

Posteriormente se integran estos ejercicios en diferentes escenas en las cuales el usuario tiene que intervenir.

Se utilizan técnicas conductuales como el modelado, el ensayo de conducta, feedback, el aleccionamiento y la instrucción.

En esta fase se utiliza el comentario verbal y escrito, con el fin de analizar la actuación de los usuarios posteriormente en el grupo. Focalizando la atención en los componentes adecuados de su actuación.

Durante el propio ensayo de conducta se realiza “el juego de la congelación”, en el cual a una indicación del terapeuta los usuarios deben permanecer inmóviles como si estuvieran literalmente congelados. Duración: 15 sesiones.

C) Fase de adaptación social activa: Objetivo principal: conseguir que los usuarios sepan manejar distintas situaciones conflictivas. Se les enseña a reconocer y anticipar respuestas adecuadas, así como evitar situaciones problemáticas. Sobre los problemas cotidianos que tienen en su vida diaria se forman escenas en las cuales se desarrollan nuevas conductas mediante diversas técnicas asertivas e inversión de roles.

Duración: 9 sesiones. Las primeras 5 sesiones se realizan en el propio CEEM, tras un periodo vacacional de un mes, y las 4 restantes se llevan a cabo en el exterior, aprovechando excursiones, para generalizar y consolidar las habilidades aprendidas.

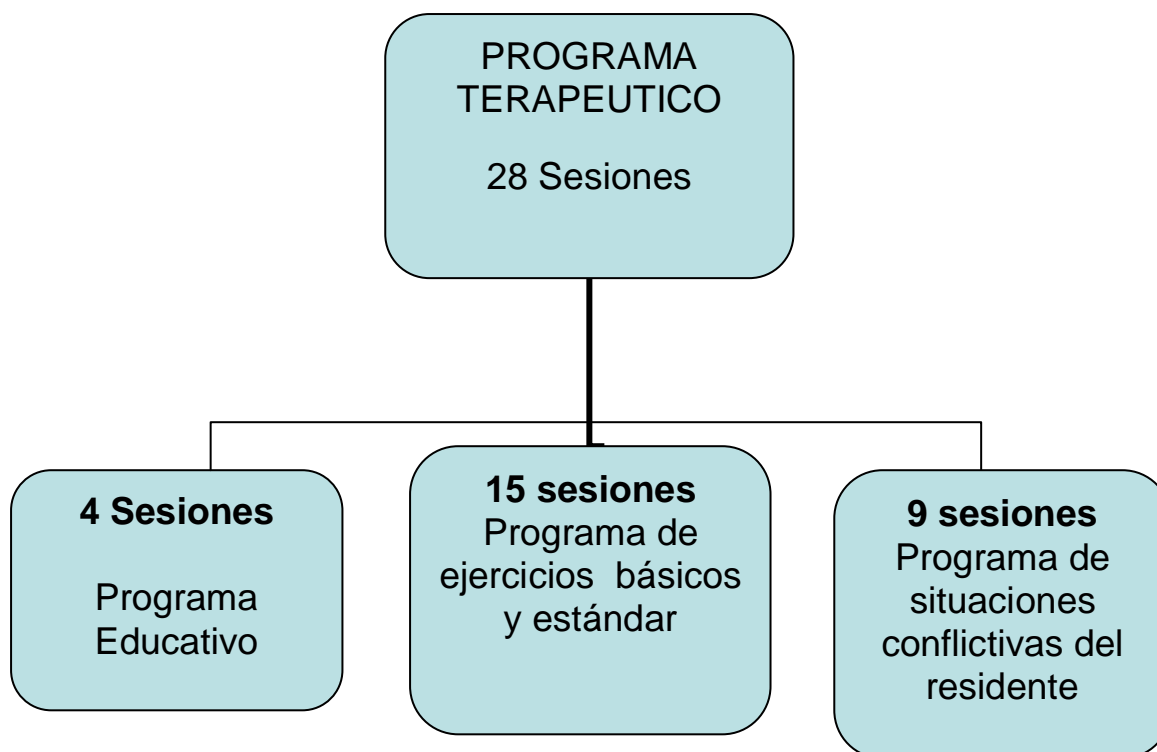


Figura 2. 5. Desarrollo esquemático de las sesiones.

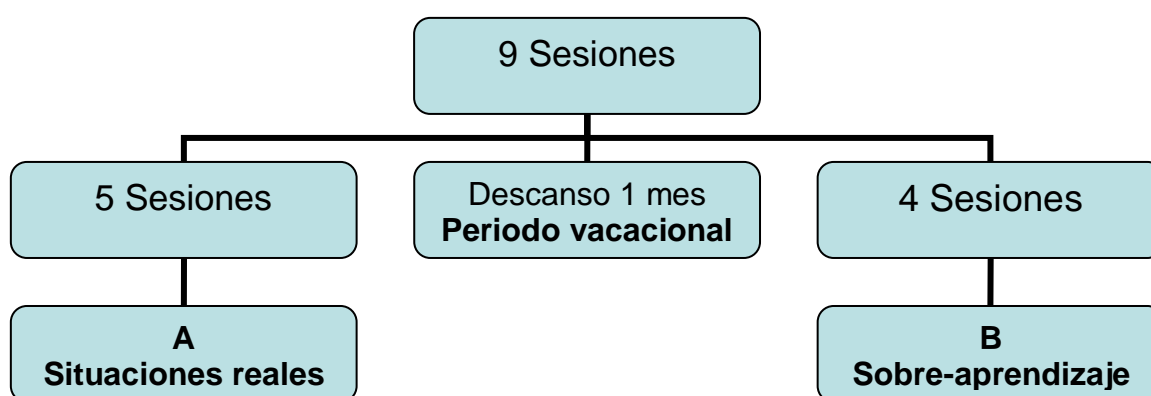


Figura 2.6. Desarrollo esquemático de las sesiones de la fase adaptativa.

2.5.5. Aplicación del Programa

A) Fase educativa.

Esta fase se desarrolla a lo largo de las primeras cuatro sesiones; en ella se desarrolla un programa educativo para lograr por parte del usuario una “comprensión intelectual del problema” que le afecta.

La distribución por sesiones es la siguiente:

1ª sesión:

- Presentación de los terapeutas.
- Explicaciones por parte de los terapeutas del por qué nos hemos reunido, qué vamos a hacer y cómo lo vamos a hacer.
- Presentación de los miembros del equipo.

Posteriormente a esta sesión se mantiene una sesión con los usuarios para explicarles en líneas generales cómo se va a desarrollar el programa y motivarles a que inciten a acudir al mismo.

2ª sesión:

- Se vuelve a realizar la presentación de los terapeutas y miembros del grupo, esta vez de forma más informal.
- Se inicia el proceso de comprensión intelectual del problema explicando el nombre de la enfermedad, los síntomas y características de la misma.

Las nociones sobre la enfermedad que padecen se presentan de forma abierta, mediante diálogo y preguntas-tipo, intentando fomentar la interacción del grupo y la motivación del usuario en el aprendizaje; para ello los terapeutas reforzaban siempre tanto mediante lenguaje verbal como no verbal, cualquier intervención adecuada de los usuarios en el grupo.

3ª sesión:

- Se inicia la sesión comentando posibles incidencias de la semana y recordándoles nociones de la sesión anterior.
- Se les da nuevas nociones sobre la enfermedad (comprensión intelectual del problema); explicándoles las causas, tratamiento y pronóstico de la esquizofrenia

Al hablar de las causas y pronóstico se utiliza el enfoque teórico de la diátesis-estrés, con ejemplos claros resaltando la importancia de la medicación para reducir la vulnerabilidad y la asistencia al grupo para controlar el estrés. Se plantean de modo específico los efectos secundarios de la medicación neuroléptica y los efectos de fumar porros, marihuana y diversos tóxicos (café, alcohol, tabaco, etc.)

Durante esta sesión se realiza la evaluación mediante observación directa.

4ª sesión:

- Se realiza un recordatorio de lo hablado en las sesiones anteriores y se dan nociones sobre el lenguaje verbal y no verbal.

A partir de esta sesión, los terapeutas se reúnen siempre tras la sesión terapéutica para en base a lo observado durante la sesión diseñar los ejercicios de la sesión siguiente en cuanto a intensidad, tipo y número de ejercicios.

Asimismo a partir de esta sesión y hasta el final del programa, siempre se dedican los primeros quince minutos de cada sesión a comentar las incidencias de la semana, a revisar la ingesta adecuada de la medicación y a que aprendan a valorar los primeros síntomas de una nueva agudización de la enfermedad.

B) Fase de EHS básicas.

Esta segunda fase se desarrolla a lo largo de quince sesiones y su objetivo principal es reducir los elementos conductuales deficitarios de los usuarios tanto a nivel verbal como no verbal, eliminar su inhibición conductual, e iniciar la normalización de las relaciones del usuario con su medio social. En esta fase se pueden distinguir dos niveles, en el primero se utilizan ejercicios básicos para normalizar los elementos conductuales, en el segundo nivel se utilizan escenas estándar para desarrollar las habilidades sociales propiamente dichas.

La distribución por sesiones es la siguiente:

5ª sesión:

- Se inicia recordando la importancia del lenguaje no verbal en las relaciones con los otros, para a continuación ir explicando los ejercicios que se van a realizar y que son previamente realizados por los terapeutas.

Los ejercicios en esta sesión se realizan estando los usuarios sentados en su sitio y dependiendo del nivel de ansiedad que los produce, en posteriores sesiones se realizan de pie, a distintas distancias de sus respectivas parejas, y en subgrupos.

Los ejercicios básicos desarrollados fueron:

- 1- Pauta gradual de mirada (15')
- 2- Mirar fijamente a los ojos del otro (20')
- 3- Seguir con la mirada a quien habla (40')
- 4- Aumentar y disminuir gradualmente el volumen de voz, con palabras específicas
- 5- Modular el volumen de voz según la distancia del que escucha (p.e. alejarse y que lo oigan sin gritar)
- 6- Un usuario pregunta y otro contesta

- 7- Hablar mirando a los ojos del otro e intercambiar información.
- 8- Hablar de un tema (coches, deportes, etc.),
- 9- Uno habla 1 minuto y otro usuario resume lo dicho.
- 10-Expresar emociones y sentimientos sin hablar; el terapeuta da una tarjeta común tipo de emoción escrita que el usuario tiene que expresar (ira, temor, etc.).
- 11-Hacer ejercicios de mimo (p.e.: comer, leer, decir el título de una película).
- 12-Intentar vender algo (1 minuto) gesticulando de modo excesivo.
- 13-Decir cinco cosas agradables de un miembro del grupo.

6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª y 11ª sesión:

Se repiten los ejercicios de la sesión anterior las veces necesarias hasta que todos los usuarios aprenden los componentes básicos para poder interactuar adecuadamente en una situación social.

Asimismo, a partir de la 11ª sesión, en todas las sesiones posteriores se dedican diez minutos para ir repitiendo aquellos ejercicios que más difíciles les resulten a los usuarios, introduciendo nuevos ejercicios (p.e.: realizar un grupo de movimientos como si se fuera una ameba) dirigidos a perder el miedo al contacto físico, y a mejorar los componentes básicos de las conductas sociales de los usuarios.

El ambiente que se creó en las sesiones fue un ambiente cálido, evitando las críticas frente actuaciones erróneas y aumentando el refuerzo por parte del grupo de aquellas conductas más adecuadas a la situación.

12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª y 19ª sesión:

- Se introducen escenas estándar para integrar los ejercicios anteriormente trabajados.
- Se les introduce en el comentario de mejora escénica

A partir de esta sesión, de un modo gradual se va elevando el nivel de exigencia, en cuanto a las situaciones que los usuarios tienen que desarrollar, pero dicho nivel de exigencia es diferente según sea la evaluación del usuario.

Estas escenas estándar se van desarrollando a lo largo de las sesiones, induciendo al usuario a integrar la conducta no verbal (sonrisa) con el lenguaje de dichas escenas. Es por ello que en este momento se les prescribe la realización de “tareas para casa” (preparación de un tema para hablar, salir en grupo entre semana, etc.) como medida que posteriormente ayudará a la generalización de las habilidades sociales anteriormente aprendidas.

Las escenas estándar, versan sobre situaciones tales como mantener una conversación intrascendente, pedir información, integrarse en grupos, conseguir citas, expresar y aceptar críticas. Algunos ejemplos de estas situaciones se contemplan a continuación.

+ Comunicación intrascendente

Estando en casa comiendo, dan una noticia interesante por televisión y la comentas con tu madre.

Variaciones: padre, hermanos, periódicos, en un quiosco, etc.

+ Pedir información

Estando en la calle, se te acerca un hombre preguntando una dirección que conoces.

Variaciones: se te acerca una mujer, pides tú la información, en centros oficiales, en el club de excursionistas de valencia, en el corte inglés, etc.

+ Expresar emociones

Estando en casa con tu madre, le cuentas que estas preocupado por tu enfermedad.
Variaciones: saludar efusivamente a un conocido en un bar, expresar tu interés a una chica, etc.

+ Hacer cumplidos

Estando con tus amigos, te dan un regalo el día de tu cumpleaños y tú lo agradeces.
Variaciones: entregar tu un regalo, le dices un piropo a una chica, respondes a un halago de un familiar, etc.

+ Integrarse en grupos

Al entrar en un bar, te encuentras a dos amigos hablando animadamente.
Variaciones: no te hacen mucho caso, son dos chicas, están en una fiesta, etc.

+ Aceptación de críticas

Quedas con unos amigos en un bar y llegas con media hora de retraso.
Variaciones: tu madre te critica cómo vistes, un amigo hace un comentario desagradable sobre ti, etc.

+ Defensa de las opiniones y deseos

Tu madre no quiere que salgas con tus amigos, por si caes enfermo.
Variaciones: tu madre se pone triste si sales, un amigo dice lo contrario de lo que piensas, no deseas realizar un favor, etc.

Durante estas sesiones los propios usuarios observan las escenas de la sesión, que después se analizan conjuntamente, focalizando su atención en lo que puedan mejorar y realizando ensayos de conducta en los cuales se “congela la acción”.

A partir de la 19ª sesión y hasta el final del programa siempre se dedican quince minutos para repetir algunas escenas de tipo estándar, el número de repeticiones de las escenas así como la intensidad de la respuesta que tiene que dar el usuario, se modula de acuerdo al estado del mismo y del contexto social que lo rodea; los tipos de situaciones se van seleccionando a través de la información que da el propio usuario sobre su actividad diaria durante las sesiones (incidencias de la semana).

C) Fase de manejo situacional o de “adaptación social activa”.

Se desarrolla a lo largo de 9 sesiones y se intenta conseguir que el usuario sepa manejar distintas situaciones conflictivas. Dichas situaciones las aporta el usuario y hacen referencia a su vida cotidiana.

La distribución por sesiones es la siguiente:

20ª, 21ª, 22ª, 23ª y 24ª sesión:

- Se producen situaciones conflictivas de los usuarios.
- Se explican técnicas específicas para manejar dichas situaciones.
- Se practican las escenas en el grupo.
- Se pide a los usuarios que realicen “tareas para casa” y que aporten registros de las situaciones conflictivas que les ocurran.

Durante la ejecución de las situaciones el terapeuta o un usuario del grupo modela la actuación, actuando posteriormente el usuario afectado por dicha situación el cual es reforzado de modo global por la actuación y específicamente por el uso de las técnicas para manejar dicha situación.

El desarrollo de estas escenas viene a durar aproximadamente unos 35-40 minutos y todos los usuarios por parejas o subgrupos ejercitan la situación planteada. En la última sesión los últimos quince minutos se utilizan para informar a los usuarios del

periodo de descanso (se hace coincidir con las vacaciones de verano) y al igual que en las otras sesiones para encomendar “tareas para casa”.

25ª, 26ª, 27ª y 28ª sesión:

- Se inicia la sesión comentando las incidencias después de vacaciones y comprobando el estado mental de los usuarios y el cumplimiento de las tareas asignadas.
- Se realizan ejercicios básicos de precalentamiento y algunas escenas estándar.
- Se realiza el entrenamiento en manejo de situaciones conflictivas.
- Se termina la sesión en la calle, invitando a los usuarios a “tomar algo en un bar”.

Durante estas sesiones se reduce el tiempo que se utiliza en los ejercicios básicos y escenas estándar, y en cambio, se aumenta la salida a lugares públicos, habiéndose puesto anteriormente el equipo terapéutico de acuerdo con los dueños de varios bares, videos recreativos y tiendas, para informarles y pedirles permiso para realizar los ejercicios con los usuarios.

Después de la 28ª sesión se mantiene una reunión con los usuarios para indicarles la finalización del tratamiento, ver cómo lo valoran a través de la escala de satisfacción del usuario.

En las Figuras 2.7 y 2.8. y en las Tablas 2.6, 2.7 y 2.8 puede verse el desarrollo esquemático de las sesiones, el desarrollo del programa y los métodos y técnicas de tratamiento empleados.

ESQUEMA LONGITUDINAL DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO

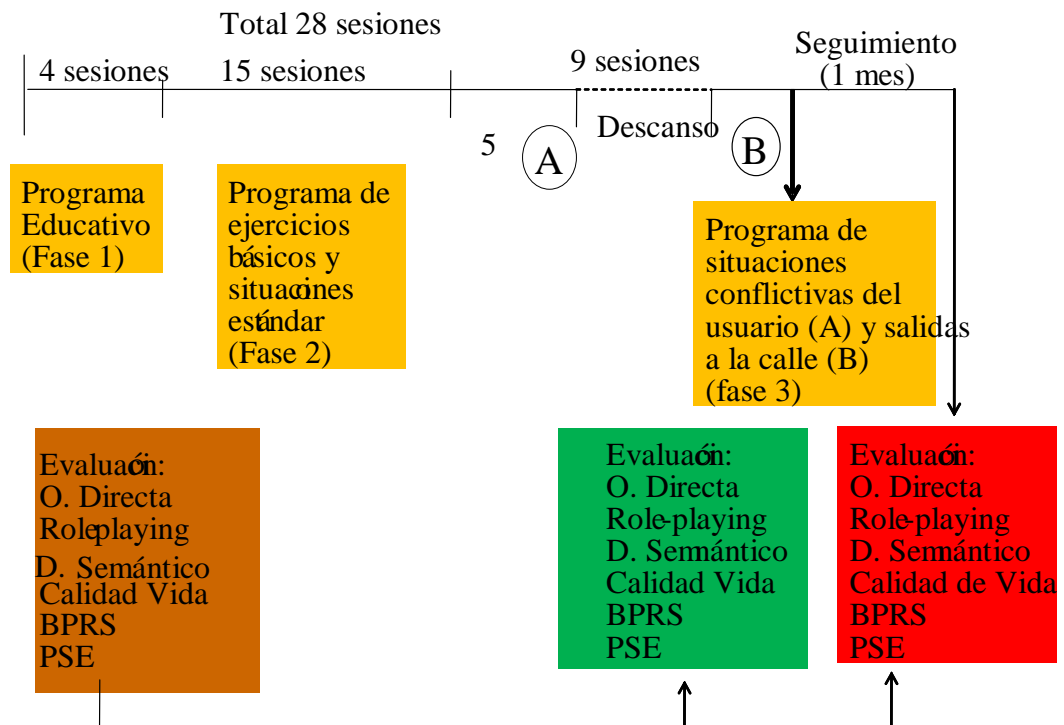


Figura 2. 7. Esquema longitudinal del programa terapéutico de HHSS, Santolaya (1995).

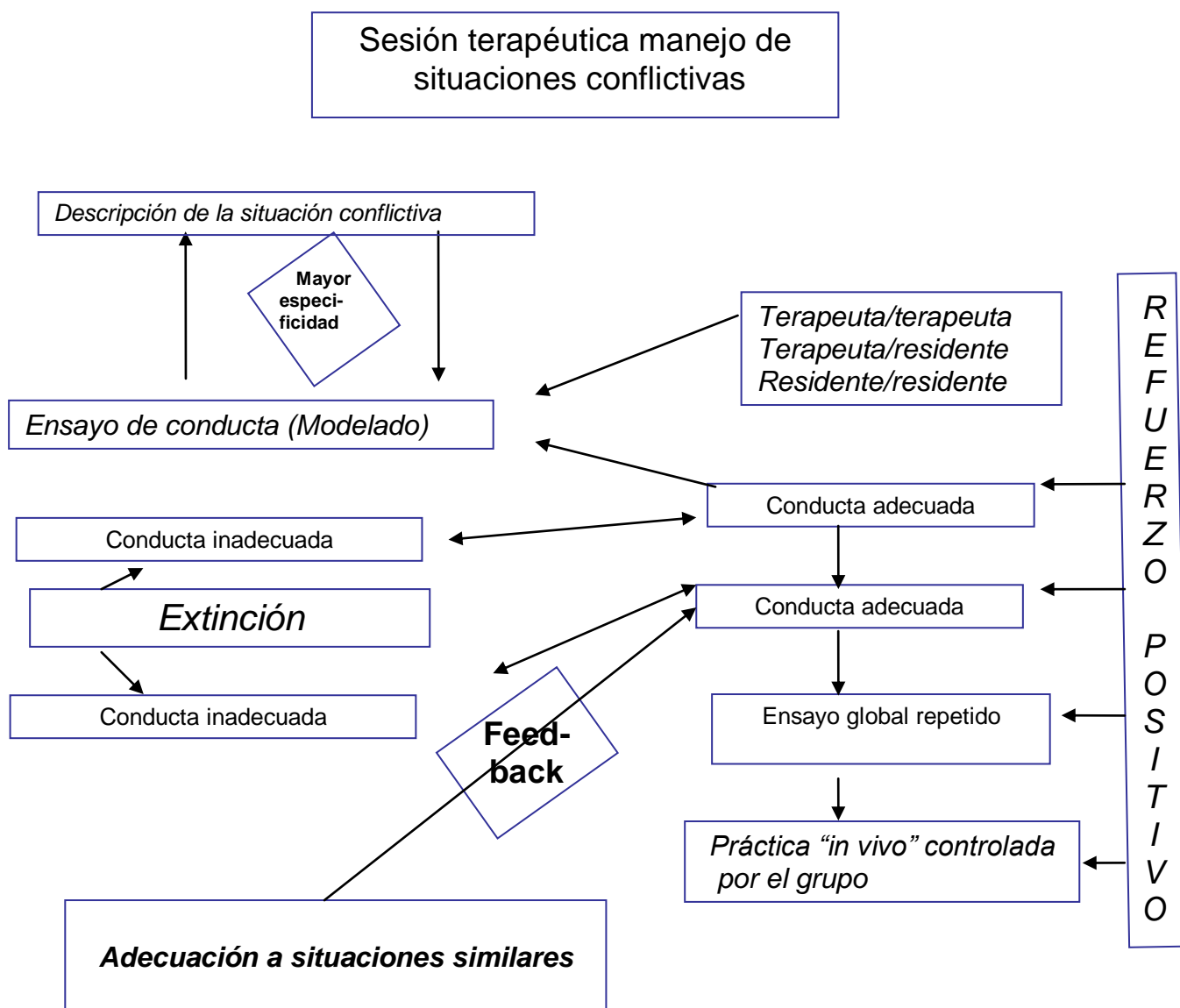


Figura 2.8. Esquema de una sesión terapéutica. Santolaya (1995).

Tabla 2.6.

Listado de técnicas conductuales usadas en las sesiones terapéuticas, Santolaya (1995).

1. Instrucción y aleccionamiento.
2. Modelado.
3. Ensayo de conducta
4. Feed-back
5. Refuerzo positivo
6. Prescripción de tareas y autoregistro
7. Extinción

Tabla 2.7.

Listado de acciones encaminadas a conseguir la generalización, Santolaya (1995).

1. Refuerzo de las conductas pertinentes a la situación, utilizando primero un refuerzo de tipo sistemático y luego de modo intermitente.
2. Se practicaban diversas situaciones relativas a un mismo tema, produciendo variaciones en el tipo de respuesta del contrario, género y contexto.
3. Se utilizan técnicas de autoinstrucción.
4. Se realizan prácticas "in vivo" (autobuses, bares, tiendas...)
5. Se programan refuerzos ambientales en lugares públicos (bares, kiosco, vídeo...)
6. Se prescriben "tareas para casa" (salidas en grupo, autoregistro)
7. Se realiza un sobreaprendizaje, tras un tiempo de latencia de un mes.
8. Se trabajan específicamente situaciones conflictivas de todos los usuarios del grupo.

Tabla 2.8.

Listado de autoverbalizaciones, Santolaya (1995).

1. Autoverbalizaciones para lograr el control de la situación (se realizan antes de ejecutarla).
 - Tengo que estar tranquilo, yo puedo.
 - Ya lo he hecho antes y bien.
 - Todos me apoyan.
 - No pasa nada si sale mal.
 - Puedo repetirlo, estoy aquí para aprender.

2. Autoverbalizaciones dirigidas a potenciar el autoreforzo (tras la ejecución de la tarea).
 - Bien, lo he conseguido.
 - Soy el mejor.
 - La próxima vez todavía mejor.
 - He aguantado bien, puedo con ello.
 - No importa, tampoco es tan importante.

2.6. DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO.

2.6.1. Análisis descriptivo de la muestra: Variables socio-demográficas

Como se ha visto anteriormente en el apartado de la descripción de los instrumentos, las variables sociodemográficas elegidas a las que se hace referencia en estos momentos, han quedado establecidas en el paquete de cuestionarios, aplicándose a la totalidad de la muestra.

La muestra se obtuvo de tres diferentes CEEMs (Tabla 2.9), aunque debido al traslado de algunos usuarios, el tratamiento y el seguimiento se realizaron en distintos CEEMs. La distribución de los grupos control y experimental quedó de la siguiente manera:

- CEEM 1 participaron un total de 20 usuarios, todos hombres:
 Grupo control formado por 10 usuarios.
 Grupo experimental formado por 10 usuarios.
- CEEM 2 participaron un total de 15 usuarios, con 12 hombres y 3 mujeres:
 Grupo control formado por 8 usuarios 7 hombres y 1 mujer.
 Grupo experimental formado por 7 usuarios 5 hombres y 2 mujeres.
- CEEM 3 participaron un total 14 usuarios, 10 hombres y 4 mujeres:
 Grupo control formado por 6 usuarios, 4 hombres y 2 mujeres.
 Grupo experimental formado por 8 usuarios, 6 hombres y 2 mujeres.

Tabla 2.9. Línea base del grupo control y experimental.

			Grupo		Total
			Control	Experimental	
CEEM Línea Base	Camp Turia	Recuento	10	10	20
		% del total	20,4%	20,4%	40,8%
	Roger Lauria	Recuento	8	7	15
		% del total	16,3%	14,3%	30,6%
	La Torre	Recuento	6	8	14
		% del total	12,2%	16,3%	28,6%
Total	Recuento	24	25	49	
	% del total	49,0%	51,0%	100,0%	

A continuación en la Tabla 2.10 se resumen todas las variables sociodemográficas (administrativas, laborales, familiar y psicosociales) recogidas.

Tabla 2.10.

Resumen de las variables sociodemográficas del grupo experimental y control.

VARIABLE	CATEGORIAS	T O T A L	GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
			LB- Seg.	Post- Seg.	Seg.	LB- Seg.	PT- Seg.	Seg.
CEEM	1. Camp Turia	20	10	8	5	10	10	8
	2. Roger Lauria	15	7	7	7	8	8	7
	3. La Torre	14	8	6	5	6	5	4
	4. Ciudad Jardín.			2	4			3
	5. Xàbea			2	2		1	1
	6. Alta				2			
	7. Muerte							1
				25	25	25	24	24
TIEMPO DE INGRESO EN EL CEEM	1. De 1 a 3 años	26		12			14	
	2. De 3 a 6 años	15		8			7	
	3. De 6 a 8 años	8		5			3	
SEXO	1. Varón	42		21			21	
	2. Mujer	5		4			3	
EDAD	Media (Desviación)	40,4		40,9			39,9	
PERIODO ESTACIONAL DE NACIMIENTO	1. Primavera (A-M-J)	9		7			2	
	2. Verano (Jul-Ago-Sep)	13		8			5	
	3. Otoño (O-N-D)	11		5			6	
	4. Invierno (E-F-M)	16		5			11	
NÚMERO DE HERMANOS	1. Hijo único	8		6			2	
	2. Dos hermanos	4		1			3	
	3. Tres hermanos	16		6			10	
	4. Cuatro hermano	7		4			3	
	5. Cinco hermanos	3		2			1	
	6. Seis hermanos	3		3			0	
	7. Siete hermanos	3		3			0	
	8. Ocho hermanos	3		0			3	
	9. Nueve hermano	1		0			1	
	10. Diez hermanos	1		0			1	

Tabla 2.10.
Resumen de las variables sociodemográficas del G.E. y G.C. (continuación).

VARIABLE	CATEGORIAS	T O T A L	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
ESTADO CIVIL	1. Pareja 2. No pareja	7 42	6 19	1 23
FAMILIA DE PROCEDENCIA	1. F. no numerosa (1-2 hijos) 2. F. numerosa (3-4 hermanos) 3. F. numerosa (5 ó + hermanos)	12 23 14	5 13 6	7 10 8
NIVEL CULTURAL	1. Bajo 2. Medio 3. Alto	13 31 5	6 14 4	7 17 1
ESTILO EDUCATIVO	1. Autoritario 2. Permisivo 3. Democrático 4. No consta	6 14 7 22	4 7 5 9	2 7 2 13
NIVEL ESTUDIOS	1. Sin finalizar 2. Estudios Primarios 3. ESO, FP1 4. Bachiller, FP2 5. Diplomatura 6. Licenciatura	5 19 12 7 5 1	3 7 7 4 3 1	2 12 5 3 2 0
SITUACION LABORAL ANTERIO AL INGRESO	1. Si trabajo 2. No trabajo 3. No consta	30 5 14	16 1 18	14 4 6
AÑOS TRABAJADOS	1. 1/2-3 años 2. 3-6 años 3. 6-12 años 4. 12-20 años 5. No consta	13 13 6 6 11	6 8 3 5 3	7 5 3 1 8

Tabla 2.10.
Resumen de las variables sociodemográficas del G. E. y G.C. (continuación).

VARIABLE	CATEGORIAS	T O T A L	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
SITUACION LABORAL ADMINISTRATIVA	1. Incapacitado	34	17	17
	2. No incapacitado	3	2	1
	3. En proceso	2	1	1
	4. No consta	10	4	6
GRADO DE MINUSVALÍA	1. 40-62	3	1	2
	2. 65-70	27	15	12
	3. 75-80	7	2	5
	4. No consta	12	6	6
TUTELA	1. Padres/Familiar	14	7	7
	2. Consellería	20	10	10
	3. En tramite	2	1	1
	4. No consta	13	6	7
VISITAS FAMILIARES	1. Si	31	19	12
	2. No	18	6	12
FRECUENCIA DE VISITAS FAMILIARES	1. Semanales	15	10	5
	2. Quincenales	3	3	0
	3. Mensuales	14	7	7
	4. No consta	17	5	12
FRECUENCIA DE LLAMADAS FAMILIARES	1. Diarias	3	2	1
	2. Semanales	10	8	2
	3. Quincenales	4	2	2
	4. Mensuales	12	7	5
	5. No consta	20	6	14
PERMISOS DE SALIDAS	1. SI	16	10	6
	2. No	26	12	14
	3. No consta	7	3	4

Tabla 2.10
Resumen de las variables sociodemográficas del G.E. y G.C. (continuación).

VARIABLE	CATEGORIAS	T O T A L	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
SITUACIÓN PERSONAL	1. Divorciado sin hijos	1	0	1
	2. Divorciado con hijos	2	1	1
	3. Abusos infancia	1	1	0
	4. Abandonado por padres	1	1	0
	5. Sin relación familiar	6	2	4
	6. Criado abuelos	3	1	2
	7. Escasa afectividad familiar	5	4	1
	8. Obligado a la prostitución	1	0	1
	9. Familia con trast. psicótico	4	0	4
	10. Indigente	2	1	1
	11. No consta	23	14	9
SITUACIÓN MADRE	1. Fallecimiento en adolescencia	3	0	3
	2. Sobrecarga familiar	2	1	1
	3. M. mayor	9	5	4
	4. Huérfano madre	10	4	6
	5. M. enferma	5	4	1
	6. M. enf. mental	4	2	2
	7. M. separada	4	2	2
	8. M. adoptiva	1	0	1
	9. M. autoritaria	1	0	1
	10. No consta	10	6	4
SITUACIÓN PADRE	1. Fallecimiento en adolescencia	4	2	2
	2. Sobrecarga familiar	1	1	0
	3. Padre mayor	7	3	4
	4. Huérfano P.	10	5	5
	5. P. enf. mental	2	2	0
	6. P. separado	3	1	2
	7. P. adoptivo	1	1	0
	8. P. desconocido	1	0	1
	9. P. autoritario	1	1	0
	10. No consta	19	9	10

Tabla 2.10
Resumen de las variables sociodemográficas del G.E. y G.C. (continuación).

VARIABLE	CATEGORIAS	T O T A L	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD	1.Preadolescencia 10-13	4	1	3
	2. Adolescencia 14-17	20	12	8
	3.E. adulto-joven 18-21	10	5	5
	4. Etapa adulta 22	10	5	5
	5. No se sabe	5	2	3
INICIO ENFERMEDAD	1. Brusco	10	5	5
	2. Insidioso	25	15	10
	3. No se sabe	14	5	9
EDAD DE INICIO DEL TABACO	1.Preadolescencia 8-13	5	1	4
	2. Adolescencia 14-17	24	15	9
	3.E. adulto-joven 18-21	4	3	1
	4. No consta	16	6	10
FRECUENCIA CONSUMO TABACO	1. Habitual	44	22	22
	2. Esporádica	2	2	0
	3. No consta	3	1	2
EDAD DE INICIO DEL ALCOHOL	1. Preadolescencia 12-14	5	2	3
	2. Adolescencia 15-17	15	9	6
	3. E. adulto-joven 18-21	6	5	1
	4. No consta	23	16	10
CONSUMO ALCOHOL	1. Si	29	17	12
	2. No	14	7	10
	3. No consta	4	1	2

Tabla 2.10
Resumen de las variables sociodemográficas del G.E. y G.C. (continuación).

VARIABLE	CATEGORIAS	T O T A L	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
EDAD DE INICIO DROGAS	1. Preadolescencia 12-14	6	2	4
	2. Adolescencia 15-17	15	9	6
	3. E. adulto- joven 18-21	5	5	0
	4. Etapa adulta 22	1	0	1
	5. No consta	22	9	13
CONSUMO ANTERIOR DE COCAÍNA	1. Si	20	11	9
	2. No	18	9	9
	3. No consta	11	5	6
CONSUMO ANTERIOR DE CANNABIS	1. Si	24	13	11
	2. No	13	7	6
	3. No consta	12	5	7
CONSUMO ANTERIOR DE OPIÁCEOS	1. Si	15	7	8
	2. No	22	13	9
	3. No consta	12	5	7
CONSUMO ANTERIOR DE OTRAS DROGAS	1. Si	11	5	6
	2. No	25	15	10
	3. No consta	13	5	8
FRECUENCIA CONSUMO DROGAS	1. Habitual	31	16	15
	2. Esporádica	14	7	7
	3. No consta	4	2	2
HISTORIA DEL CONSUMO DE DROGAS	1.Si	31	16	15
	2. No	14	7	7
	3. No consta	4	2	2
HISTORIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL	1. Si	29	17	12
	2. No	17	7	10
	3. No consta	3	1	2
ANTECEDENTES FAMILIARES DEPRESIÓN	1. Si	6	2	4
	2. No	21	12	9
	3. No consta	22	11	11

Tabla 2.10.
Resumen de las variables sociodemográficas del G.E. y G.C. (continuación).

VARIABLE	CATEGORIAS	T O T A L	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
ANTECEDENTES FAMILIARES T. BIPOLAR	1. Si	27	14	13
	2. No	22	12	11
ANTECEDENTES FAMILIARES T. PERSONALIDAD	1. Si	2	1	1
	2. No	26	14	12
	3. No consta	21	10	11
ANTECEDENTES FAMILIARES T. PSICOTICOS	1. Si	12	3	9
	2. No	17	12	5
	3. No consta	20	10	10
ANTECEDENTES FAMILIARES DE ALCOHOL/DROGAS	1. Si	3	2	1
	2. No	22	12	10
	3. No consta	24	11	13
DIAGNOSTICO ANTERIOR DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	1. Si	25	14	11
	2. No	24	11	3
D. ANTERIOR ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	1. Si	2	1	1
	2. No	47	24	23
D. ANTERIOR ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA	1. Si	3	2	1
	2. No	46	23	23
D. ANTERIOR T. BIPOLAR	1. Si	4	1	3
	2. No	45	24	21
D. ANTERIOR T. DEPRESIÓN	1. Si	8	3	5
	2. No	41	22	19

Tabla 2.10.
Resumen de las variables sociodemográficas del G.E. y G.C. (continuación).

VARIABLE	CATEGORIAS	T O T A L	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
D. ANTERIOR T. PERSONALIDAD	1. Si 2. No	4 45	1 24	3 21
D. ANTERIOR SIDA	1. Si 2. No	4 45	2 23	2 22
D. ANTERIOR HEPATITIS	1. Si 2. No	10 39	6 19	4 20
DIAGNOSTICO ACTUAL				
ESQUIZOFRENIA	PARANOIDE	28	14	14
ESQUIZOFRENIA	RESIDUAL	14	7	7
ESQUIZOFRENIA	DESORGANIZADA	6	4	2
ESQUIZOFRENIA	INDIFERENCIADA	1	0	1
HOSPITALIZACIÓN EN LA LÍNEA BASE	1. Nº de veces 0 2. De 1 a 3 veces 3. De 4 a 8 veces 4. De 10 a 15 5. No se sabe	5 19 17 3 5	5 6 7 2 5	0 13 10 1 0
AUTOLISIS EN LA LINEA BASE	1. Si 2. No 3. No se sabe	10 27 12	5 11 9	5 16 3
PSICOTERAPIA EN LA LINEA BASE	1. Si 2. No 3. No se sabe	16 19 14	8 8 9	8 11 5
TEC EN LA LINEA BASE	1. Si 2. No 3. No se sabe	4 34 11	1 14 10	3 20 1

Tabla 2.10.
Resumen de las variables sociodemográficas del G.E. y G.C. (continuación).

VARIABLE	CATEGORIAS	T O T A L	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
RECIDIVAS EN LA LINEA BASE	1. Nº de veces 0	2	2	0
	2. De 1 a 3 veces	11	7	4
	3. De 4 a 8 veces	25	9	16
	4. De 10 a 15	6	2	4
	5. No se sabe	2	2	0
RECIDIVAS EN EL TRATAMIENTO	1. Si	43	23	20
	2. No	6	2	4
HOSPITALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO	1. No	49	25	24
TEC EN EL TRATAMIENTO	1. No	49	25	24
RECIDIVAS EN EL SEGUIMIENTO	1. Nº de veces	40	24	16
	2. Un ingreso	9	1	8
HOSPITALIZACIÓN EN EL SEGUIMIENTO	1. No	49	25	24
PSICOTERAPIA EN EL SEGUIMIENTO	1. Si	48	24	24
	2. No	1	1	
TEC EN EL SEGUIMIENTO	1. No	49	25	24
MEDICACIÓN		49	LBase Post Seg 330 264,5 222	LBas Post Seg 410,5 412,5 416,5

2.6.2. Datos Generales

La muestra total esta formada por 49 usuarios de los cuales 42 (85,7%) son hombres y 7 (14,3%) mujeres.

Los grupos que formaron parte del estudio fueron (Tabla 2.11.):

1. Grupo control con un total de 24 usuarios con 21 hombres y 3 mujeres.
2. Grupo experimental con un total de 25 usuarios con 21 hombres y 4 mujeres.

Tabla 2.11.
Distribución por sexo en grupo control y experimental.

Sexo		Control	Experimental	Total
Hombre		21	21	42
Recuento %		42,9 %	42,9 %	85,7 %
Mujer		3	4	7
Recuento %		6,1 %	8,2 %	14,3 %
Total	%	24 49,0 %	25 51 %	49 100,0 %

En cuanto a la edad, la muestra total de los usuarios tiene una edad que oscila entre los 20 a 56 años. Con un promedio de 40,4 y una desviación de 8,56. El grupo control esta formado por usuarios con edad comprendida entre de 27 a 56, con una media de 39,9 años y una desviación típica de 7,70. El grupo experimental esta formado por usuarios con edad comprendida entre de 20 a 56 años, con una media de 40,9 y una desviación típica de 9,54.

Un dato que parece interesante recoger fue la estación del año de nacimiento (Figura 2.9 y 2.10). Respecto al total de la muestra, 9 usuarios nacieron en primavera (18,8%), 13 usuarios nacieron en verano (27,1%), 11 usuarios nacieron en otoño (22,9%) y 15 usuarios nacieron en invierno (31,3%). Se observa un mayor número de usuarios nacidos en invierno, siendo el mes mas repetido el de Enero,

seguidos de los nacidos en verano. Esto coincide con otros estudios que señalan el nacimiento en invierno como factor de riesgo.

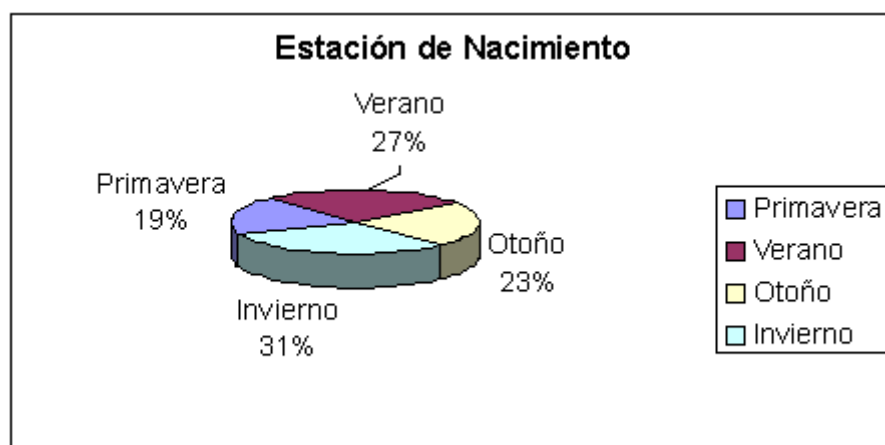


Figura 2.9. Distribución de la muestra según la estación del año.

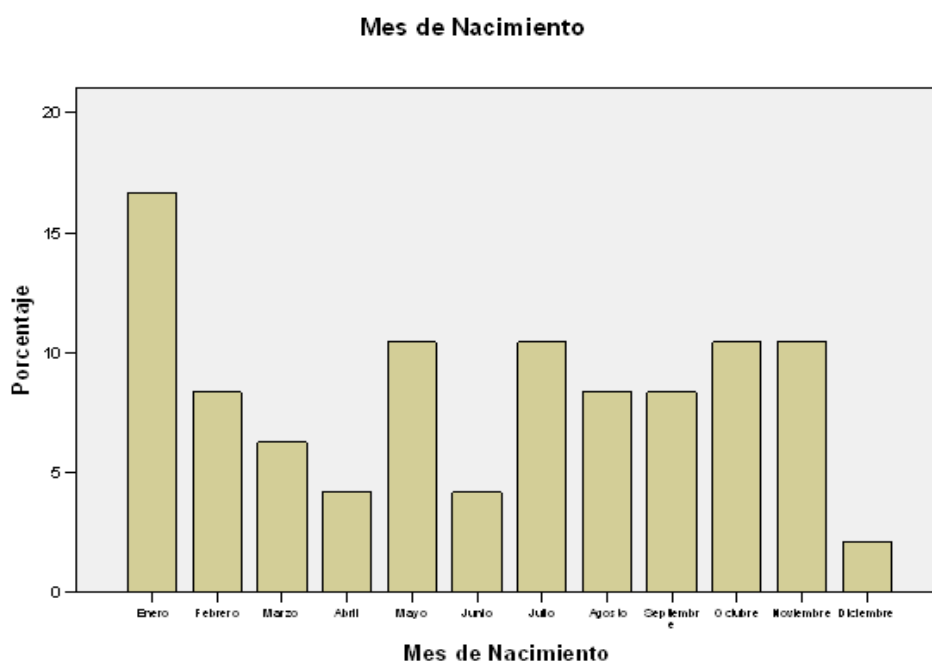


Figura 2.10. Distribución de la muestra según el mes de nacimiento.

Respecto al número de hermanos y al lugar que ocupan (Figura 2.11.) se observa que del total de la muestra, 8 usuarios tenían 1 hermano o eran hijos únicos (16,7%), 3 usuarios tenían 2 hermanos (6,5%), 16 usuarios tenían 3 hermanos (33,3%), 7 usuarios tenían 4 hermanos (14,6) y el resto de la muestra estaba entre 5 y 10 hermanos. Existe por tanto un mayor número de usuarios que tienen 3 hermanos.

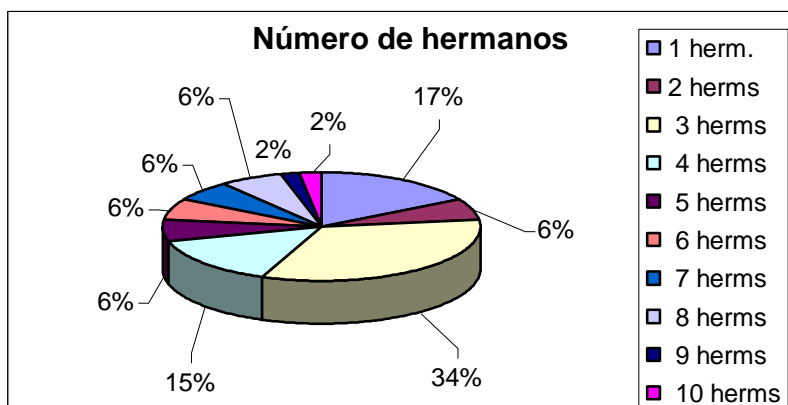


Figura 2.11. Distribución de la muestra según el número de hermanos.

Por otro lado se observó también que lugar ocupaban entre los hermanos (Figura 2.12). Se ve que del total de la muestra, 8 usuarios eran hijos únicos (21,1%), 6 usuarios eran primogénitos (15,8%), otros 6 usuarios eran medianos (15,8%) y 18 eran los pequeños (47%). Parece un dato relevante dentro de esta muestra el alto porcentaje de hermanos pequeños que presentan el diagnóstico de esquizofrenia, un dato a tener en cuenta en próximos estudios de investigación sobre el trastorno mental grave.

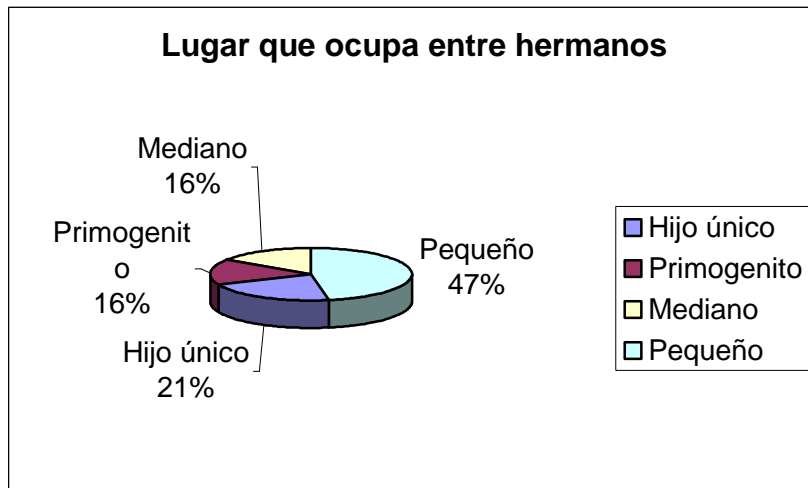


Figura 2.12. Distribución de la muestra según el lugar que ocupa entre hermanos.

Teniendo en cuenta el estado civil en que se encuentran los usuarios en el momento de la evaluación (Figura 2.13.), 7 usuarios tenían pareja (14%) y 42 usuarios no tenían pareja (86%).

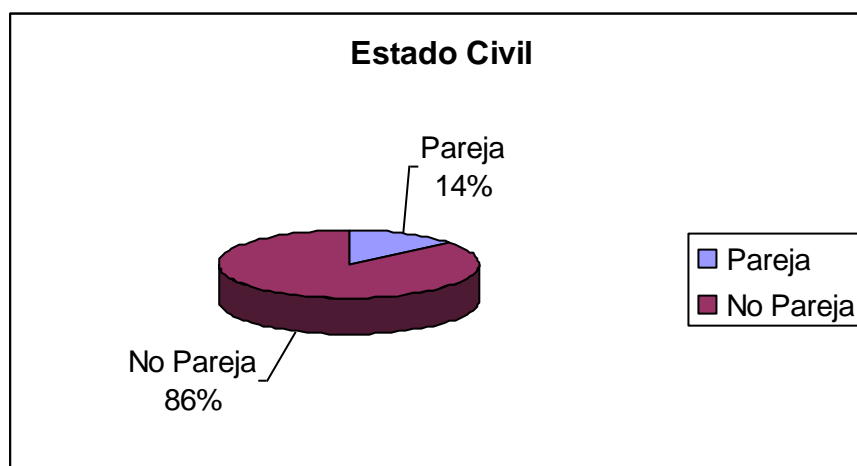


Figura 2.13. Distribución de la muestra según estado civil.

Respecto al estilo educativo del total de la muestra (Figura 2.14.), 6 usuarios tuvieron un estilo educativo autoritario (12%), 14 usuarios tuvieron un estilo educativo permisivo (29%), 7 usuarios tuvieron un estilo educativo democrático (14%), y por último decir que de 22 usuarios no consta esta información (45%). De esta variable se podría decir que de los datos obtenidos, destaca el mayor porcentaje de usuarios con estilo educativo permisivo dato interesante a tener en cuenta.

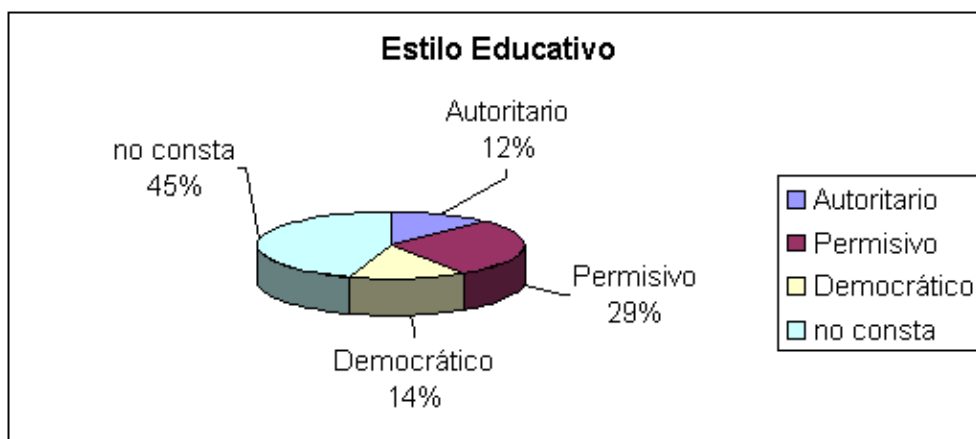


Figura 2.14. Distribución de la muestra según el estilo educativo.

En relación con el nivel cultural (Figura 2.15.), se observó que del total de la muestra, 13 usuarios presentaron un nivel cultural bajo (34%), 31 usuarios presentaron un nivel cultural medio (53%) y 5 usuarios presentaron un nivel cultural

alto (13%). Por lo tanto, existe un mayor número de usuarios con un nivel cultural medio en la muestra.

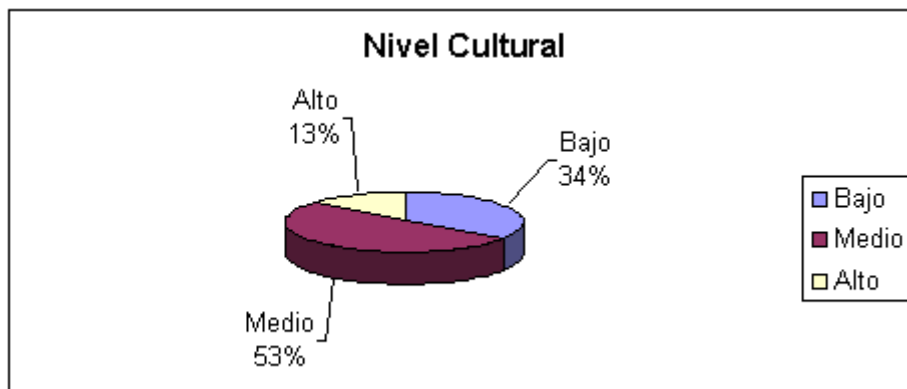


Figura 2.15. Distribución de la muestra según el nivel cultural.

En relación al tiempo de ingreso tan solo comentar que los usuarios se encuentran ingresados en los CEEM un mínimo de un año y un máximo de 8 años, las circunstancias son muy diversas. Entre las causas más comunes y por la edad que muchos usuarios han alcanzado, se encuentran con unos padres mayores, otros que ya han fallecido y en algunas circunstancias sin ningún familiar allegado que pueda ir a visitarlos (Figura 2.16.).

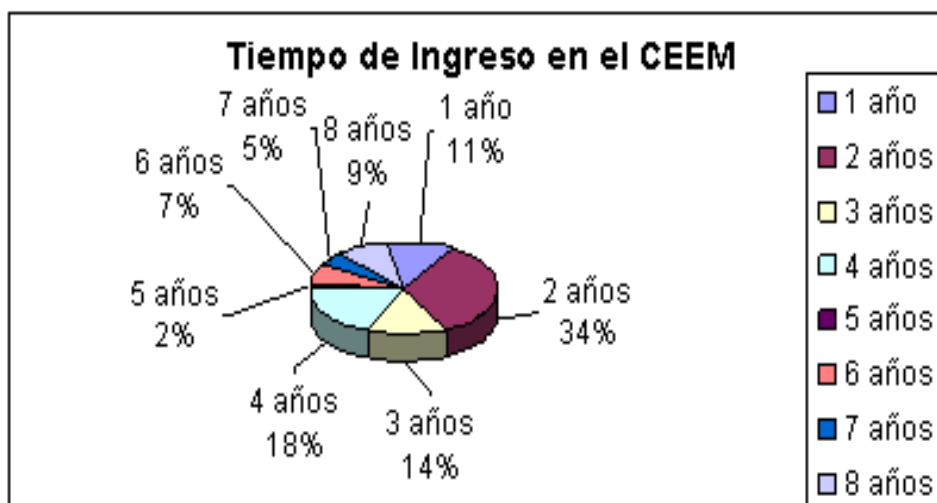


Figura 2.16. Tiempo de ingreso en el centro (CEEM).

2.6.3. Datos laborales

En relación al nivel de estudios (Figura 2.17.) del total de la muestra 5 usuarios no tenían estudios (11%), 19 usuarios tenían estudios primarios (35%), 12 usuarios tenían ESO/FPI (26%), 7 usuarios tenían Bachiller/FPI (15%), 5 usuarios tenían una Diplomatura (11%) y 1 usuario tenía Licenciatura (2%). Como se puede ver existe un mayor número de usuarios que han cursado solo estudios primarios, este dato es esperable dado que la enfermedad aparece en la adolescencia.

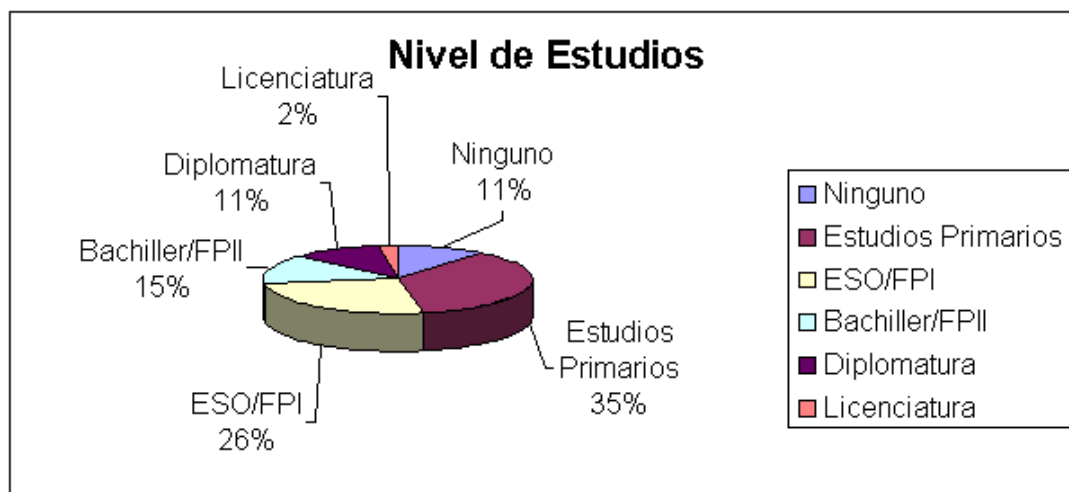


Figura 2.17. Distribución de la muestra según el nivel de estudios.

Respecto a la vida laboral se recogieron solo los datos referentes a si habían trabajado con contrato laboral o no (Figura 2.18.) y los años trabajados (Figura 2.19). Debido a que en el expediente no constan más datos. No obstante se obtuvo información a través de los usuarios directamente, la mayoría han trabajado de ayudantes en los negocios de la familia, así como de camareros y otros oficios temporales.

Los datos obtenidos del total de la muestra fueron: 30 usuarios que si habían trabajado con contrato laboral (61%), 5 usuarios que no habían trabajado con contrato laboral (10%) y 14 usuarios de los que no se obtuvieron datos (29%).

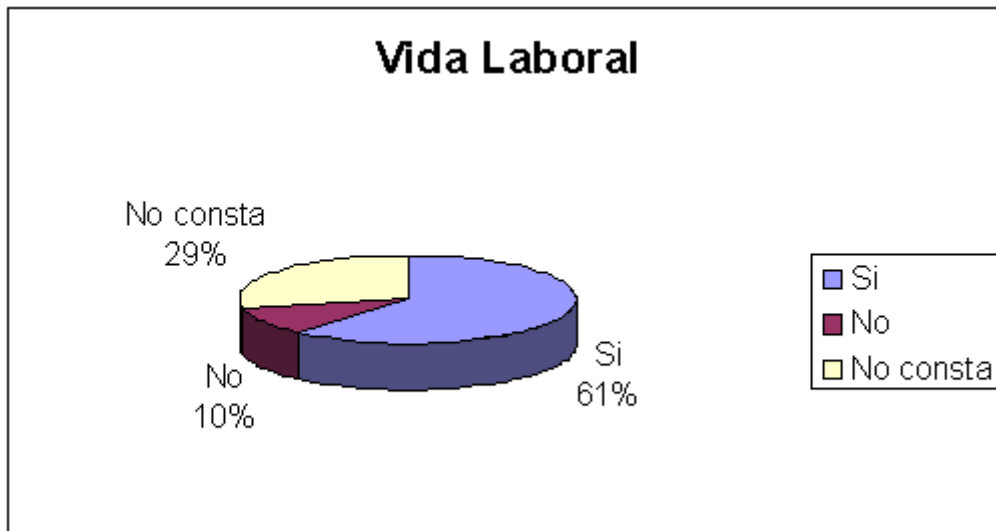


Figura 2.18. Distribución de la muestra según la vida laboral.

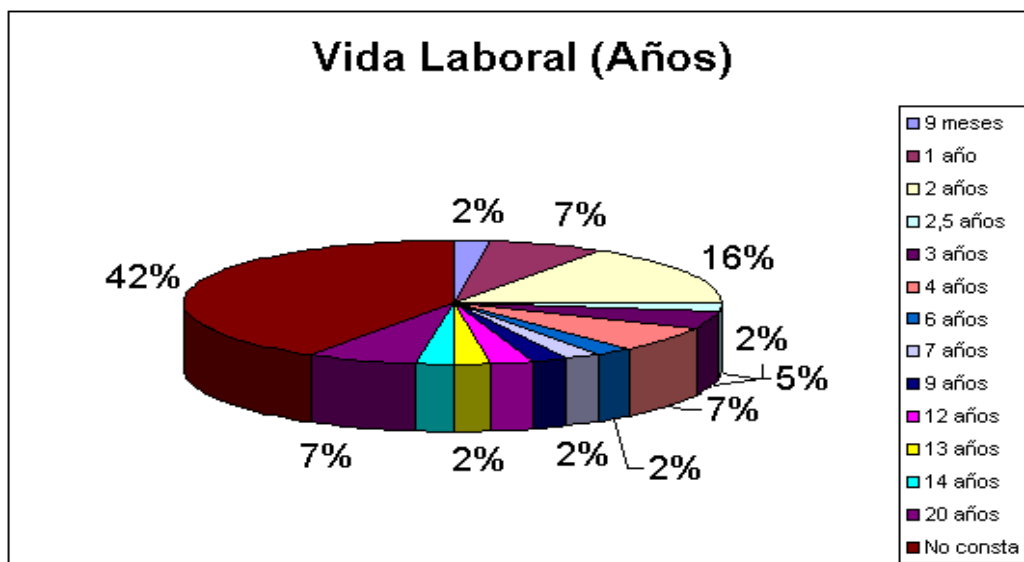


Figura 2.19. Distribución de la muestra según los años de vida laboral.

2.6.4. Aspectos jurídicos

En relación al nivel de minusvalía (Tabla 2.12.) la mayoría de los usuarios presentaban un nivel de misnuvalía entre un 65 y un 66%. (37,7% de usuarios)

Tabla 2.12.
Distribución de la muestra según el nivel de minusvalía.

		Minusvalía			
		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaj válido	Porcentaj acumulad
Válido	40	1	2,0	2,7	2,7
	51	1	2,0	2,7	5,4
	62	1	2,0	2,7	8,1
	65	13	26,5	35,1	43,2
	66	5	10,2	13,5	56,8
	67	4	8,2	10,8	67,6
	68	2	4,1	5,4	73,0
	69	1	2,0	2,7	75,7
	70	2	4,1	5,4	81,1
	75	3	6,1	8,1	89,2
	78	1	2,0	2,7	91,9
	79	1	2,0	2,7	94,6
	80	1	2,0	2,7	97,3
	82	1	2,0	2,7	100,0
	Total	37	75,5	100,0	
Perdido	Sistem	12	24,5		
Total		49	100,0		

En cuanto a la situación administrativa se hizo referencia respecto a la incapacidad legal del usuario (Figura 2.20.), del total de la muestra un 87% de usuarios tenían auto de incapacitación, el 5% de los usuarios estaban en proceso y el 8% no estaban incapacitados.

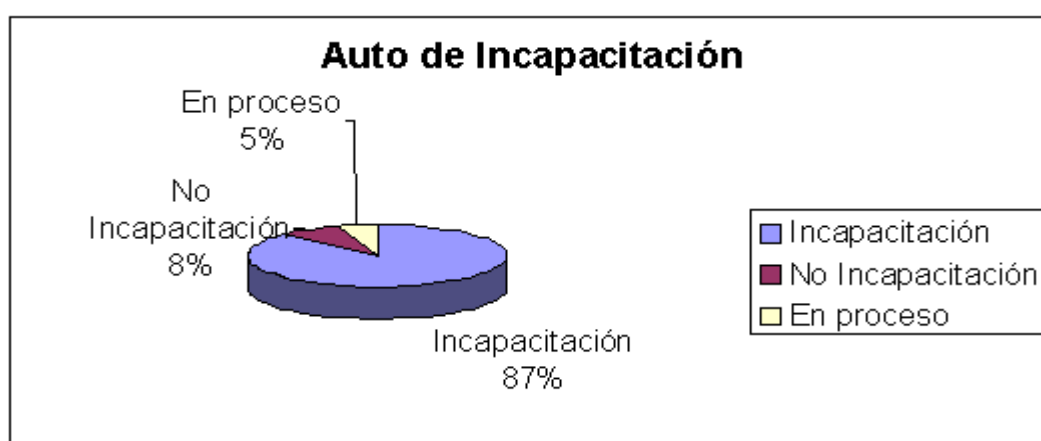


Figura 2.20. Distribución de la muestra según el auto de incapacitación.

Por último dentro de los datos jurídicos está la variable tutela (Figura 2.21.). En el total de la muestra el 51% de los usuarios esta tutelado por la unidad de tutela correspondiente, el 37% de los usuarios esta tutelado por un familiar, el 5% de los usuarios se encontraban en trámite y el 8% no estaban tutelados.

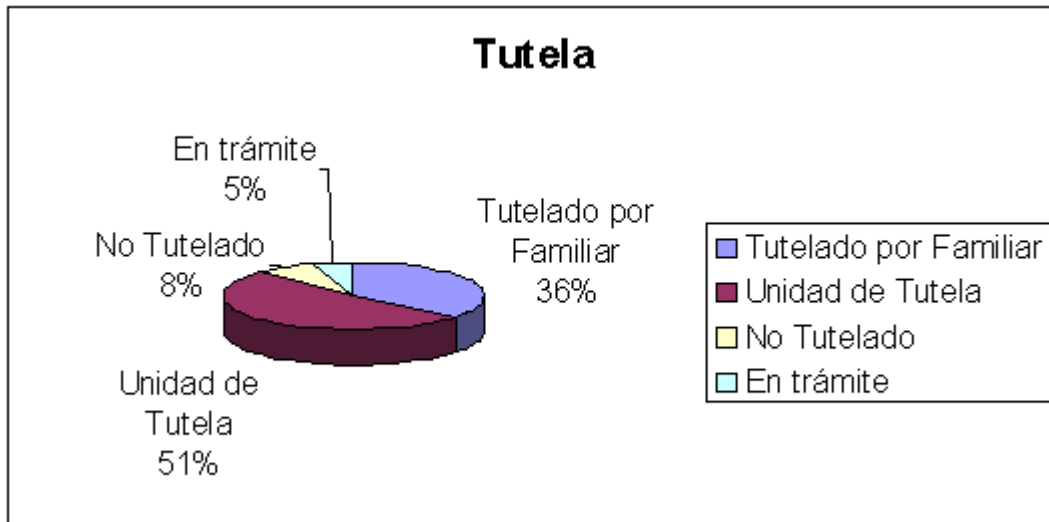


Figura 2.21. Distribución de la muestra según la tutela.

2.6.5. Datos psicosociales

Respecto a la edad de detección de la enfermedad (Figura 2.22.). De los datos recogidos del total de la muestra, 4 usuarios fueron detectados en la preadolescencia, 20 usuarios en la adolescencia, 10 usuarios en la etapa de edad adulta temprana y 10 en la etapa adulta. Estos datos eran esperables debido a que el inicio en la edad temprana es una de las características de la esquizofrenia.

Teniendo en cuenta el tipo de inicio (Figura 2.23.), el 71% del total de la muestra tuvo un inicio insidioso y 29% tuvo un inicio brusco. El comienzo insidioso es una de las variables que predice un mal pronóstico. Los datos obtenidos coinciden puesto que los usuarios de la muestra presentan un alto porcentaje de inicio insidioso, ingresados en un CEEM.

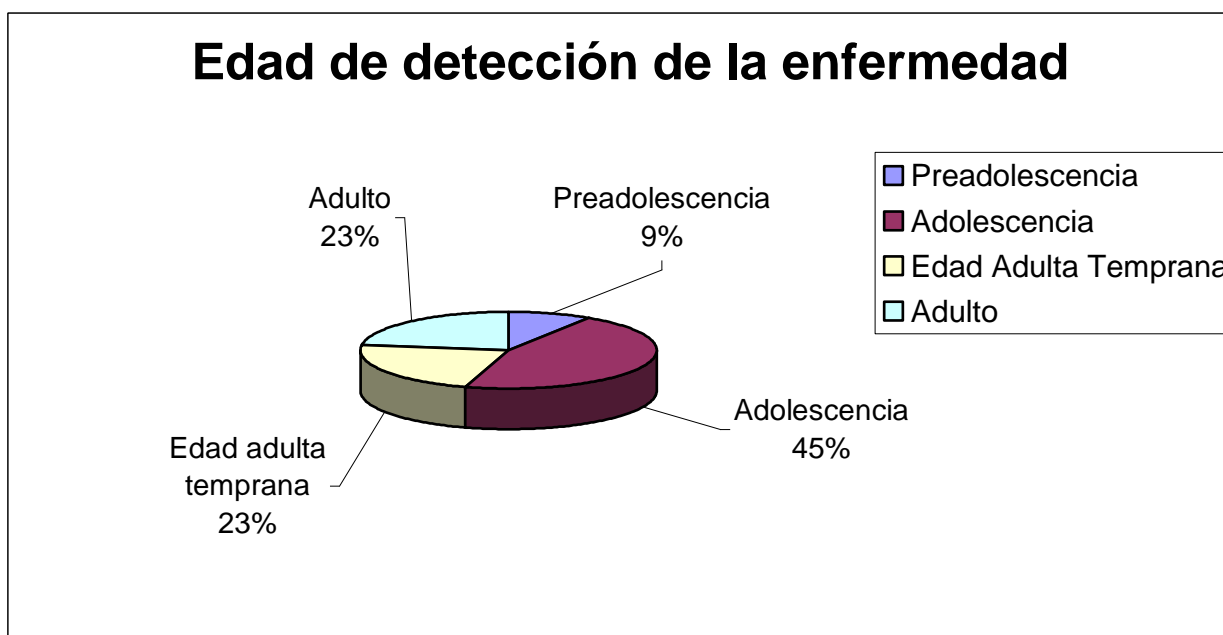


Figura 2.22. Distribución muestra según la edad de detección de la enfermedad.

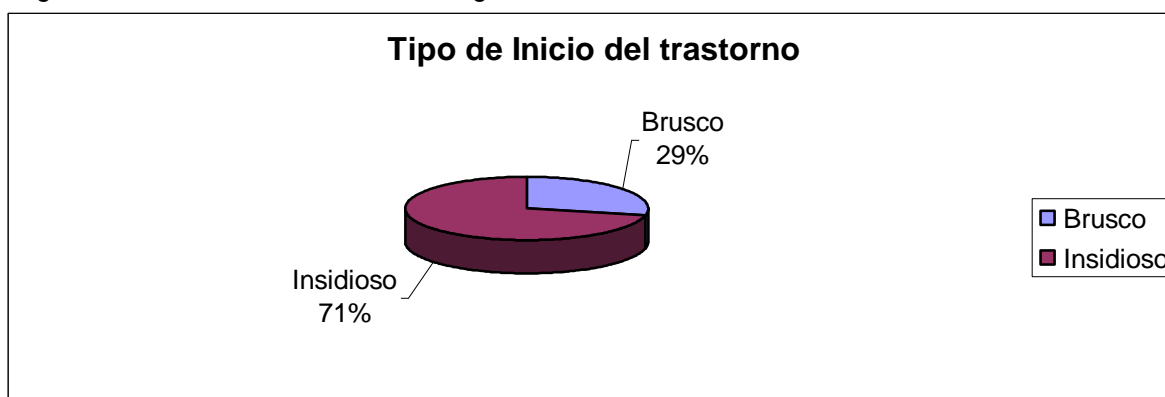


Figura 2.23. Distribución muestra según el inicio del trastorno.

Una variable que resulto importante a tener en cuenta fue la variable de los diagnósticos anteriores (Figura 2.24.). Por lo que se observa que muchos de los usuarios han pasado por diferentes diagnósticos hasta llegar al diagnóstico actual. Cabe señalar que tanto en los diagnósticos anteriores como en los actuales coincide el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

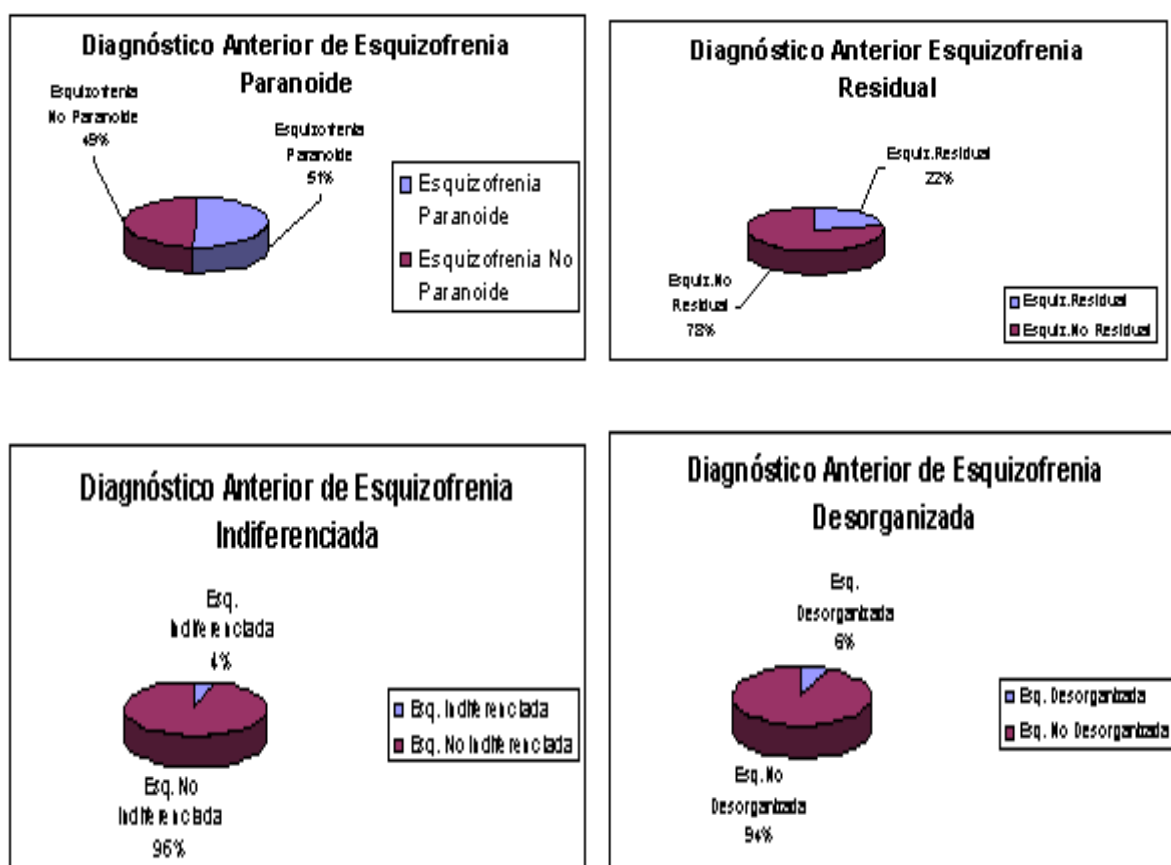


Figura 2.24. Distribución de la muestra según los diagnósticos anteriores.

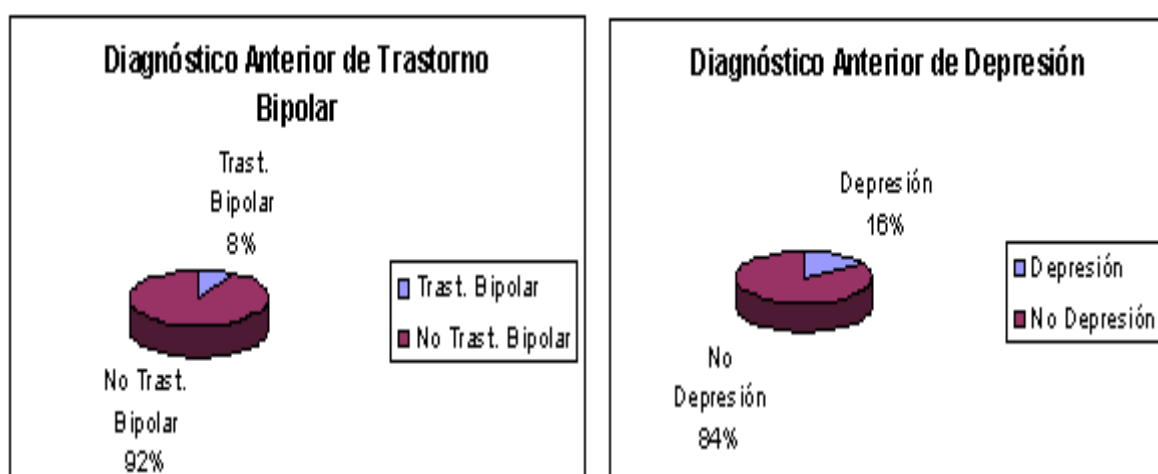


Figura 2.24. Distribución de la muestra según los diagnósticos anteriores (continuación).

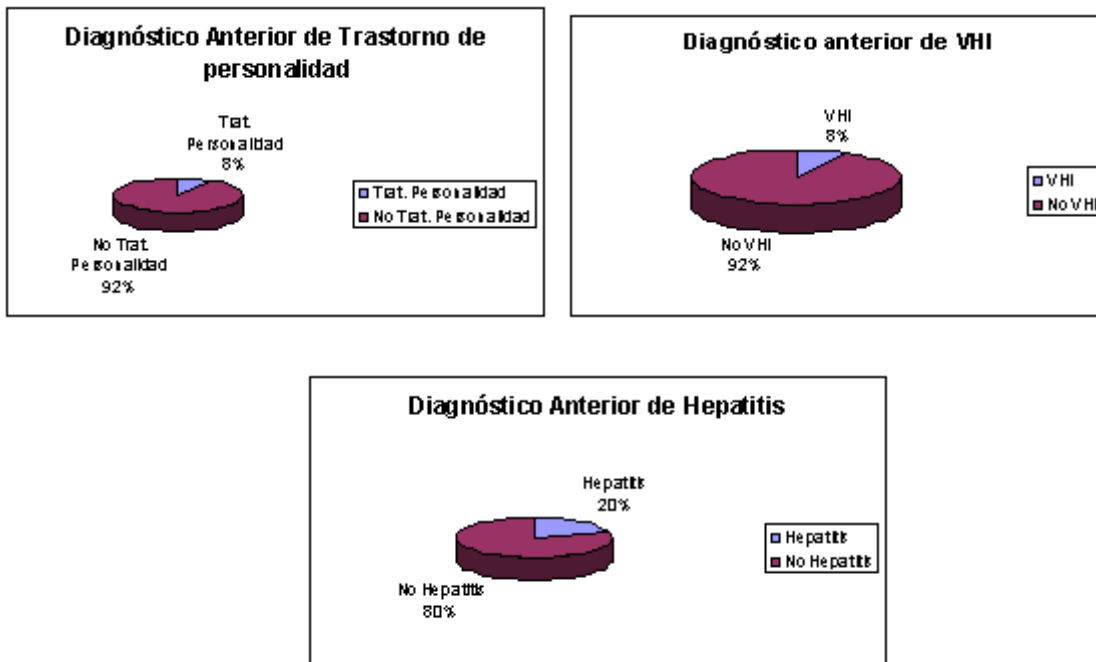


Figura 2.24. Distribución muestra según los diagnósticos anteriores (continuación).

En la actualidad, de la muestra total de usuarios se desprende que (Figura 2.25.) 28 usuarios están diagnósticos de esquizofrenia paranoide (57%), 14 usuarios diagnosticados de esquizofrenia residual (29%), 6 usuarios diagnosticados de esquizofrenia desorganizada (12%) y 1 usuario diagnosticado de esquizofrenia indiferenciada.

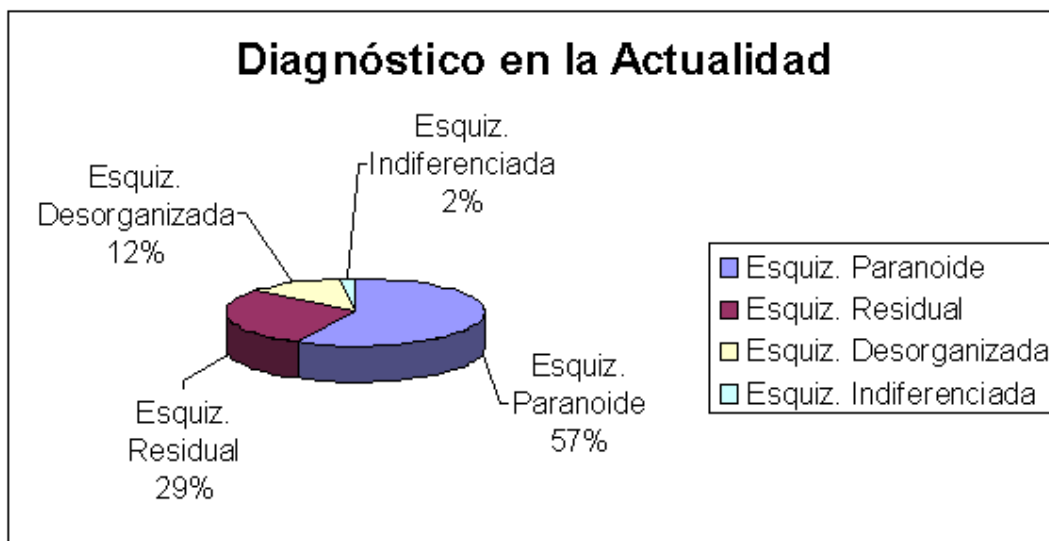


Figura 2.25. Distribución de la muestra según el diagnóstico actual.

Otras variables que se ha considerado necesario incluir son las relacionadas con el consumo de tabaco, drogas y alcohol.

Hasta hace años el consumo de drogas, alcohol y otras sustancias, se consideraban como un factor precipitante de la esquizofrenia. Actualmente se estudia si el consumo de estas sustancias en personas jóvenes, que experimentan las ansiedades y vivencias de un trastorno del neurodesarrollo, se usa estas sustancias como automedicación. Sin llegar todavía a ser datos concluyentes, lo que se puede destacar de la muestra es que existe un gran porcentaje de usuarios que han sido consumidores de: alcohol, drogas y tabaco.

Estos datos son indicativos de la existencia de una relación entre esquizofrenia y consumo de tóxicos.

En relación al consumo de tabaco (Figura 2.26.) de la muestra total el 96% de los usuarios son fumadores y tan sólo el 4% de usuarios no eran fumadores, además destacar que de ese porcentaje los no fumadores son todas mujeres.

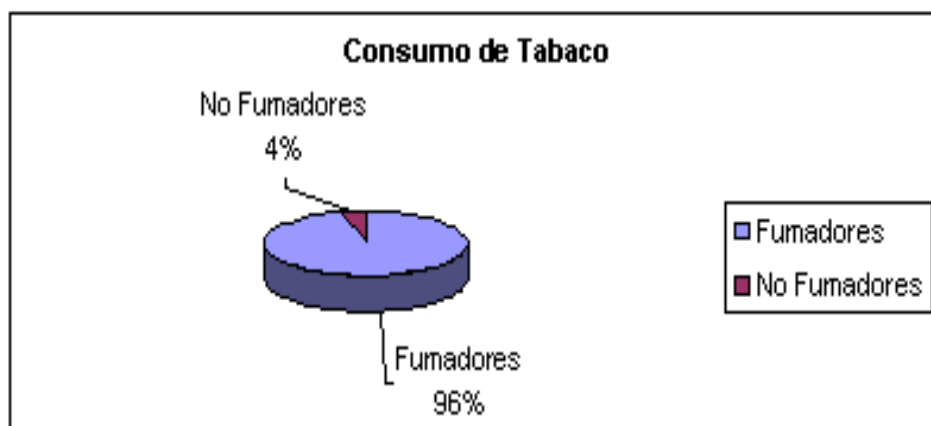


Figura 2.26. Distribución de la muestra según el consumo de tabaco.

En cuanto a la edad de Inicio del consumo de tabaco (Figura 2.27.) no se encuentran diferencias con el resto de población. Siendo el inicio del consumo con mayor porcentaje en la edad de 15 y 16 años (24% y 34%).

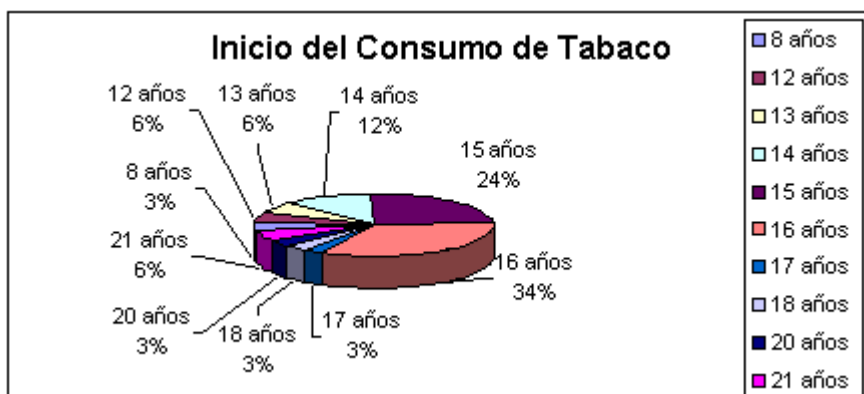


Figura 2.27. Distribución de la muestra según el inicio de consumo de tabaco.

Respecto al consumo de drogas, el 69% de los usuarios fue consumidor de ellas (Figura 2.28.), mientras que el 31% nunca consumió.

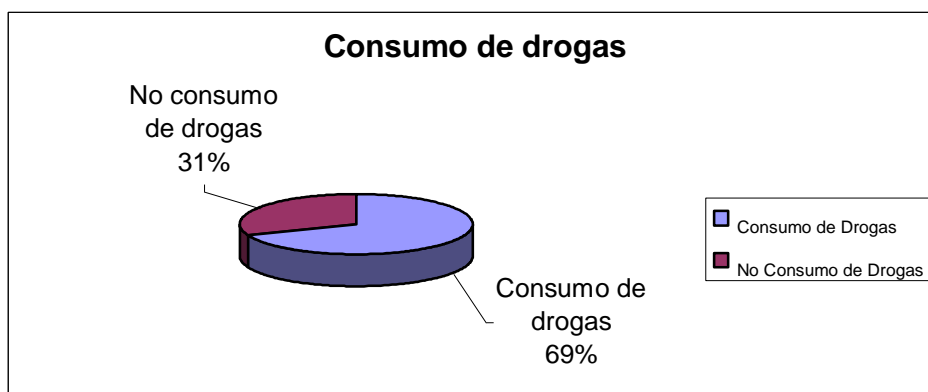


Figura 2.28. Distribución de la muestra según el consumo de drogas.

De los 69% consumidores un 53% era consumidor de cocaína (20 usuarios), un 55% de cannabis (24 usuarios), un 41% de opiáceos (15 usuarios) y un 31% de otras sustancias (11 usuarios) (Figura 2.29.).

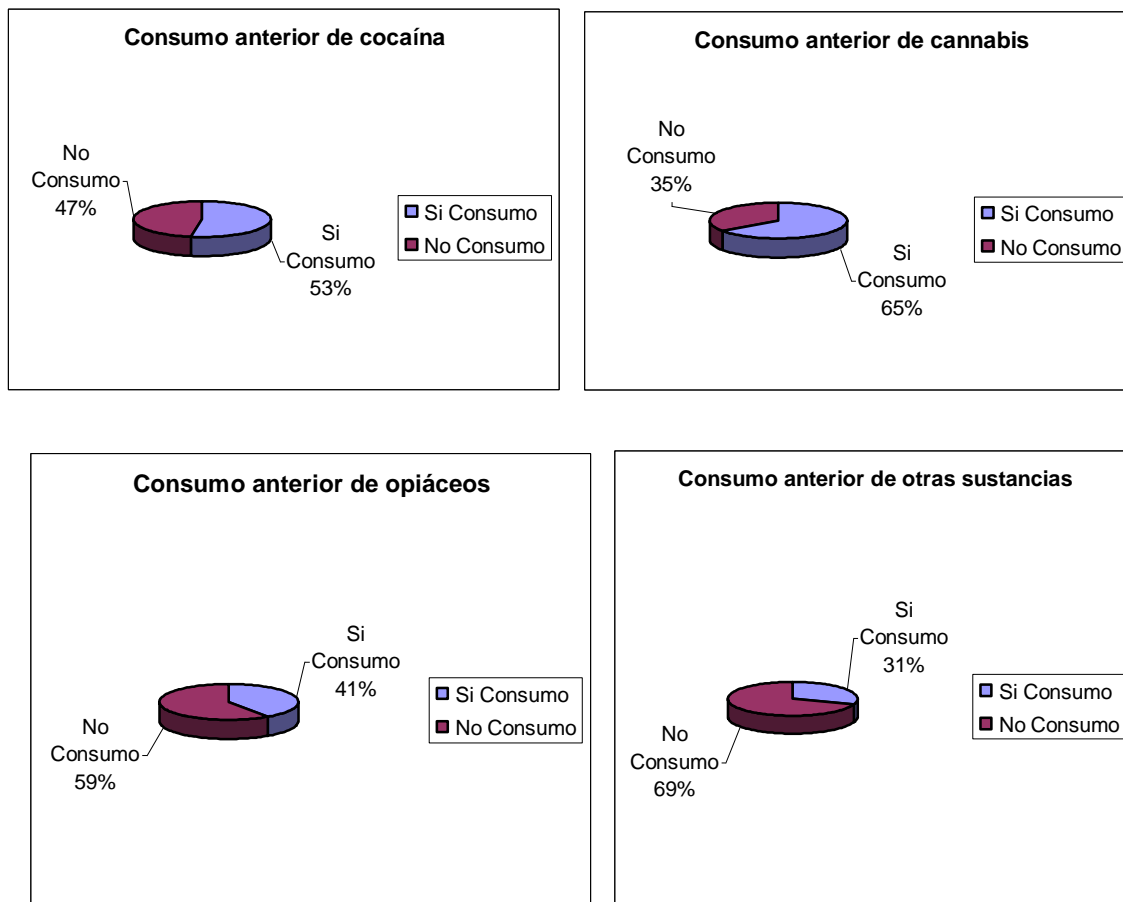


Figura 2.29. Consumo anterior de las diferentes sustancias.

En cuanto a la edad de Inicio de consumo de drogas (Figura 2.30.) hay una coincidencia con el Inicio de tabaco. Este dato es esperable dado que en la población general es la edad de inicio al consumo. Las edades con mayor porcentaje siguen siendo los 15 y 16 años (29% y 22%).

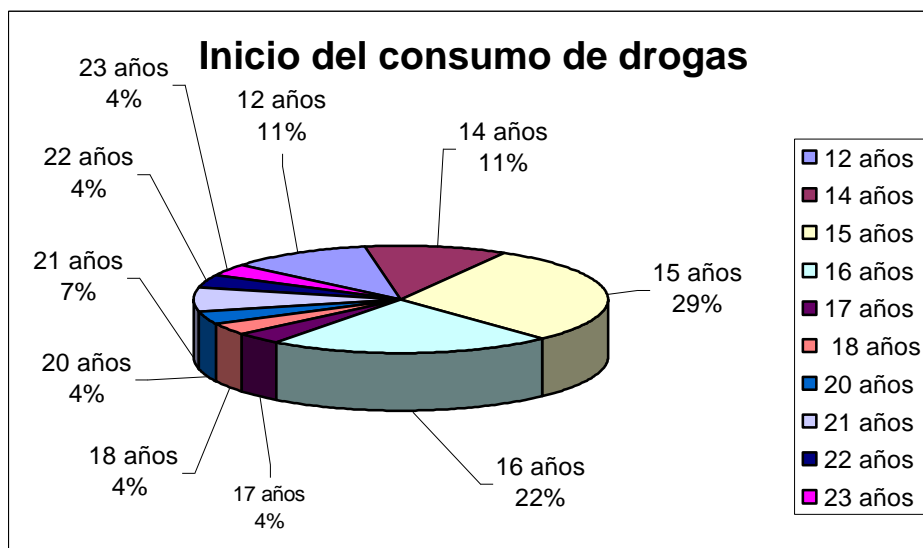


Figura 2.30. Distribución de la muestra según el inicio del consumo de drogas.

En relación al consumo de alcohol (Figura 2.31) el 63% de la muestra total era consumidor habitual de alcohol frente al 37% que no era consumidor habitual.

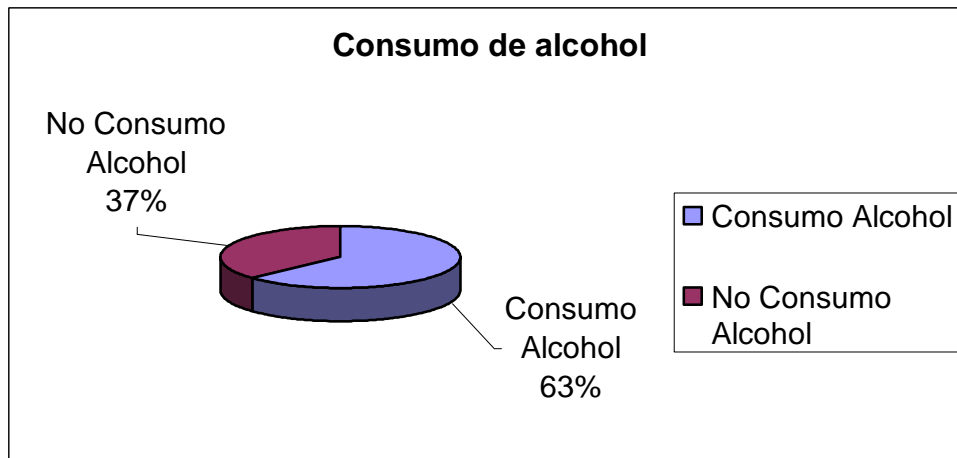


Figura 2.31. Distribución de la muestra según el consumo habitual de alcohol.

En cuanto a la edad de Inicio de alcohol (Figura 2.32.) sigue coincidiendo con el Inicio de consumo de tabaco y drogas. Los porcentajes más altos se encuentran entre las edades de los 15 y 16 años (30% y 22%).

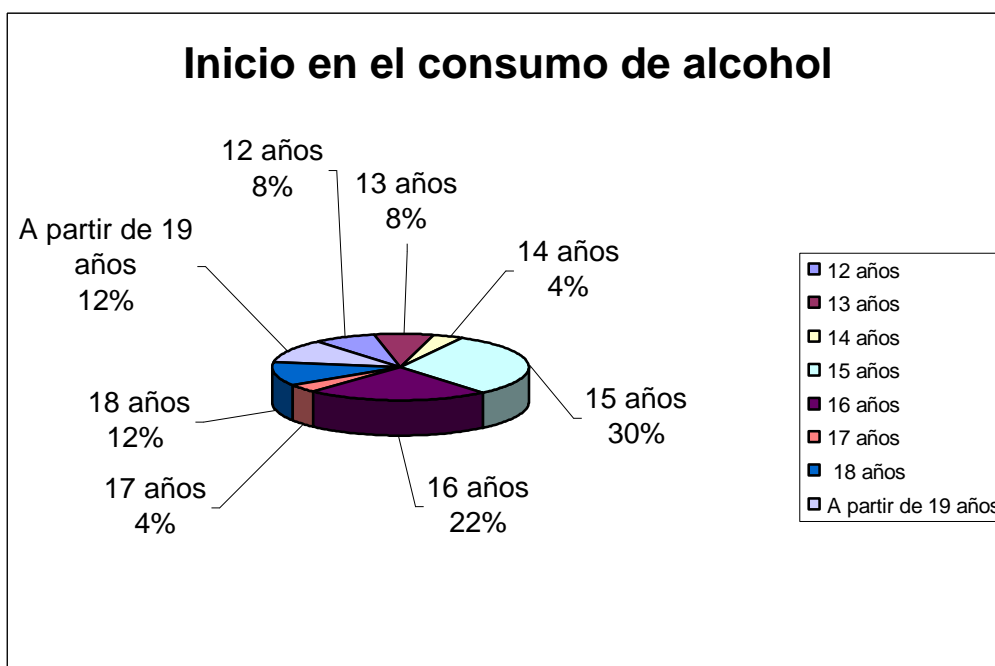


Figura 2.32. Distribución de la muestra según el inicio de consumo de alcohol.

2.6.6. Datos Familiares

En cuanto al tipo de familias de la muestra (Figura 2.33.), se observa que el 46% del total de la muestra pertenece a una familia numerosa (3-4), es decir, 23 usuarios tiene entre 3 y 4 hermanos. El 29% pertenece a una familia numerosa de más de 5 hermanos (14 usuarios) y 23% pertenecen a familias no numerosas (11 usuarios).

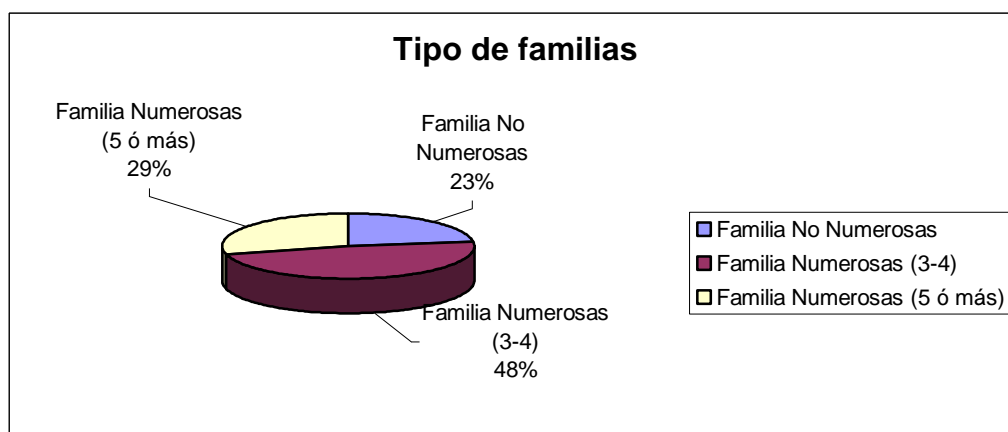


Figura 2.33. Distribución de las características de la familia de los usuarios.

Teniendo en cuenta los antecedentes familiares de consumo de alcohol y drogas (Figura 2.34.), del total de la muestra el 6% tiene antecedentes familiares. El 25% tiene antecedentes de trastornos psicóticos (Figura 2.35.), el 4% de trastornos de personalidad (Figura 2.36), el 12% tiene antecedentes de depresión en la familia (Figura 2.37.) y ninguno tiene antecedentes de trastorno bipolar (Figura 2.38.). La mayor frecuencia aparece en los antecedentes de trastornos psicóticos y depresión, no obstante hay que señalar que en referencia a los antecedentes, en un gran número de usuarios no consta información alguna al respecto.

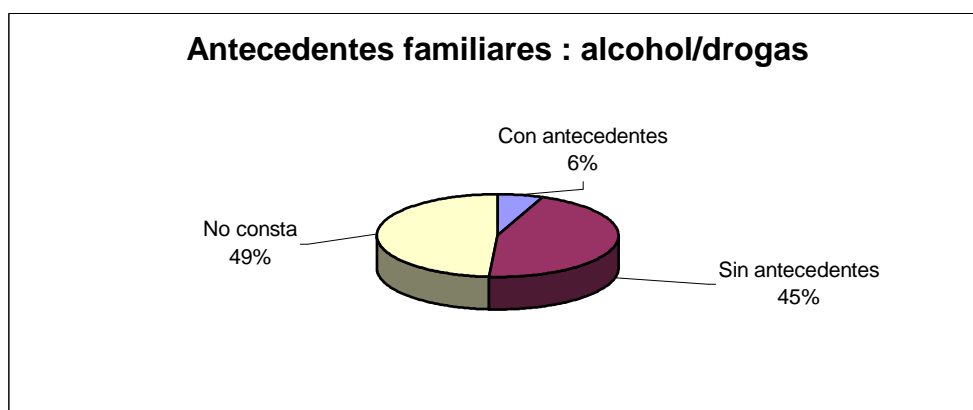


Figura 2.34. Distribución de la muestra por antecedentes familiares de los usuarios por el consumo de alcohol/drogas.

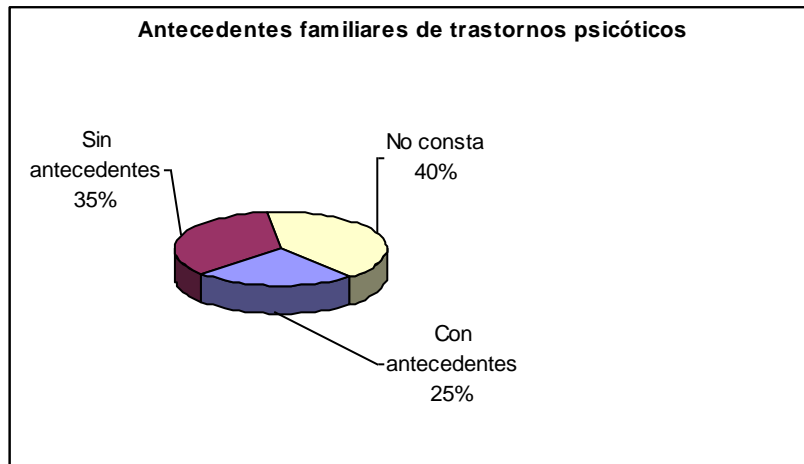


Figura 2.35. Distribución de la muestra según los antecedentes familiares de t. psicóticos.

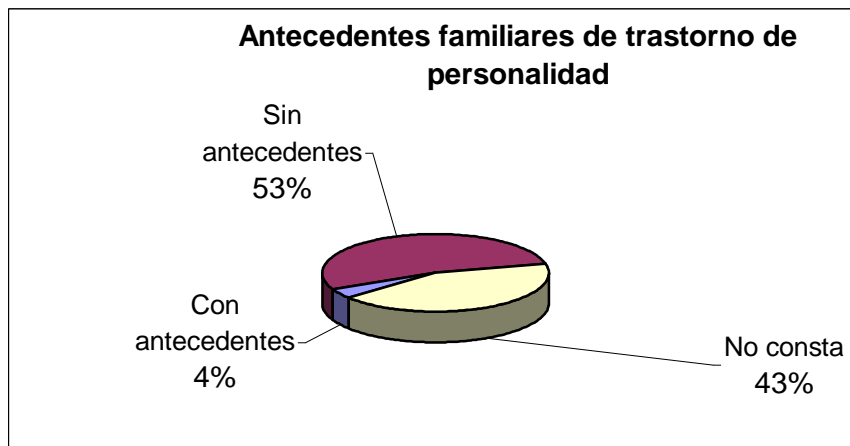


Figura 2.36 Distribución de la muestra según los antecedentes familiares con t. personalidad.

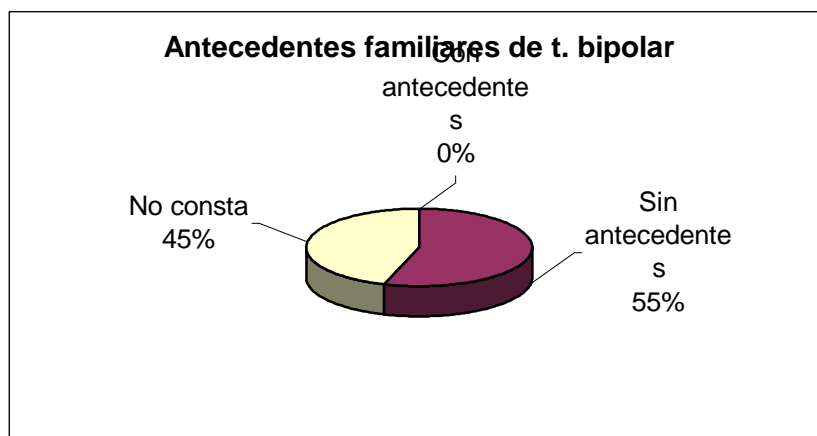


Figura 2.37. Distribución de la muestra según los antecedentes familiares con t. bipolar.

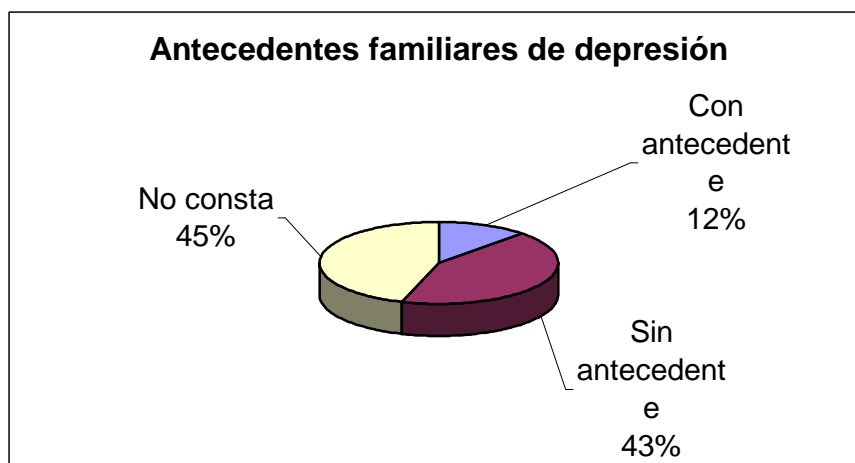


Figura 2.38. Distribución de la muestra según los antecedentes familiares con t. depresivo.

Respecto a la situación familiar del usuario se hizo una división en tres variables: situación de la madre, situación del padre y situación personal. Hay que señalar que en referencia a la situación familiar al igual que en la variable de antecedentes, en un gran número de usuarios no constaba información alguna al respecto.

En cuanto a la situación de la madre del usuario (Figura 2.39.), los datos reflejaron que en un mayor porcentaje de los casos la madre había fallecido después de la etapa de adolescencia del usuario (21%). En un 18% de los casos de la muestra la madre era mayor, en un 10% la madre estaba enferma, seguido de un 8% en el que la madre era enferma mental, también en un 8% de los casos la madre estaba separada. Otro dato sería el 6% de los casos en el que la madre falleció durante la infancia o adolescencia del usuario, seguida de un 4% en el que la madre tendría una importante sobrecarga familiar y en un 2% de los casos la madre era adoptiva o autoritaria.

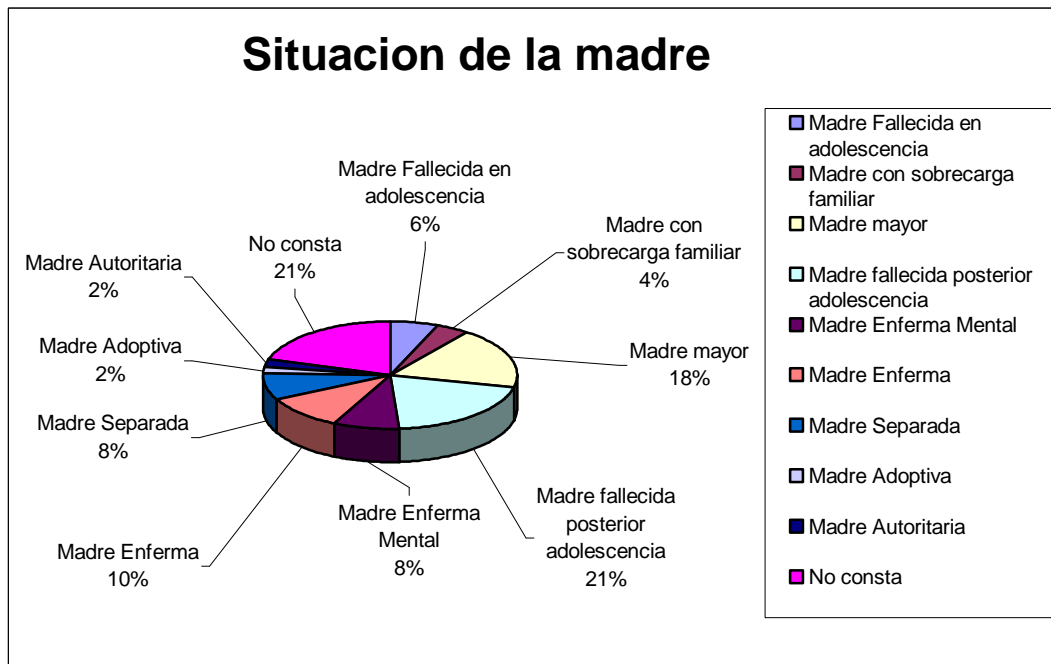


Figura 2.39. Distribución de la muestra según la situación de la madre.

En relación a la situación del padre del usuario (Figura 2.40.), los datos reflejaron que en un mayor porcentaje de los casos el padre había fallecido después de la etapa de la adolescencia del usuario (20%). Este dato coincide con el de la situación de la madre al igual que concuerda y era esperable que le siguiera padre mayor (14%). El resto de los datos obtenidos sigue en la misma dirección que en el de la variable de situación de la madre. Solo destacar que en un 8% de los casos el padre murió durante la infancia - adolescencia.

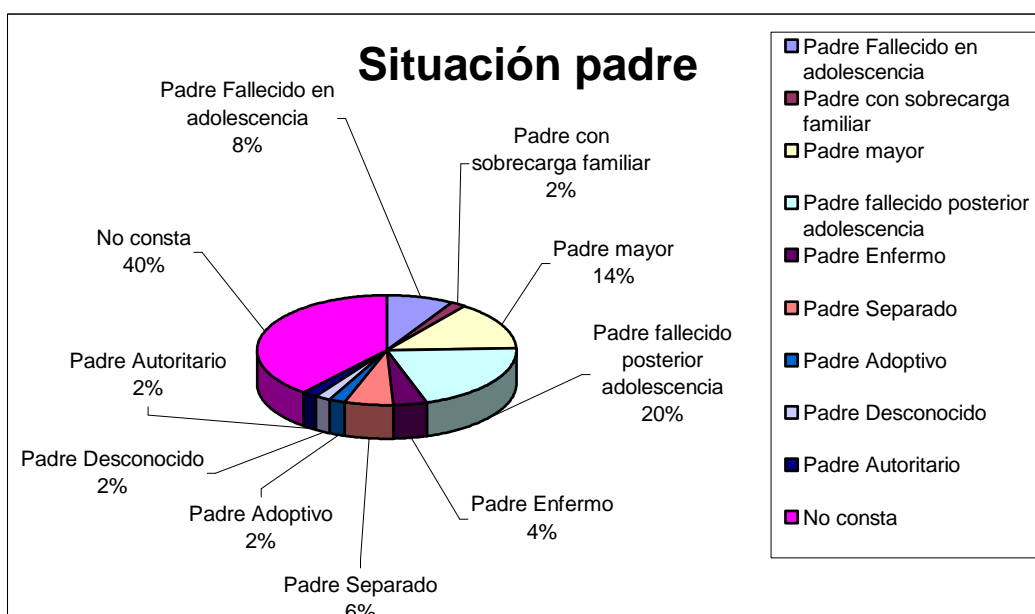


Figura 2.40. Distribución de la muestra según la situación del padre.

Respecto a la situación personal del usuario (Figura 2.41.), los datos reflejaron que en un mayor porcentaje de los casos no había relación familiar (12%) o había escasa afectividad familiar (10%), seguido de familia con trastornos psicóticos (8%). Y con el mismo porcentaje (6%) le seguía ser criados por abuelos o ser indigentes.

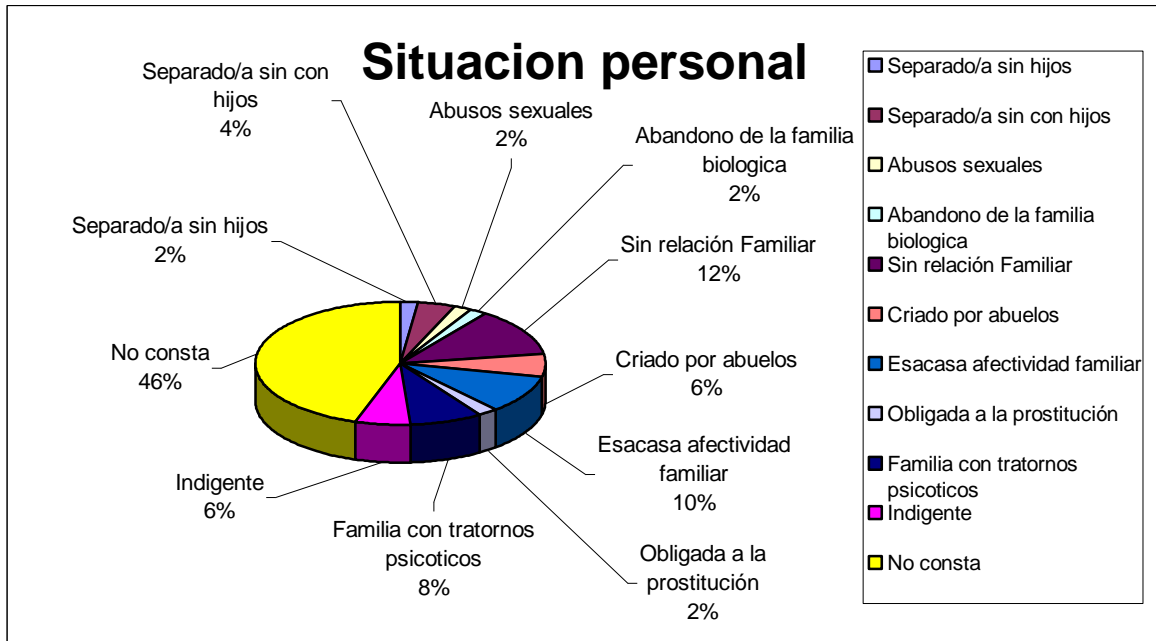


Figura 2.41. Distribución de la muestra según la situación personal del usuario.

En cuanto al contacto que la familia mantiene con el usuario en el CEEM (Figura 2.42.), los datos del total de la muestra indicaron que el 66% de los usuarios tenían contacto familiar por llamadas telefónicas, visitas o ambas, frente al 34% que no tenía ningún contacto familiar.

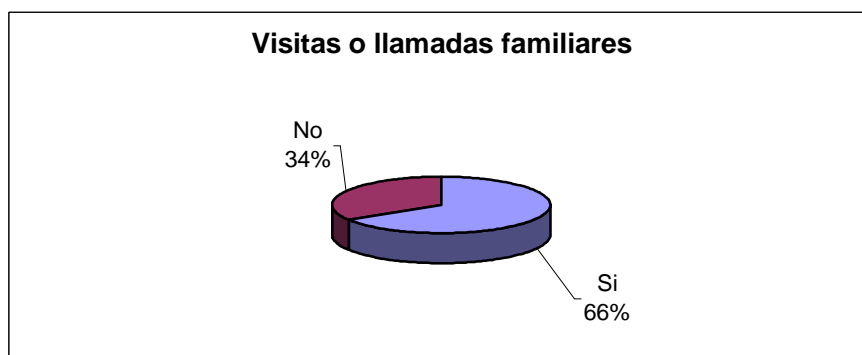


Figura 2.42. Distribución de la muestra según las visitas o llamadas familiares.

Respecto a la frecuencia en que los familiares visitaban a los usuarios (Figura 2.43.), el 47% de los familiares los visitaban semanalmente, el 9% quincenalmente y el 44% mensualmente.

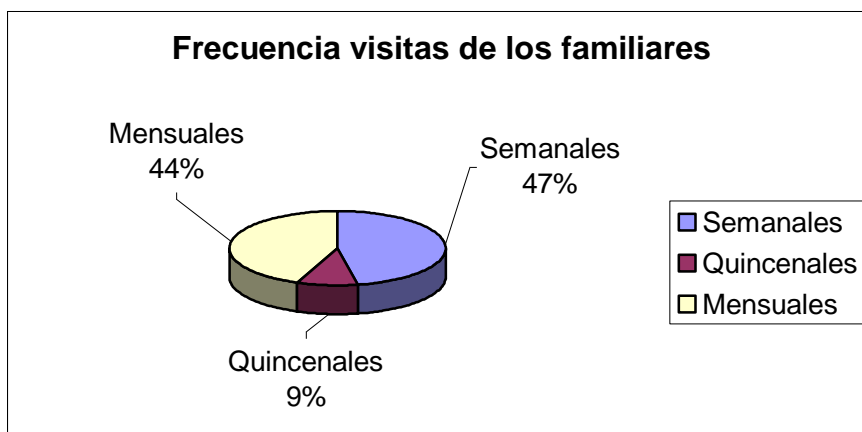


Figura 2.43. Distribución de la muestra según la frecuencia de las visitas familiares.

Teniendo en cuenta la frecuencia de llamadas que recibían los usuarios (Figura 2.44.), de su familiares los datos indican que del total de la muestra el 41% de los usuarios las recibía mensualmente, el 35% semanalmente, el 14% quincenalmente y el 10% diariamente.

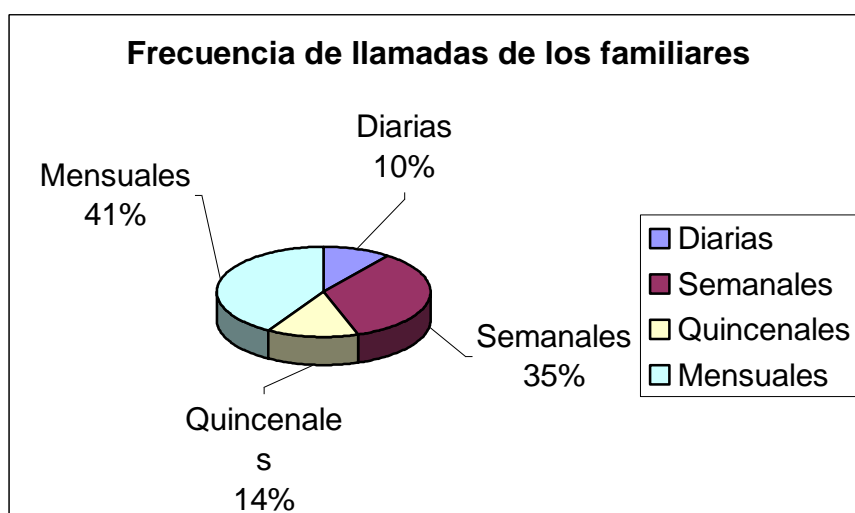


Figura 2.44. Distribución de la muestra según la frecuencia de llamadas de los familiares.

III. RESULTADOS

3.1. VALORACIÓN EN LAS DIFERENTES PRUEBAS EVALUADORAS

3.1.1. Resultados Globales

En la Tabla 3.1. se resume los resultados globales medios de las pruebas para los grupos control y experimental. Aparecen diferencias significativas en la pruebas PAI, OD y RP, el grupo control presento un mayor valor en la primera, y el grupo experimental en las dos segundas.

Tabla 3.1.
Resultados globales medios de las pruebas evaluadoras.

PRUEBA	CONTROL	EXPERIMENTAL	Nivel Sign.
BPRS	64,4	60,8	n.s.
PSE	12,0 a	9,9 b	*
OD	10,2 a	12,5 b	**
RP	138 a	203 b	**
CV	14,2	14,8	n.s.
DS	288	284	n.s.

Letras: a - b muestran diferencias en la misma línea.

Niveles de significación: ***<0.001 **<0.01 *<0.05 y no significativo >0.05

3.1.2 Prueba BPRS (Escala de Evaluación Psiquiátrica)

Los resultados globales de la prueba de evaluación psiquiátrica (BPRS) escala de evaluación psiquiátrica breve (Brief Psychiatric Rating Scale) Overall y Garham (1962) se presentan en la Tabla 3.2 y en la Figura 3.1. No aparecen diferencias significativas entre el grupo control y el experimental sometido a HHSS en el punto de partida, tras el tratamiento o el seguimiento, lo que indica que no se obtuvo una mejora en los síntomas clínicos pero tampoco hubo recaídas a nivel de las variables que controla esta prueba.

Asimismo, tampoco aparecen diferencias para cada grupo respecto al tiempo, de forma que no se puede asegurar que el tratamiento mejore las puntuaciones de esta prueba, aunque si se observa una ligera tendencia al alza en el grupo control y a la baja del grupo experimental.

Tabla 3.2.
Resultado global de la escala psiquiátrica BPRS.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign.
Escala Psiquiátrica BPRS	Control	63,2	62,9	67,0	n.s.
	Experimental	63,0	60,2	59,2	n.s.
	Nivel Sign.	n.s.	n.s.	n.s.	

Letras: a - b - c muestran diferencias en la misma línea.

Letras: x - y muestran diferencias en la misma columna.

Niveles de significación: ***<0.001 **<0.01 *<0.05 y no significativo >0.05

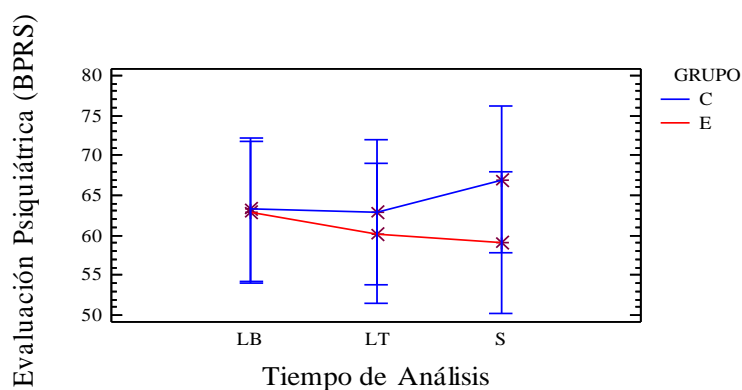


Figura 3.1. Evolución de la puntuación total de la prueba BPRS.

En la Tabla 3.3. se resumen los resultados de cada uno de los factores de la prueba BPRS. Tan solo aparecen diferencias significativas en la prueba de anergia (BPA) tras el seguimiento, de forma que el grupo experimental presentó un valor más bajo.

Tabla 3.3.

Resultados por factores de la escala de evaluación psiquiátrica BPRS.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign.
BPAD Ansiedad Depresión	Control Experimental Nivel Sign.	11,7 12,4 n.s.	13,2 13,3 n.s.	13,1 12,8 n.s.	n.s. n.s.
BPA Anergia	Control Experimental Nivel Sign.	12,9 13,2 n.s.	12,9 11,8 n.s.	14,3 x 11,6 y *	n.s. n.s.
BPTP Trastorno Del Pensamiento	Control Experimental Nivel Sign.	12,2 12,2 n.s.	11,2 11,0 n.s.	12,2 10,6 n.s.	n.s. n.s.
BPH Hostilidad	Control Experimental Nivel Sign.	8,9 9,3 n.s.	8,9 8,2 n.s.	9,1 8,6 n.s.	n.s. n.s.
BPAC Activación	Control Experimental Nivel Sign.	9,1 8,0 n.s.	8,4 8,1 n.s.	9,5 7,9 n.s.	n.s. n.s.

Letras: a - b - c muestran diferencias en la misma línea.

Letras: x - y muestran diferencias en la misma columna.

Niveles de significación: *<0.001 **<0.01 *<0.05 y no significativo >0.05**

Los valores medios obtenidas en el grupo control y experimental en la prueba BPAD (Figura 3.2.) son muy similares para la línea base, tratamiento y seguimiento. No existe ninguna mejoría a lo largo del tiempo.

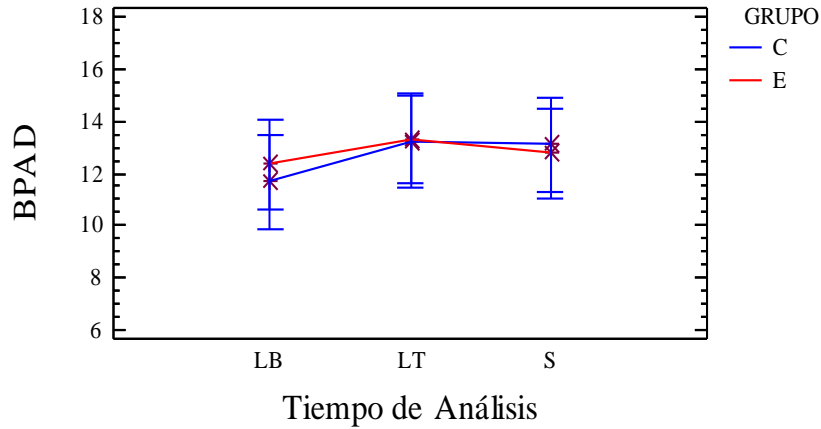


Figura 3.2. Evolución del factor ansiedad-depresión (BPAD).

En la prueba BPA (Figura 3.3.) aparecen diferencias significativas ($p < 0.5$) entre el grupo experimental y el control en el seguimiento, de forma que el grupo tratado presento un menor valor, pero no hubo diferencias respecto al inicio.

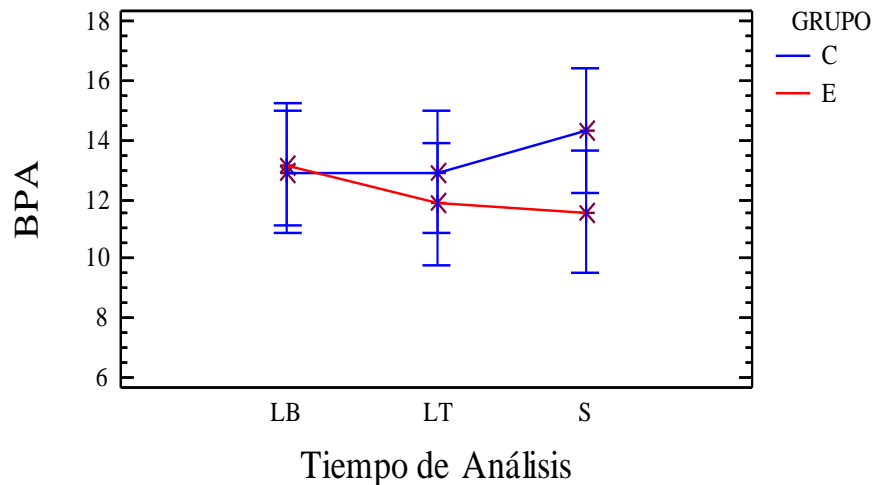


Figura 3.3. Evolución del factor anergia (BPA).

El tratamiento de HHSS no tuvo ningún efecto en las pruebas BPTP (Figura 3.4.), BPAC (Figura 3.5.) y BPH (Figura 3.6.). Tras el seguimiento tampoco aparecen diferencias significativas, tan solo en la prueba BPTP se observa una ligera reducción en la puntuación del grupo experimental.

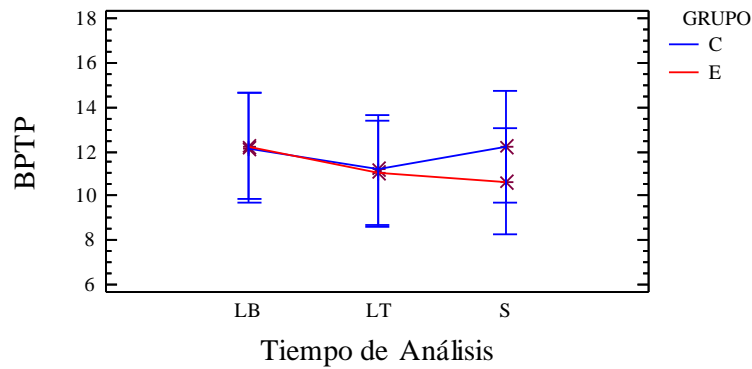


Figura 3.4. Evolución del factor trastornos del pensamiento (BPTP).

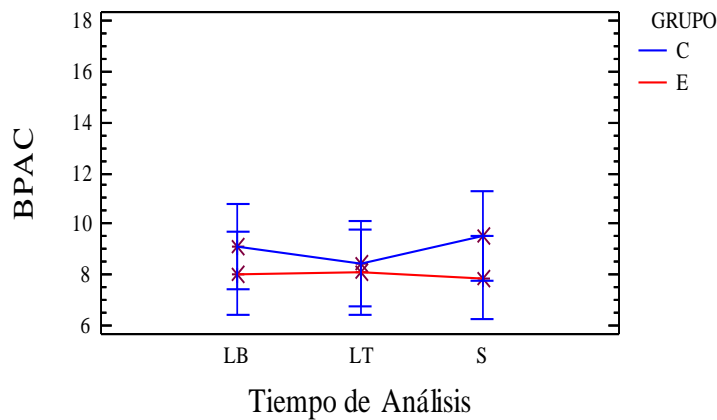


Figura 3.5. Evolución del factor actividad de la prueba BPRS.

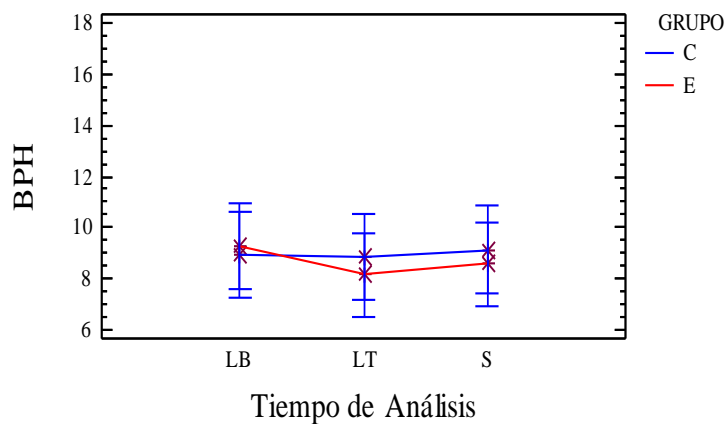


Figura 3.6. Evolución del factor hostilidad-suspición de la prueba BPRS.

3.1.3. Prueba PAI (PSE:Present State Examination)

Con respecto a la prueba PAI, los resultados globales se presentan en la Tabla 3.4 y en la Figura 3.7. No aparecen diferencias significativas en la línea base entre el grupo control y el experimental. Sin embargo si aparecen diferencias significativas ($p < 0.05$) tanto en los tiempos del tratamiento como en el seguimiento, los usuarios tratados en el grupo experimental con HHSS presentan una menor sintomatología negativa.

Tabla 3.4.
Resultado global de PAI.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign.
PAI	Control	12,1	10,9	13,1	n.s.
	Experimental	11,4	8,4	10,0	n.s.
	Nivel Sign.	n.s.	*	*	

Letras: a - b - c muestran diferencias en la misma línea.

Letras: x - y muestran diferencias en la misma columna.

Niveles de significación: *** <0.001 ** <0.01 * <0.05 y no significativo >0.05

La ligera mejoría observada en el tratamiento (Figura 3.7.), se pierde dentro de los meses de seguimiento, sobre todo por el grupo control, pues el grupo experimental no llegó a alcanzar el valor de la línea base, pero no aparecen diferencias significativas a lo largo de tiempo.

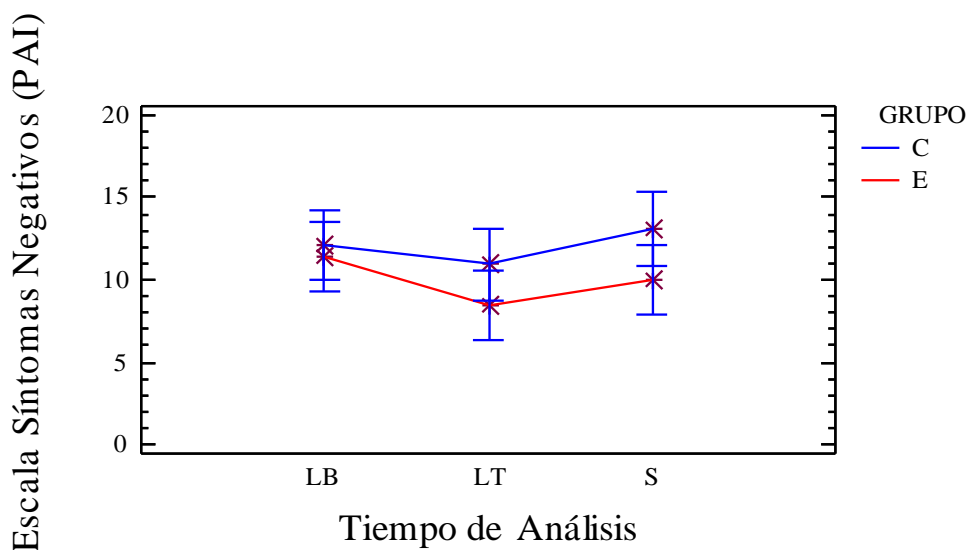


Figura 3.7. Evolución de la prueba PAI (puntuaciones totales).

En la Tabla 3.5. se resumen los resultados de cada uno de los factores de la prueba PAI. Tan solo aparecen diferencias significativas ($p < 0.05$) en la prueba pobreza del lenguaje (PAIPL) tras el tratamiento y el seguimiento, de forma que el grupo experimental presentó un valor más bajo, lo que indica una mejoría del grupo experimental tras la aplicación del programa de HHSS, frente al grupo control.

Tabla 3.5.
Resultados por factores del P.A.I.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign.
PAIPL Pobreza De Lenguaje	Control	5,4	4,1 x	5,2 x	n.s.
	Experimental	4,5	3,0 y	4,0 y	n.s.
	Nivel Sign.	n.s.	*	*	
PAIPA Pobreza Afectiva	Control	5,0	5,6	5,7	n.s.
	Experimental	5,5	4,4	4,4	n.s.
	Nivel Sign.	n.s.	n.s.	n.s.	
PAIPRP Retardo Psicomotor	Control	1,7	1,2	1,6	n.s.
	Experimental	1,4	1,1	1,6	n.s.
	Nivel Sign.	n.s.	n.s.	n.s.	

Letras: a - b - c muestran diferencias en la misma línea.

Letras: x - y muestran diferencias en la misma columna.

Niveles de significación: *** < 0.001 ** < 0.01 * < 0.05 y no significativo > 0.05

La evolución de los valores en el tiempo obtenidas en el grupo control y experimental en la prueba PAIPL (Figura 3.8.) parecen indicar que existe una mejoría tras la aplicación del programa de HHSS, para ambos grupos, que se pierde durante el seguimiento, sobre todo para el control, pero las diferencias en el tiempo no fueron significativas.

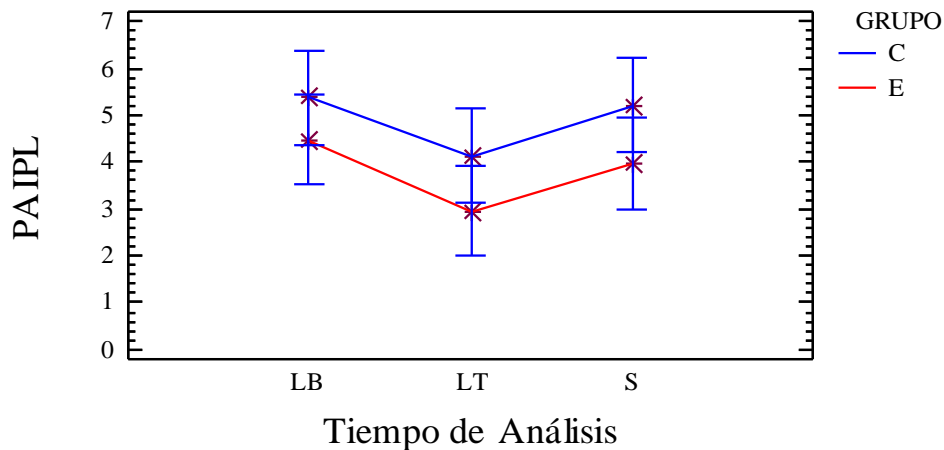


Figura 3.8. Evolución de la prueba PAI en el factor pobreza de lenguaje.

El tratamiento de HHSS no tuvo ningún efecto en las pruebas PAIPA (Figura 3.9.) y PAIPRP (Figura 3.10.). Tras el seguimiento tampoco se aprecian diferencias significativas, tan solo en la evolución del PAI en el factor pobreza afectiva (Fig.3.9.) se observó una ligera disminución de la puntuación por el grupo experimental, que se mantiene en el seguimiento, pero sin diferencias.

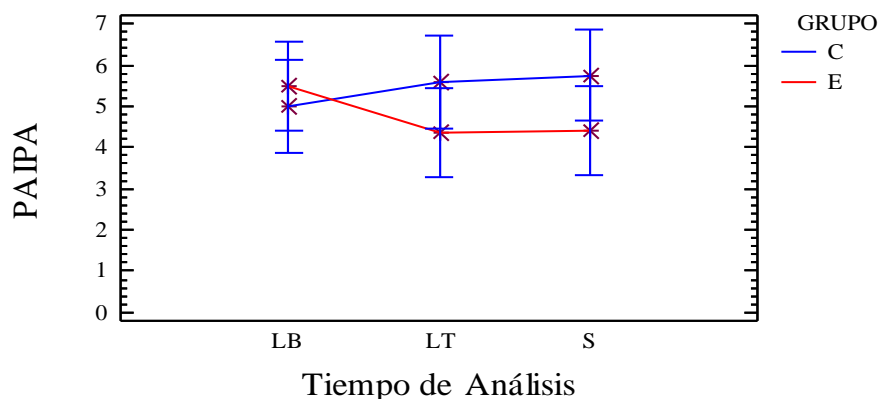


Figura 3.9. Evolución de la prueba PAI en el factor pobreza afectiva.

En el factor retardo psicomotor (PAIPRP) se obtuvieron resultados similares para ambos grupos, en los tres tiempos (Figura 3.10.).

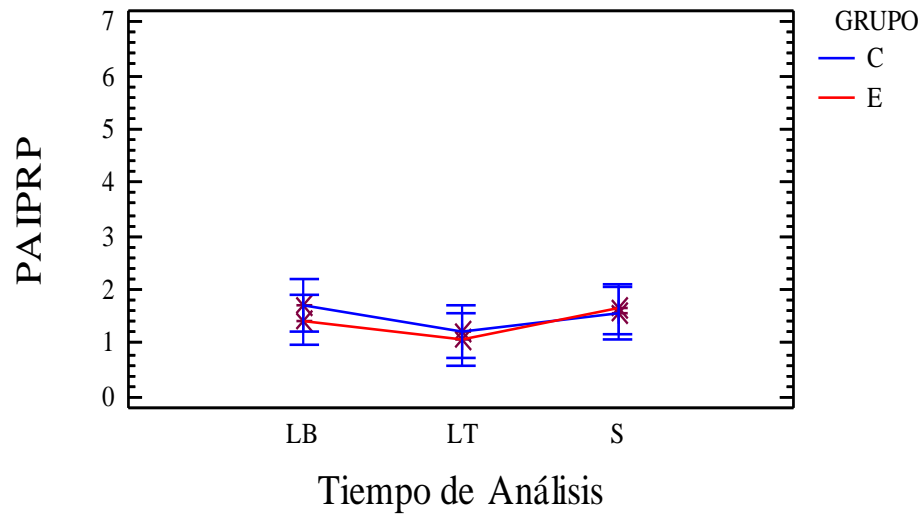


Figura 3.10. Evolución de la prueba PAI en el factor retardo psicomotor.

3.1.4. Observación directa (evaluación de HHSS básicas)

Los resultados globales de la prueba de observación directa (OD) se presentan en la Tabla 3.6. y en la Figura 3.11. No aparecen diferencias significativas entre el grupo control y el experimental en el punto de partida, pero tras el tratamiento y en el seguimiento si se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0.01$) entre ambos grupos.

Tabla 3.6.

Resultado global de la observación directa.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign.
OBSERVACIÓN DIRECTA	Control	9,5	9,0 x	12,1 x	n.s. ***
	Experimental	8,6 a	12,2 b y	16,7 c y	
	Nivel Sign.	n.s.	*	**	

Letras: a - b - c muestran diferencias en la misma línea.

Letras: x - y muestran diferencias en la misma columna.

Niveles de significación: * <0.001 ** <0.01 * <0.05 y no significativo >0.05**

Asimismo, aparecen diferencias muy significativas ($p < 0.001$) para el grupo experimental respecto al tiempo, de forma que se puede asegurar que el tratamiento y el posterior seguimiento mejora las puntuaciones de esta prueba, de esta forma se observa una tendencia al alza en el grupo experimental.

Esto indica que el grupo de tratamiento de HHSS obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la línea base y el Tratamiento en la dirección de mejora de las conductas observables. Así mismo esta mejora se mantuvo en el seguimiento con diferencias significativas ($p < 0.01$), aumentando las conductas de los usuarios del grupo experimental y mejorándolas a lo largo de los 6 meses.

El grupo control, a lo largo de los tres tiempos de evaluación no mostró diferencias significativas en las puntuaciones totales obtenidas en la observación directa.

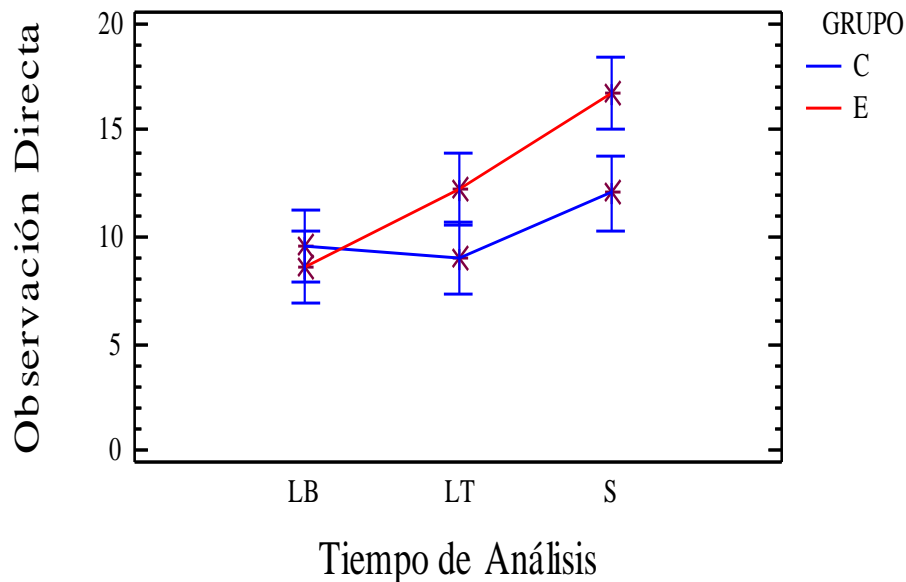


Figura 3.11. Evolución de la prueba observación directa (puntuaciones totales).

En la Tabla 3.7. se resumen los resultados de cada uno de los factores de la prueba observación directa (OD). Se observa que en general aparecen diferencias significativas en la pruebas volumen verbal (ODVV), fluidez verbal (ODFV), conversación bidireccional (ODCB), contacto ocular (ODCO) y expresión facial (ODEF) tras el tratamiento y el seguimiento, de forma que el grupo experimental presentó un valor más alto, lo que indica una mejoría del grupo experimental tras la aplicación del programa de HHSS. Existen diferencias significativas respecto al tiempo de análisis en todas las variables para el grupo experimental, y en ODGO, ODEF y ODMC en el grupo control.

Tabla 3.7.
Resultado por factores de la observación directa.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign.
ODVV Volumen Verbal	Control Experimental Nivel Sign.	2,2 2,0 a n.s.	2,2 x 2,66 by *	2,5 x 3,1 c y **	n.s. ***
ODFV Fluidez Verbal	Control Experimental Nivel Sign.	2,1 1,8 a n.s.	2,2 2,4 b n.s.	2,4 x 3,0 c y *	n.s. ***
ODCB Conversación Bidireccional	Control Experimental Nivel Sign.	1,9 1,6 a n.s.	1,8 x 2,46 b y *	2,4 x 3,1 c y *	n.s. ***
ODCO Contacto Ocular	Control Experimental Nivel Sign.	1,6 a 1,5 a n.s.	1,7 a x 2,1 b y *	2,4 b 2,8 c n.s.	* ***
ODEF Expresión Facial	Control Experimental Nivel Sign.	0,8 a 0,9 a n.s.	0,9 a x 1,4 b y *	1,8 b x 2,5 c y *	** ***
ODMC Movimientos Corporales	Control Experimental Nivel Sign.	0,8 a 0,7 a n.s.	1,0 a 1,2 b n.s.	1,7 b x 2,2 c y *	** ***

Letras: a - b - c muestran diferencias en la misma línea.

Letras: x - y muestran diferencias en la misma columna.

Niveles de significación: ***<0.001 **<0.01 *<0.05 y no significativo >0.05

En la prueba observación directa volumen verbal, ODVV (Figura 3.12.) aparecen diferencias significativas ($P < 0.05$) entre el grupo experimental y el grupo control. En el grupo experimental se constatan diferencias muy significativas ($p < 0.001$) en relación a los tres tiempos. El grupo control no mostró diferencias en los tres tiempos.

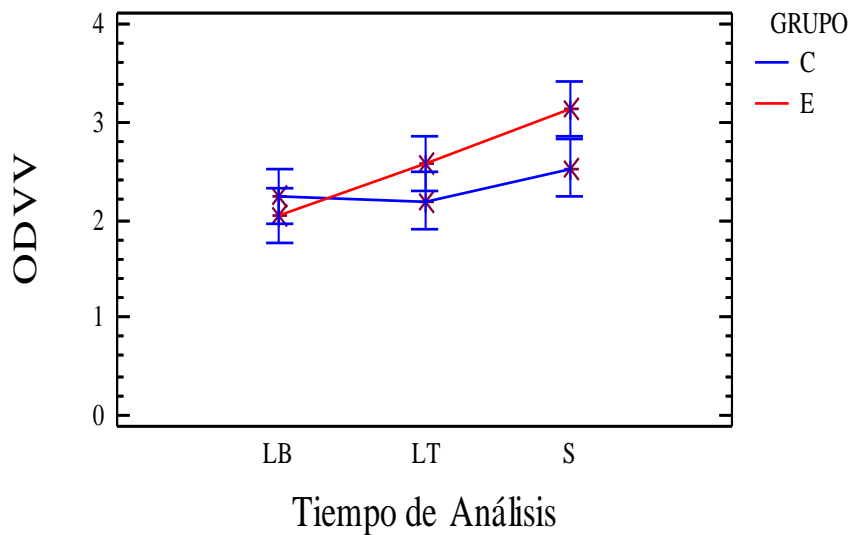


Figura 3.12. Evolución prueba observación directa en el factor volumen verbal.

En la prueba ODFV (Fig. 3.13.), en el registro de las conductas de fluidez verbal aparecen diferencias significativas ($p < 0.01$) entre el grupo experimental y el grupo control solo tras el seguimiento.

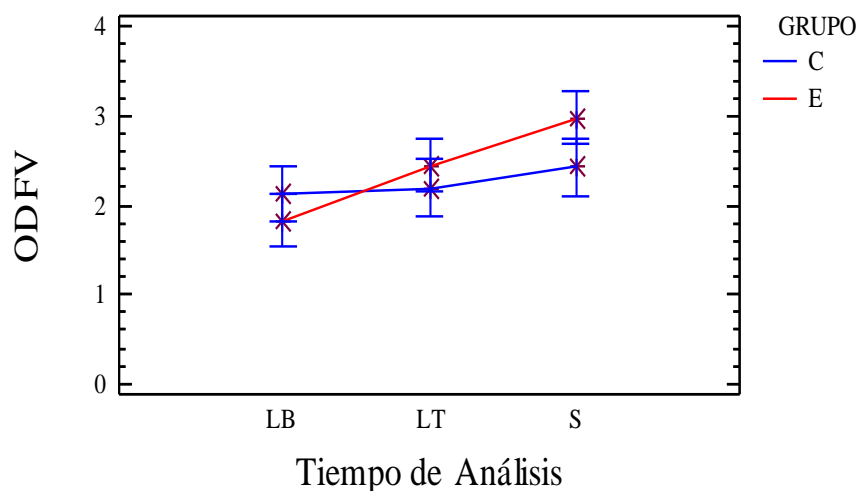


Figura 3.13. Evolución prueba observación directa en el factor fluidez verbal.

Con respecto al grupo experimental en la prueba de observación directa, en referencia a la fluidez verbal (Figura 3.13.), los usuarios que participaron en el programa de HHSS mostraron diferencias significativas en los tres tiempos ($p < 0.001$) entre la línea base, tratamiento y continua incrementándose en la misma dirección en el seguimiento, mientras que en el grupo control los valores tras los tres tiempos fueron similares.

En la prueba ODCB (Figura 3.14.) relativa a la conversación bidireccional en el grupo de HHSS aparecen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre el grupo experimental y el grupo control tras el tratamiento y el seguimiento. El grupo experimental mostró un aumento significativo ($p < 0.001$) después del tratamiento y continuó mejorando en el seguimiento, tras 6 meses, pero en el grupo control, aunque presente una ligera mejoría tras el seguimiento no fue significativo.

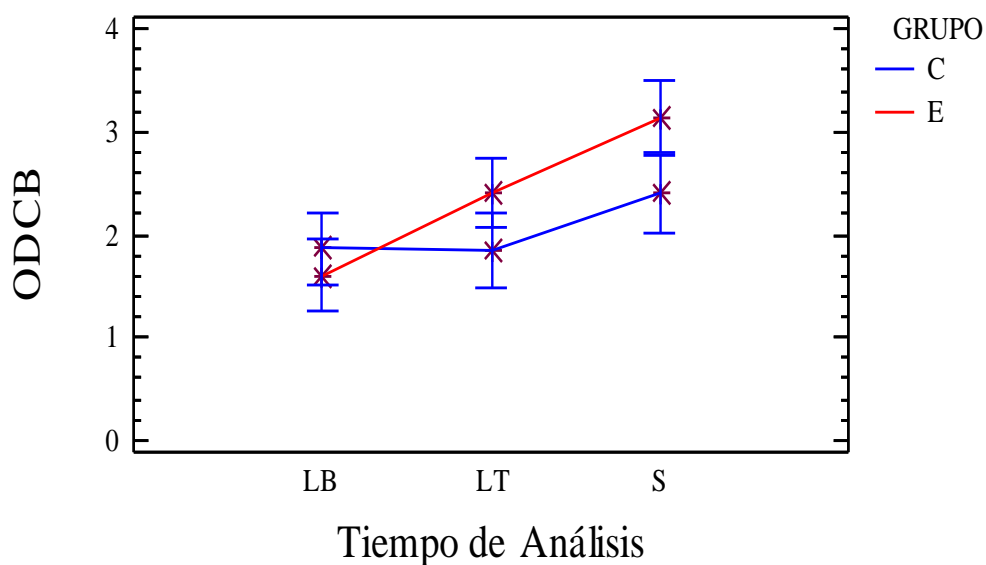


Figura 3.14. Evolución de la prueba observación directa en el factor conversación bidireccional.

En la prueba ODCO (Figura 3.15.) aparecen diferencias significativas tras el tratamiento ($p < 0.05$) y tras el seguimiento entre el grupo experimental y el grupo control. En la observación directa del contacto ocular de los usuarios, el grupo de HHSS aumento significativamente ($p < 0.001$) a lo largo de los tres tiempos, en cambio, en el grupo control mostró un mantenimiento en el período de tratamiento y una ligera mejoría en el seguimiento, con diferencias significativas ($p < 0.05$).

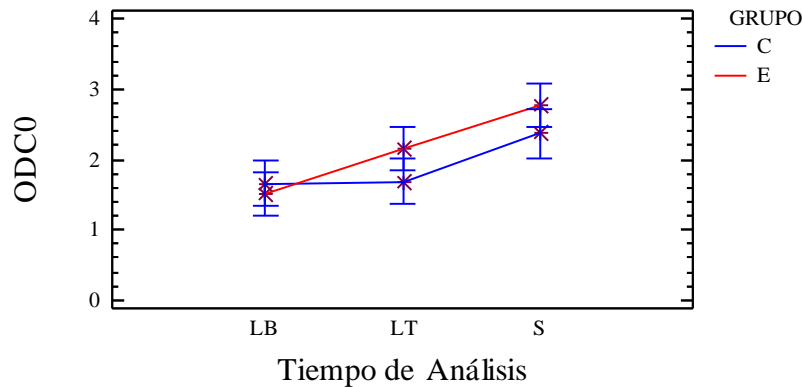


Figura 3.15. Evolución de la prueba observación directa en el factor contacto ocular.

En la prueba ODEF (Figura 3.16.) aparecen diferencias significativas ($p < 0.01$) tras el tratamiento y el seguimiento entre el grupo experimental y el grupo control. En relación a la conducta de expresión facial, el grupo de HHSS mejoro significativamente ($P < 0.001$) después del tratamiento e incluso mejoro a lo largo del seguimiento. El grupo control se mantuvo en el tratamiento e incluso mejora en el seguimiento con diferencias significativas ($p < 0.01$).

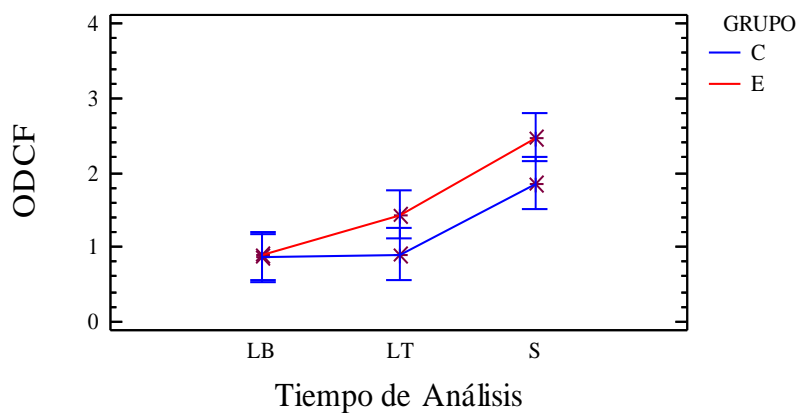


Figura 3.16. Evolución de la prueba observación directa en el factor expresión facial.

En la prueba ODMC (Figura 3.17.) solo aparecen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre el grupo control y el grupo experimental en el seguimiento. Asimismo, existen diferencias significativas a largo del tiempo, en el grupo control se obtiene una mejora en el seguimiento con un alto nivel de significación ($p < 0.01$) y con el grupo experimental un nivel más alto de significación ($p < 0.001$), en el tratamiento y en el seguimiento.

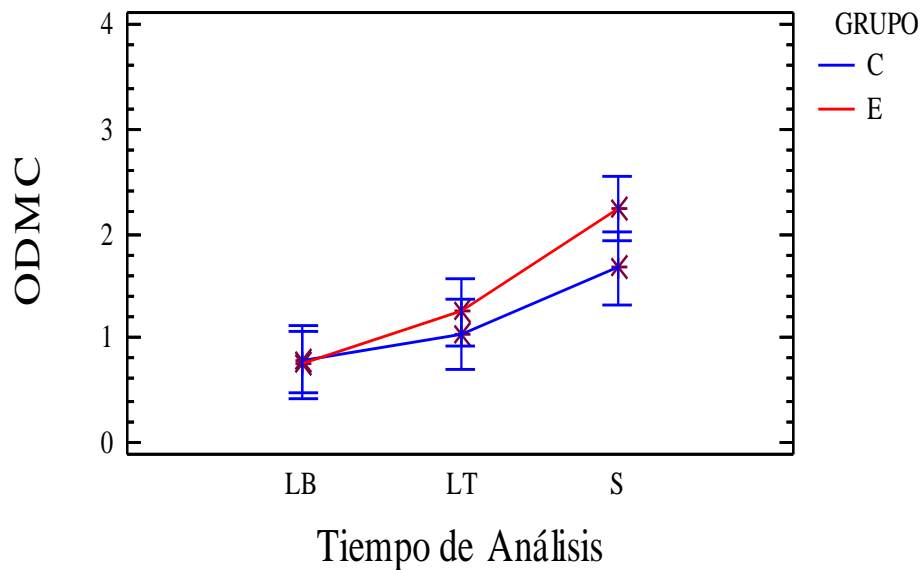


Figura 3.17. Evolución de la prueba observación directa en el factor movimientos corporales.

Resulta particularmente interesante la mejora en algunas pruebas durante el seguimiento en el grupo control que no recibió el tratamiento de HHSS, debidas a la contaminación positiva de participar en el estudio.

3.1.5. Prueba role-playing (evaluación de HHSS básicas)

Los resultados de la prueba de role-playing (RP) se presentan en la Tabla 3.8. y en la Figura 3.18. Aparecen diferencias para cada grupo respecto al tiempo, de forma que se puede asegurar que el tratamiento mejora las puntuaciones de esta prueba, de esta forma se observa una tendencia al alza tanto del grupo experimental ($p < 0.001$) como del grupo control ($p < 0.05$).

El grupo experimental sometido a tratamiento de HHSS, mostró una clara evolución en cuanto a su funcionamiento social, pues obtuvo una mejora en la evaluación de la prueba de *role-playing* a un nivel estadísticamente significativo ($p < .001$) entre sus puntuaciones en la línea base con el tratamiento y después del seguimiento. El grupo control presenta la misma tendencia aunque es diferente, solo fueron estadísticamente significativos para el seguimiento respecto a la línea base.

Tabla 3.8.
Resultado global de role-playing.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign.
ROLE-PLAYING	Control	102 a x	144 ab x	167 b x	*
	Experimental	151 a y	209 b y	248 c y	***
	Nivel Sign.	*	**	***	

Letras: a - b - c muestran diferencias en la misma línea.

Letras: x - y muestran diferencias en la misma columna.

Niveles de significación: *** <0.001 ** <0.01 * <0.05 y no significativo >0.05

Si bien es cierto que en la línea base ya existían diferencias a un nivel significativo ($p < 0.05$) entre el grupo control y experimental, la mejoría en los usuarios que recibieron terapia de HHSS junto con la técnica de autoinstrucción fue mayor, como lo muestra el aumento del nivel de significación ($p < 0.01$) para los grupos tras el tratamiento y un nivel de significación ($p < 0.001$) tras el seguimiento.

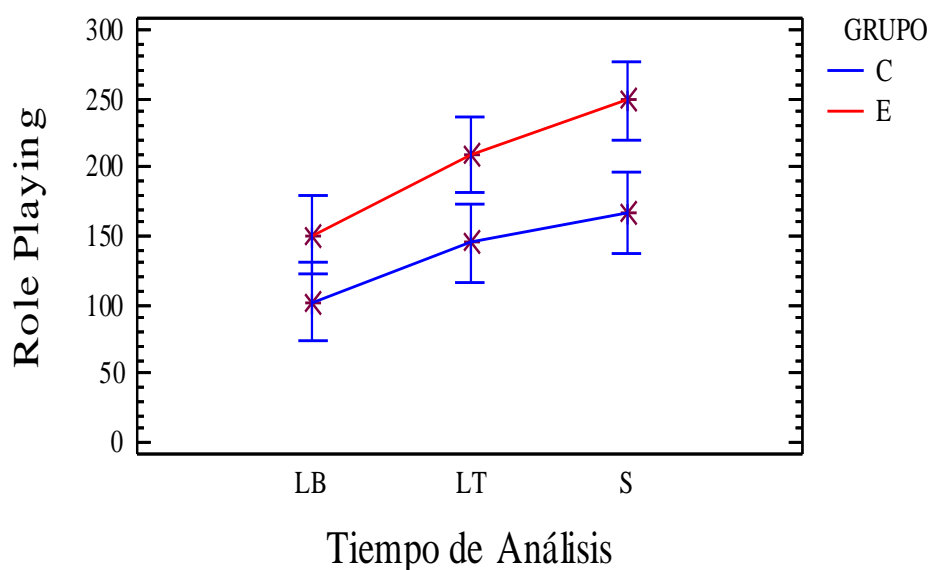


Figura 3.18. Evolución de la prueba role-playing (puntuaciones totales).

A continuación se representa (Tabla 3.9.) los resultados de cada uno de los factores de la prueba de role-playing (RP). En general aparecen diferencias entre el grupo experimental y control en los factores volumen verbal (RPVV), fluidez verbal (RPFV), conversación bidireccional (RPCB), contacto ocular (RPCO), expresión facial (RPEF) y respuesta adecuada (RPPA) tras el tratamiento y el seguimiento, de forma que el grupo experimental presentó un valor más alto. Asimismo, también aparecen diferencias, sobre todo para el grupo experimental tras el tratamiento, aunque no tras el seguimiento, lo que indica una mejoría del grupo experimental tras la aplicación del programa de HHSS.

Tabla 3.9.
 Resultado por factores del role-playing.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign.
RPA Ansiedad	Control Experimental Nivel Sign.	38,7 44,4 a n.s.	25,1 22,1 b n.s.	24,5 18,4 b n.s.	n.s. ***
RPVV Volumen Verbal	Control Experimental Nivel Sign.	21,0 a x 33,5 a y *	33,0 ab x 43,1 b y *	35,7 b x 47,7 b y **	* ***
RPFV Fluidez Verbal	Control Experimental Nivel Sign.	23,8 x 33,6 a y *	31,9 x 42,5 b y **	33,0 x 48,0 b y ***	n.s. ***
RPCB Conversación Bidireccional	Control Experimental Nivel Sign.	19,6 a x 26,6 a y *	29,8 b x 42,9 b y **	29,6 b x 48,5 b y ***	* ***
RPCO Contacto Ocular	Control Experimental Nivel Sign.	15,4 21,2 a n.s.	19,3 x 31,7 b y **	24,4 x 38,7 b y ***	n.s. ***
RPEF Expresión Facial	Control Experimental Nivel Sign.	10,4 a x 21,2 a y **	15,8 ab x 28,2 ab y *	24,1 b x 36,0 b y **	* **
RPMC Movimientos Corporales	Control Experimental Nivel Sign.	9,0 a 14,7 a n.s.	15,1 ab 20,6 a n.s.	20,5 b x 29,6 b y *	* ***
RPPR Repuesta Adecuada	Control Experimental Nivel Sign.	14,3 x 19,7 a y **	20,0 x 27,5 b y **	18,9 x 28,0 b y ***	n.s. ***

Letras: a - b - c muestran diferencias en la misma línea.

Letras: x - y muestran diferencias en la misma columna.

Niveles de significación: ***<0.001 **<0.01 *<0.05 y no significativo >0.05

En la prueba RPA (Figura 3.19.) no aparecen diferencias significativas tras el tratamiento y el seguimiento en el grupo experimental y el control. En el factor ansiedad de los usuarios, el grupo de HHSS disminuyó significativamente ($p < 0.001$) tras el tratamiento, pero se mantuvo sin cambios en el seguimiento. El grupo control mostró un comportamiento similar pero sin diferencias significativas.

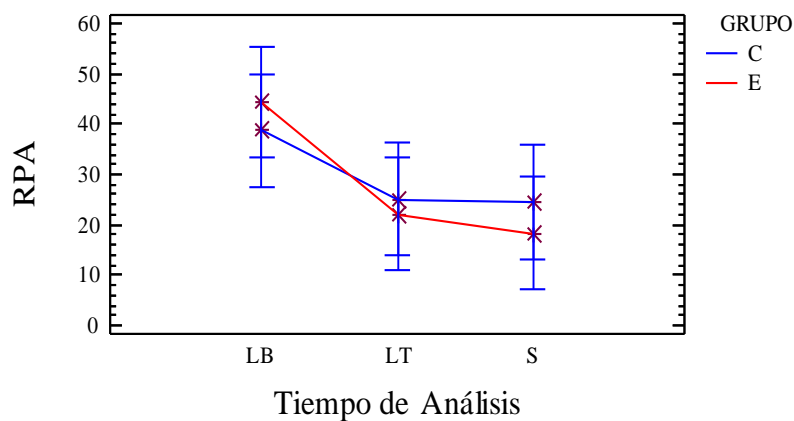


Figura 3.19. Evolución de la prueba role-playing en el factor ansiedad.

En la prueba RPVV (Figura 3.20.) aparecen diferencias significativas al inicio en la línea base ($p < 0.05$), tras el tratamiento ($p < 0.05$) y tras el seguimiento ($p < 0.01$) entre el grupo experimental y control. En relación al volumen verbal de los usuarios, el grupo de HHSS aumento significativamente ($p < 0.001$) a lo largo del tiempo pero las diferencias solo fueron significativas entre el inicio y el seguimiento y una tendencia similar se observó en el grupo control.

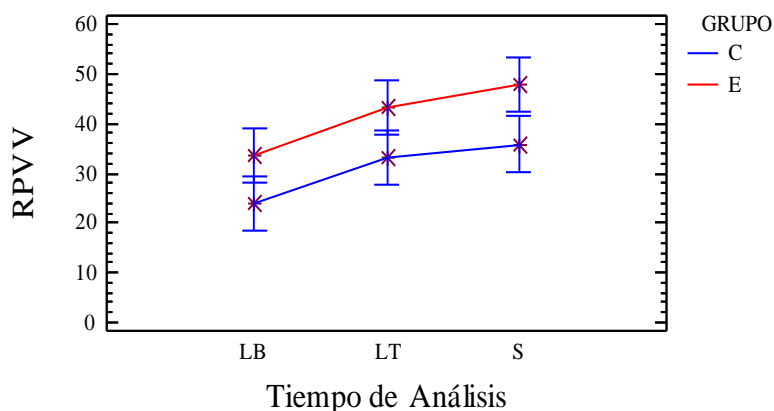


Figura 3.20. Evolución de la prueba role-playing en el factor volumen verbal.

En la prueba RPFV (Fig. 3.21.) aparecen diferencias significativas en la línea base ($p < 0.05$), tras el tratamiento ($p < 0.01$) y en el seguimiento ($p < 0.001$) aumentando los niveles de significación con el tiempo entre el grupo experimental y el grupo control. En el factor fluidez verbal de los usuarios, el grupo de HHSS aumento significativamente ($p < 0.001$) a lo largo del tiempo aunque las diferencias solo fueron significativas entre el inicio y el tratamiento. El grupo control mostró un aumento en el período de tratamiento y un mantenimiento en el seguimiento, pero sin diferencias significativas.

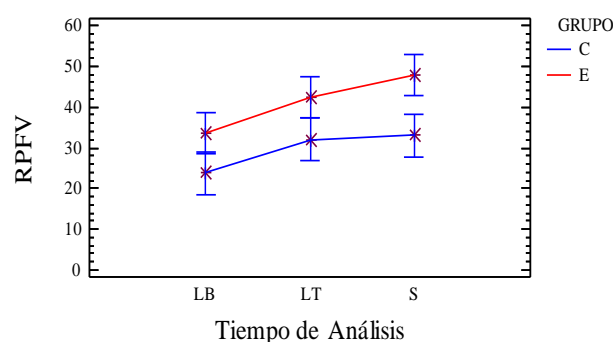


Figura 3.21. Evolución de la prueba role-playing en el factor fluidez verbal.

En la prueba RPCB (Figura 3.22.) aparecen diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en la línea base ($p < 0.05$), tras el tratamiento ($p < 0.01$) y en el seguimiento ($p < 0.001$) aumentando los niveles de significación. En el factor conversación bidireccional de los usuarios, el grupo de HHSS y el control aumentaron significativamente ($p < 0.001$) a lo largo del tiempo, pero con diferencias solo entre el inicio y el tratamiento, pues el ligero aumento tras el seguimiento en el experimental no fue significativo.

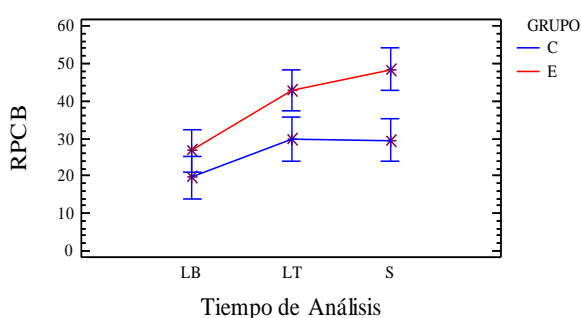


Figura 3.22. Evolución de la prueba role-playing en el factor conversación bidireccional.

En la prueba RPCO (Figura 3.23.) aparecen diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en el tratamiento ($p < 0.01$) y en el seguimiento ($p < 0.001$), aumentando los niveles de significación. En el factor contacto ocular de los usuarios, el grupo de HHSS aumento significativamente ($p < 0.001$) a lo largo del tiempo pero con diferencias solo en el tratamiento, pues durante el seguimiento el aumento no fue significativo. En cambio, en el grupo control mostró un ligero aumento pero sin diferencias significativas.

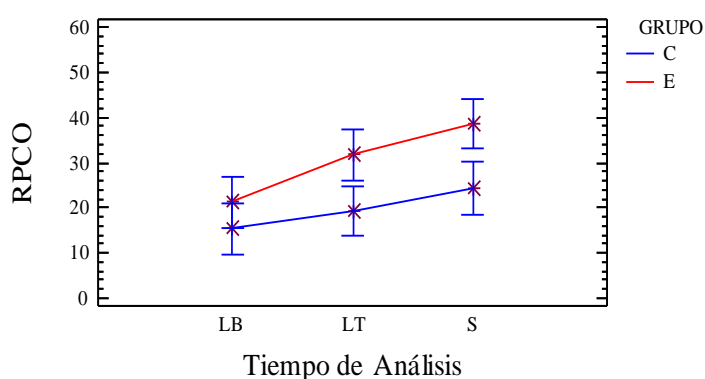


Figura 3.23. Evolución de la prueba role-playing en el factor contacto ocular.

En la prueba RPEF (Figura 3.24.) aparecen diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en la línea base ($p < 0.01$), tras el tratamiento ($p < 0.05$) y en el seguimiento ($p < 0.01$). En el factor expresión facial de los usuarios, ambos grupos aumentaron con niveles de significación ($p < 0.01$) a lo largo del tiempo, con diferencias entre la línea base y el seguimiento.

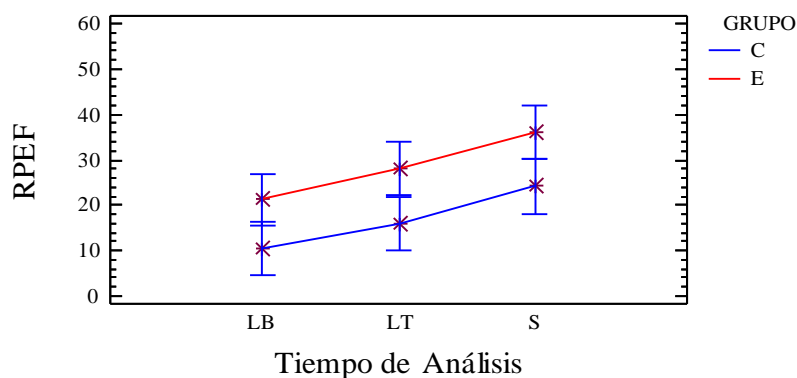


Figura 3.24. Evolución de la prueba role-playing en el factor expresión facial.

En la prueba RPMC (Figura 3.25.) solo existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en el seguimiento entre ambos grupos. En el factor movimientos corporales de los usuarios, el grupo de HHSS aumenta significativamente ($p < 0.001$) a lo largo del tiempo con una mejora significativa en el seguimiento. En el grupo control mostró un ligero aumento, con diferencias significativas.

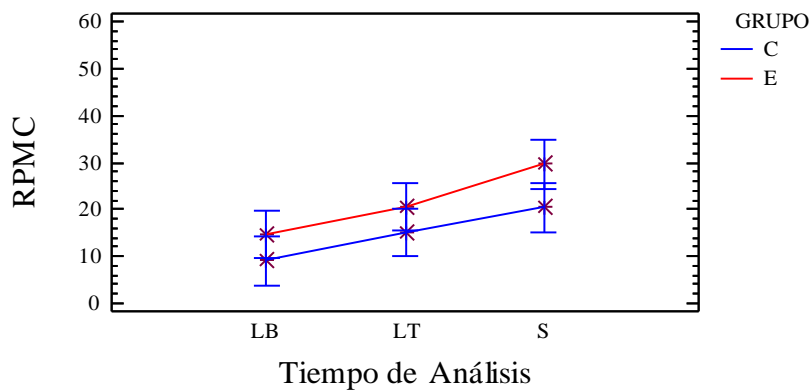


Figura 3.25. Evolución de la prueba role-playing en el factor movimientos corporales.

En la prueba RPPR (Figura 3.26.) aparecen diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en la línea base ($p < 0.01$) y tras el tratamiento ($p < 0.01$) y en el seguimiento ($p < 0.001$) aumentando los niveles de significación. En el factor respuesta y habilidad en el trato de los usuarios, el grupo de HHSS aumento significativamente ($p < 0.001$) entre la línea de base y el tratamiento, pero no tras el seguimiento. En el grupo control no mostró diferencias significativas a lo largo de los tres períodos.

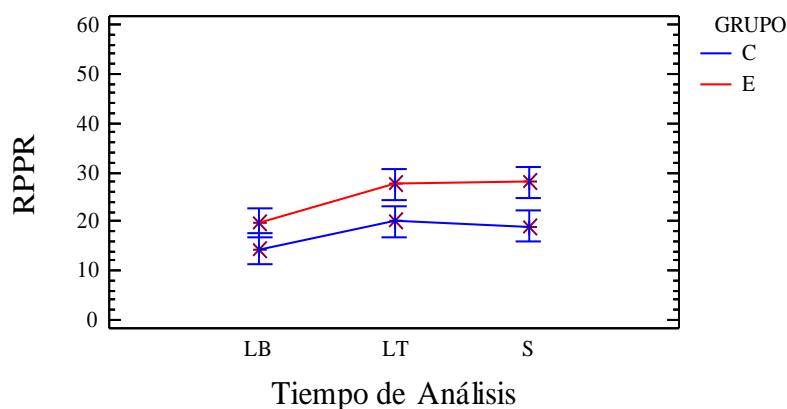


Figura 3.26. Evolución de la prueba role-playing en el factor de respuesta y habilidad en el trato.

3.1.6. Prueba cuestionario Sevilla de calidad de vida (percepción de la calidad de vida del usuario)

Los resultados globales del cuestionario Sevilla de calidad de vida (CSCV) se presentan en la Tabla 3.10. y en la Figura 3.27. No aparecen diferencias significativas entre el grupo control y el experimental sometido a HHSS en el punto de partida, ni tras el tratamiento ni tras el seguimiento. Esto indica que tanto el grupo de tratamiento de HHSS como el grupo control tienen una percepción parecida a lo largo de los tres tiempos.

Tabla 3.10.

Resultado global del cuestionario Sevilla de calidad de vida CSCV.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign.
CALIDAD SEVILLA	Control	14,6	13,8	14,3	n.s.
	Experimental	13,6	15,4	15,4	n.s.
	Nivel Sign.	n.s.	n.s.	n.s.	

Letras: a - b - c muestran diferencias en la misma línea.

Letras: x - y muestran diferencias en la misma columna.

Niveles de significación: ***<0.001 **<0.01 *<0.05 y no significativo >0.05

Asimismo tampoco aparecen diferencias significativas para el grupo experimental o control respecto al tiempo, de forma que se puede asegurar que el tratamiento no mejora las puntuaciones de esta prueba.

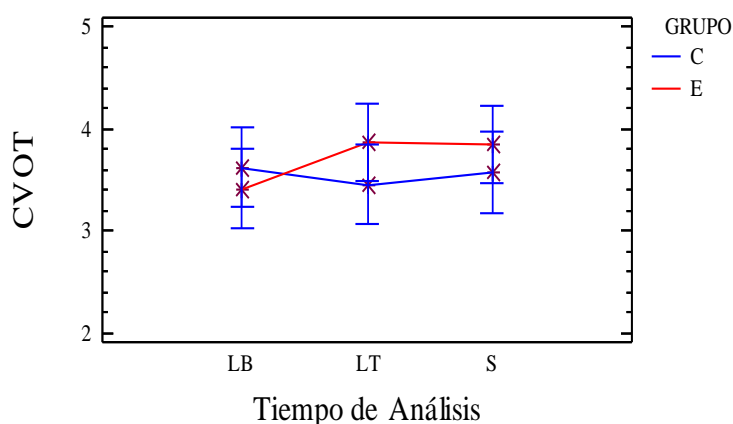


Figura 3.27.

Evolución de la prueba cuestionario Sevilla de calidad de vida (puntuaciones totales).

En la Tabla 3.11. se presenta el resumen de los resultados de cada uno de los factores del cuestionario Sevilla. Tan solo existen diferencias claras en el factor armonía en el tiempo de seguimiento entre ambos grupos y a lo largo del tiempo en el grupo experimental.

Tabla 3.11.

Resultado por factores del cuestionario Sevilla de calidad de vida.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign.
CVSV Satisfacción Vital	Control Experimental Nivel Sign.	3,8, 3,5 n.s.	3,5 x 4,0 y *	3,7 3,8 n.s.	n.s. n.s.
CVA Autoestima	Control Experimental Nivel Sign.	3,6 3,4 n.s.	3,3 3,7 n.s.	3,6 3,7 n.s.	n.s. n.s.
CVAR Armonía	Control Experimental Nivel Sign.	3,6 3,3 a n.s.	3,6 3,8 ab n.s.	3,3 x 4,1 b y *	n.s. *

Letras: a - b - c muestran diferencias en la misma línea.

Letras: x - y muestran diferencias en la misma columna.

Niveles de significación: ***<0.001 **<0.01 *<0.05 y no significativo >0.05

Con respecto al factor satisfacción vital (Figura 3.28), sólo el grupo experimental obtuvo diferencias significativas ($p < 0.05$) en la fase del tratamiento con respecto al grupo control, pero la mejoría del grupo experimental se pierde en el seguimiento.

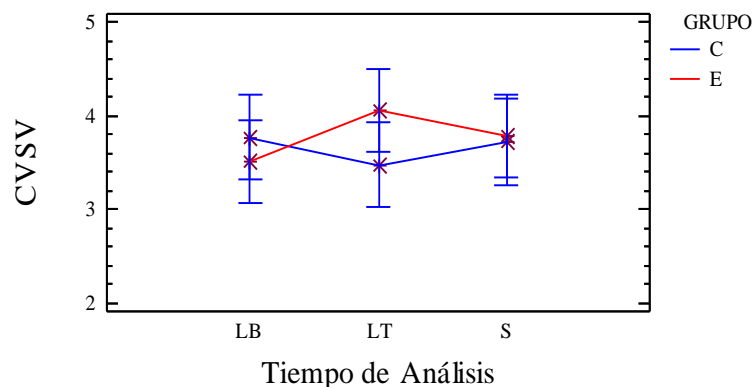


Figura 3.28. Evolución de la prueba calidad Sevilla en el factor satisfacción vital.

En relación al factor autoestima (Figura 3.29.) el grupo experimental y el grupo control, muestran valores similares en los tres tiempos, y sin diferencias significativas.

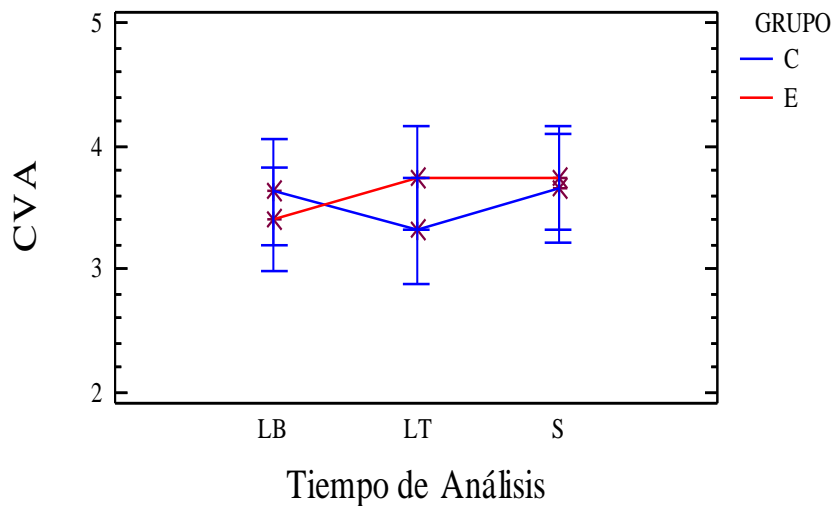


Figura 3.29. Evolución de la prueba calidad Sevilla en el factor autoestima.

El factor armonía (Figura 3.30.) sólo mostró diferencias ($p < 0.05$) entre los grupos control y experimental en el seguimiento en un valor más alto para el grupo experimental. El grupo control se mantuvo constante durante los tres tiempos. Sin embargo, en el grupo experimental mostró un claro aumento significativo ($p < 0.05$) en relación al tiempo, lo que muestra un efecto positivo del tratamiento.

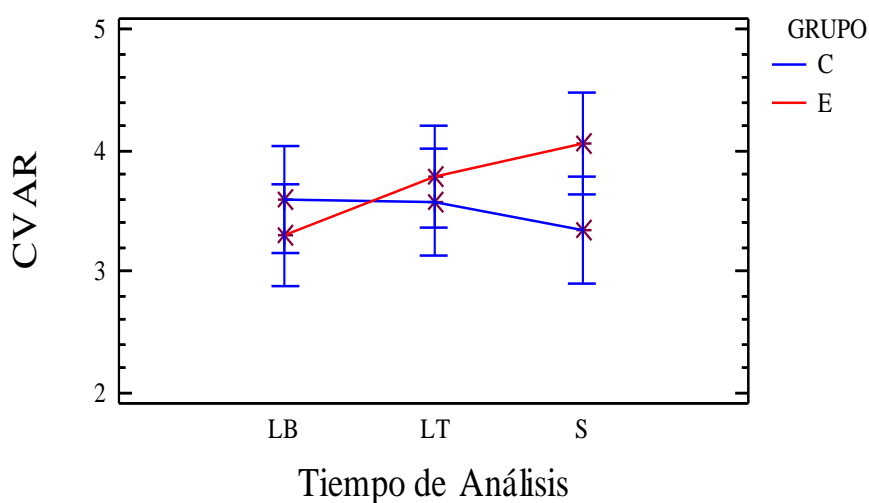


Figura 3.30. Evolución de la prueba calidad Sevilla en el factor armonía.

3.1.7. Prueba de diferencial semántico

En la prueba de diferencial semántico, a la vista de los resultados globales (Tabla 3.12.) se puede afirmar que no existen diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 3.12.
Resultado global del diferencial semántico.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign
DIFERENCIAL SEMANTICO	Control	300	278	287	n.s.
	Experimental	290	277	283	n.s.
	Nivel Sign	n.s.	n.s.	n.s.	

En la Tabla 3.13. se presentan los resultados de los conceptos de la prueba diferencial semántico, no apareciendo diferencias significativas, entre grupos ó entre tiempos.

Tabla 3.13.
Resultado de los conceptos del diferencial semántico.

		Línea Base (LB)	Tratamiento (LT)	Seguimiento (S)	Nivel Sign.
DS Hogar	Control	61,4	53,6	57,6	n.s.
	Experimental	x 54,3	49,0	51,9	n.s.
	Nivel Sign.	y *	n.s.	n.s.	
DS Amigos	Control	58,0	52,7	56,9	n.s.
	Experimental	58,4	56,7	60,6	n.s.
	Nivel Sign.	n.s.	n.s.	n.s.	
DS Diversiones	Control	58,4	53,7	58,0	n.s.
	Experimental	58,7	56,8	60,4	n.s.
	Nivel Sign.	n.s.	n.s.	n.s.	
DS Madre	Control	63,1	61,2	60,7	n.s.
	Experimental	61,0	58,8	57,2	n.s.
	Nivel Sign.	n.s.	n.s.	n.s.	
DS Padre	Control	59,3	56,4	53,5	n.s.
	Experimental	57,8 a	56,1	53,2	n.s.
	Nivel Sign.	n.s.	n.s.	n.s.	

Letras: a - b - c muestran diferencias en la misma línea.

Letras: x - y muestran diferencias en la misma columna.

Niveles de significación: ***<0.001 **<0.01 *<0.05 y no significativo >0.05

En el concepto de hogar (Figura 3.31.) aparecen diferencias significativas ($p < 0.05$) en la línea base entre el grupo control y experimental. Ambos grupos disminuyen tras el tratamiento, mientras que durante el seguimiento existe un ligero aumento en las puntuaciones, pero sin diferencias significativas.

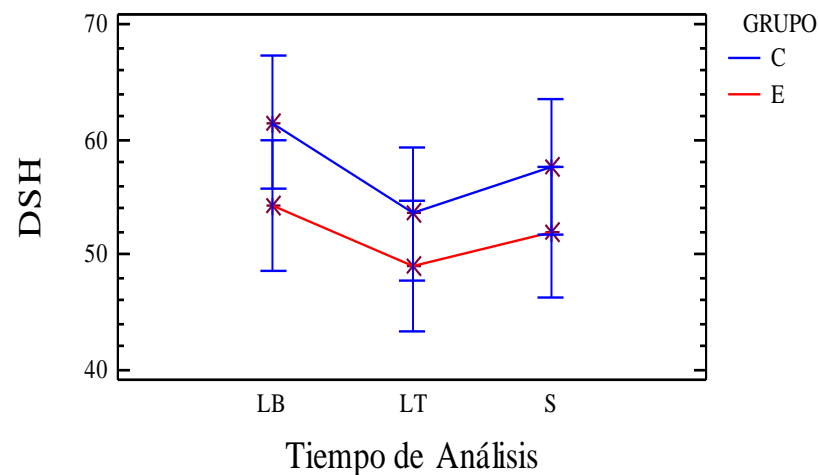


Figura 3.31. Evolución de la prueba diferencial semántico en el concepto hogar.

En el concepto de amigos (Figura 3.32.) los grupos mostraron un mismo valor de partida, con una ligera diferencia tras el tratamiento, debida a una discreta disminución en el grupo control, que se mantiene tras los seis meses de seguimiento, donde ambos grupos muestran una ligera mejora del concepto, pero sin diferencias significativas

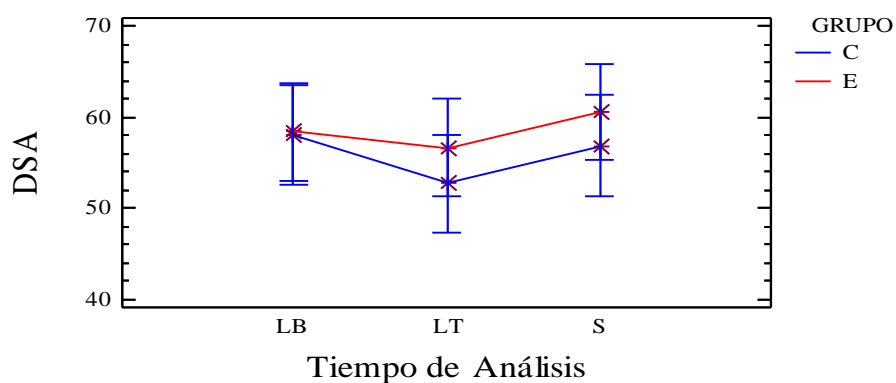


Figura 3.32. Evolución de la prueba diferencial semántico en el concepto amigos.

En el concepto diversiones (Figura 3.33.) ambos grupos mostraron un mismo valor en el inicio, se observa una discreta disminución en el grupo control pero no existen diferencias significativas. Tras los seis meses de seguimiento ambos grupos muestran una mejora, pero sin diferencias significativas en ninguno de los tiempos.

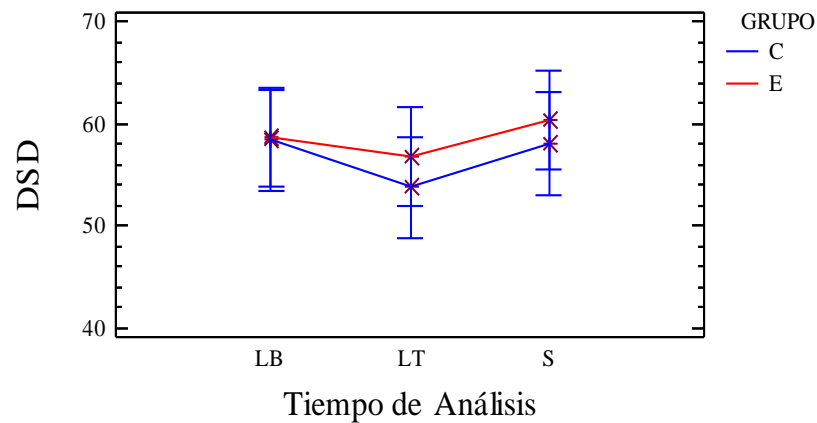


Figura 3.33. Evolución de la prueba diferencial semántico en el concepto diversiones.

En el concepto de madre (Figura 3.34.) no aparecen diferencias significativas entre el grupo control y experimental. Ambos grupos disminuyen tras el tratamiento y el seguimiento.

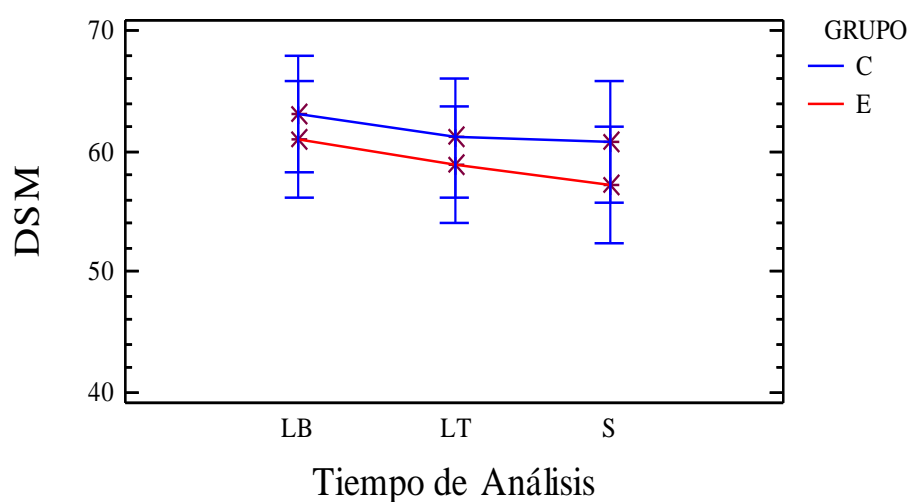


Figura 3.34. Evolución de la prueba diferencial semántico en el concepto madre.

En el concepto de padre (Fig. 3.35.) los valores fueron similares para ambos grupos en los tres tiempos. Ambos grupos disminuyen tras el tratamiento, y el seguimiento, pero sin diferencias significativas. El intervalo de confianza en estas medias fue muy elevado entre ellas, debido a una gran variabilidad en las respuestas.

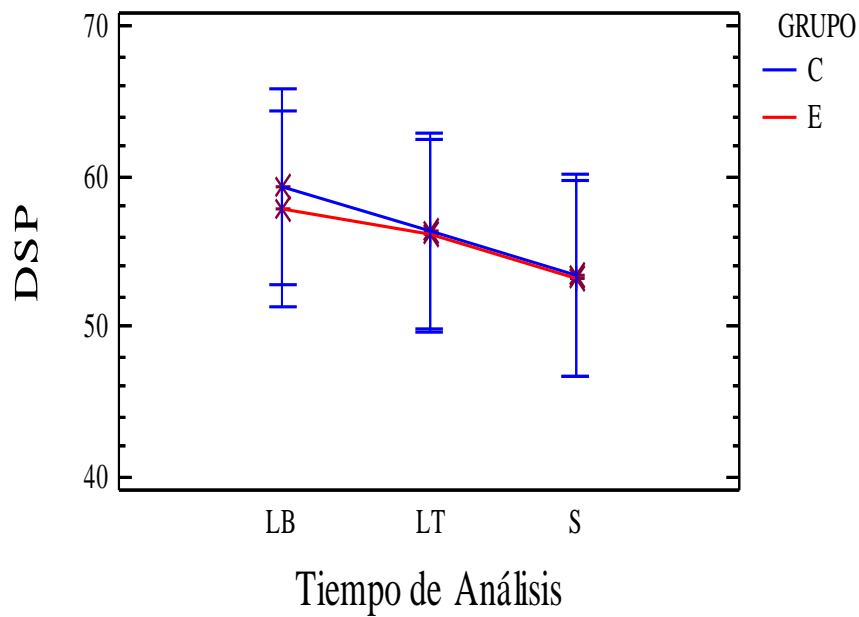


Figura 3.35.

Evolución de la prueba diferencial semántico en el concepto padre.

3.2 INFLUENCIA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

3.2.1. Resultados globales de las pruebas

Los resultados globales de las pruebas RP, DS, OD, PAI, BPR y CV se han analizado en función de algunas variables sociodemográficas consideradas a priori de interés, sexo, consumo de drogas, alcohol, visitas y llamadas.

En primer lugar los resultados se han resumido en la Tabla 3.14. sin distinguir entre grupo control y experimental, y considerando las medias de la línea base, tratamiento y seguimiento.

Tabla 3.14.

Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en RP, DS, OD, PAI, BP y CV

	SEXO		DROGAS		ALCOHOL		VISITAS		LLAMADAS	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
RP	171	172	172	162	172	168	185 a	152 b	191 a	147 b
DS	287	277	283	290	283	290	285	284	283	288
OD	11,4	11,7	11,5	11,2	11,6	11,1	12,1 a	10,5 b	12,3 a	10,4 b
PAI	10,5 a	13,2 b	10,3 a	13,1 b	10,7	11,5	10,1 a	12,4 b	9,9 a	12,5 b
BPRS	61 a	73 b	62	65	61	64	62	65	61	66
CV	14,4	15,6	14,5	14,9	14,1 a	15,5 b	15,0	13,9	14,8	14,3

Letras: a – b muestran diferencias en la misma línea

Sexo: 1=Hombre, 2=Mujer. Drogas, Alcohol, Visitas y Llamadas 1=Si, 2=No

Se observa que entre el sexo masculino (1) y el sexo femenino (2), en las pruebas del role-playing (RP), diferencial semántico (DS), observación directa (OD) y calidad de vida (CV), no se obtuvieron ningún tipo de diferencias. Sin embargo en la prueba de evaluación psiquiátrica (BPRS) y en la escala de síntomas negativos (PAI) entre los hombres (1) y las mujeres (2), existieron diferencias significativas, pues en ambas pruebas las mujeres obtienen un valor más elevado, lo que es indicativo de que éstas presentan mayor sintomatología, las mujeres, aunque en menor número que los hombres, se encuentran en peor estado. Aunque el inicio de la enfermedad en la mujer es

posterior, la evolución de la enfermedad produce en ellas un mayor déficit o deterioro social.

En relación a las drogas, entre quienes han sido consumidores (1) y los que no han consumido (2) no existen diferencias significativas, excepto en la prueba PAI donde los no consumidores presentan una menor sintomatología.

Respecto al consumo de alcohol solo aparecen diferencias significativas en la prueba de calidad de vida (CV), obteniendo un mejor nivel los no consumidores.

Entre los usuarios que reciben visitas (1) y los que no las reciben (2) existen diferencias significativas en diferentes pruebas en el role-playing (RP) los que reciben visitas obtienen mejores resultados, y lo mismo ocurre en la prueba de observación directa (OD), pero en la prueba PAI ocurre al contrario, obtienen puntuaciones más bajas los que reciben visitas (1), ya que en esta prueba un valor bajo es indicativo de un descenso de la sintomatología negativa. Los mismos resultados se obtienen con el efecto de las llamadas, todo lo cual es indicativo, como era de esperar, que el apoyo familiar y social es importantísimo en la mejora del usuario.

3.2.2. Efecto de algunas variables sociodemográficas en el role-playing (RP)

Los resultados globales de la prueba de role-playing (RP) se presentan en la Tabla 3.15, analizados separadamente para el grupo control y el grupo experimental.

En el grupo control no se obtienen diferencias significativas en relación al efecto del sexo, el consumo de alcohol o drogas y visitas, pero en cambio hay diferencias significativas entre los usuarios que reciben llamadas y los que no las recibe. Asimismo en el grupo experimental, donde todos reciben el tratamiento en HHSS, tanto hombres como mujeres, los que consumen como los que no consumen drogas/alcohol, y también los que reciben o no llamadas/visitas, presentan valores muy similares, sin diferencias significativas (Tabla-3.15.).

Tabla 3.15.
Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en RP considerando grupo control y experimental.

RP	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	1	2	1	2
SEXO	135	160	207	181
DROGAS	143	127	198	197
ALCOHOL	132	145	200	201
VISITAS	154	133	204	194
LLAMADAS	171 a	120 b	203	199

Letras: a – b muestran diferencias en la misma línea
Sexo: 1=Hombre, 2=Mujer. Drogas, Alcohol, Visitas y Llamadas 1=Si, 2=No

En general para todas las variables se observa que el grupo experimental presenta puntuaciones más elevados que en el grupo control. Al mismo tiempo se observa que las diferencias intergrupos son menores en el grupo experimental, esto puede indicar que los usuarios que participan del programa de HHSS, obtienen beneficios en relación a la comunicación y participación social más acorde con las expectativas creadas, independientemente de su historial sociodemográfico, pero en el grupo control, su efecto es más evidente.

A continuación se presenta la evolución general para cada grupo de las puntuaciones RP para cada grupo y cada variable sociodemográfica.

Respecto al sexo (Figura 3.36.) en el grupo control parece ser que las mujeres (2) tienden a aumentar el valor de RP en el seguimiento más que los hombres (1) pero sin diferencias significativas, mientras que en el grupo experimental los hombres mejoran más en el tratamiento pero ambos sexos aumentan de forma similar en el seguimiento.

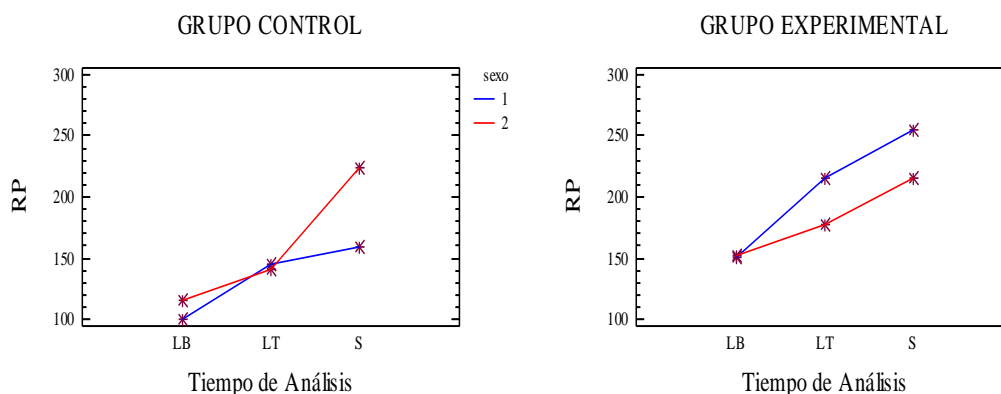


Figura 3.36. Evolución del grupo en relación al role-playing y la relación con el sexo, hombre (1) mujer (2).

La respuesta en la prueba de RP en los usuarios que han consumido alcohol (1) y los que no han consumido (2) es similar, para el grupo control y experimental en todos los tiempos del análisis (Figura 3.37.), sin diferencias significativas.

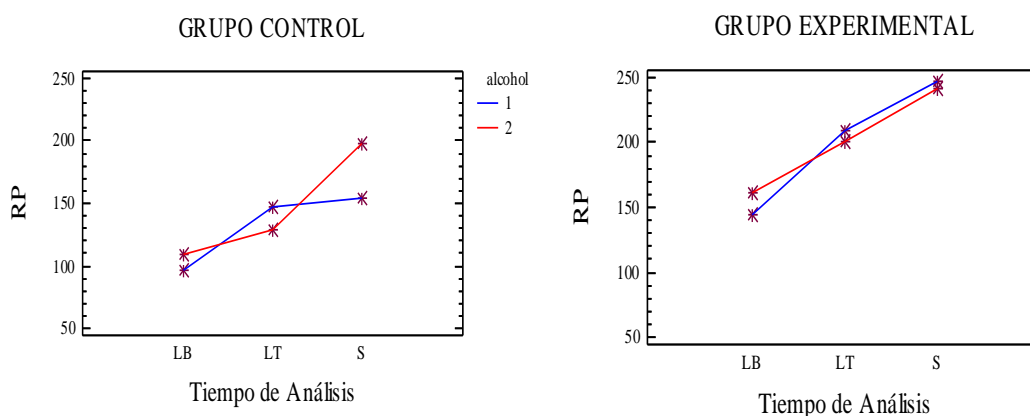


Figura 3.37. Evolución del grupo en relación al role-playing y el consumo de alcohol (si=1, no=2).

La respuesta en la prueba de RP de los usuarios que han consumido drogas (1) y los que no han consumido (2) es similar, para el grupo control y experimental en todos los tiempos (Figura 3.38.).

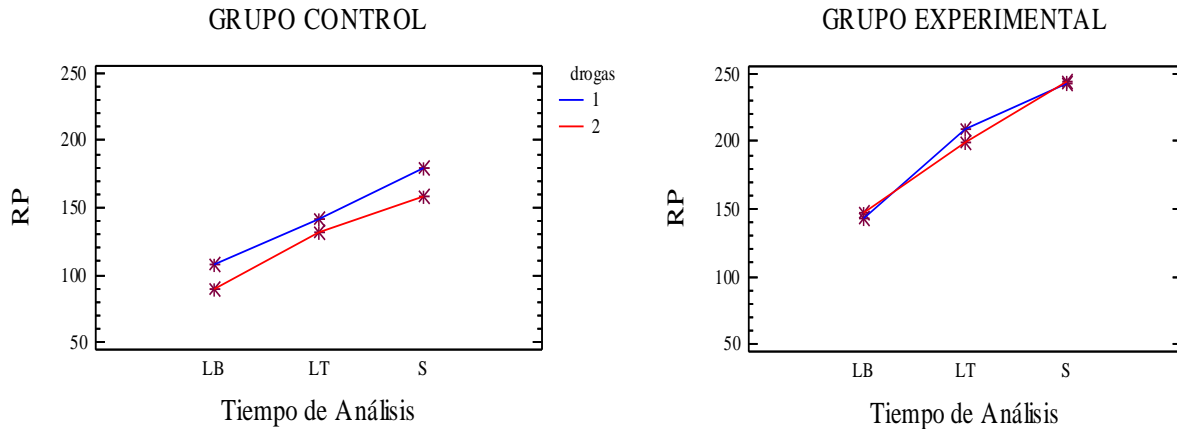


Figura 3.38. Evolución del grupo en relación al role-playing y el consumo de drogas (si=1, no=2).

En relación a las visitas (Figura 3.39.), parece que existen ciertas diferencias en la respuesta en la prueba RP en el grupo control en la línea de tratamiento (LT), pero sin llegar a ser significativa, de forma que aquellos que reciben visitas (1) presentan un mayor valor, no obstante la mejora no continúa tras el seguimiento (S), pero si para los que no reciben visitas. En el grupo experimental las visitas no tienen ningún efecto en ningún tiempo de análisis, pero ambas siguen la misma evolución.

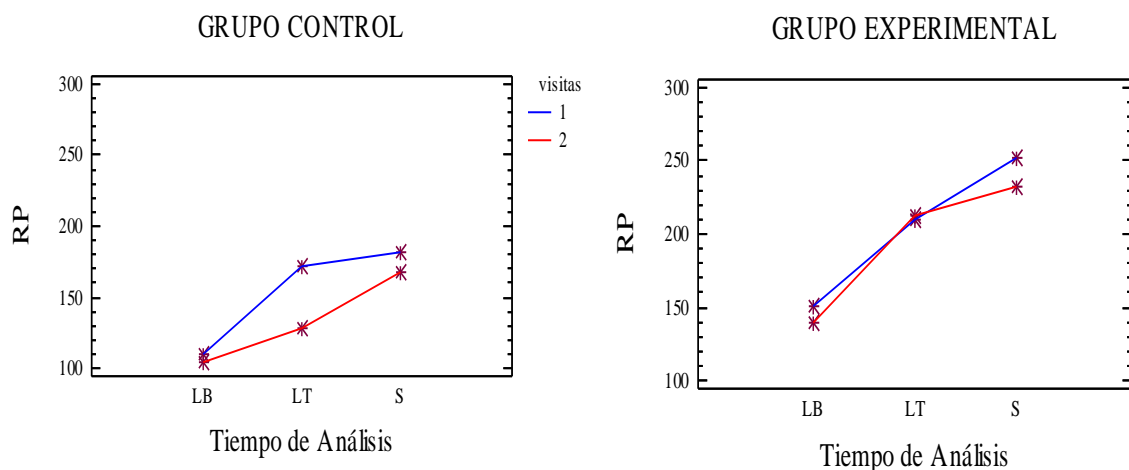


Figura 3.39. Evolución del grupo en relación al role-playing y la recepción visitas (si=1, no=2).

Respecto a las llamadas (Figura 3.40.), aparecen diferencias significativas ($p < 0.05$) para la respuesta en la pruebas RP para los usuarios en el grupo control en la línea de tratamiento (LT), de forma que aquellos que reciben llamadas (1) presentan un mayor valor; no obstante la mejora no continua tras el seguimiento (S), como ocurría en las visitas. En el grupo experimental las llamadas no tienen ningún efecto diferencial en ningún tiempo de análisis.

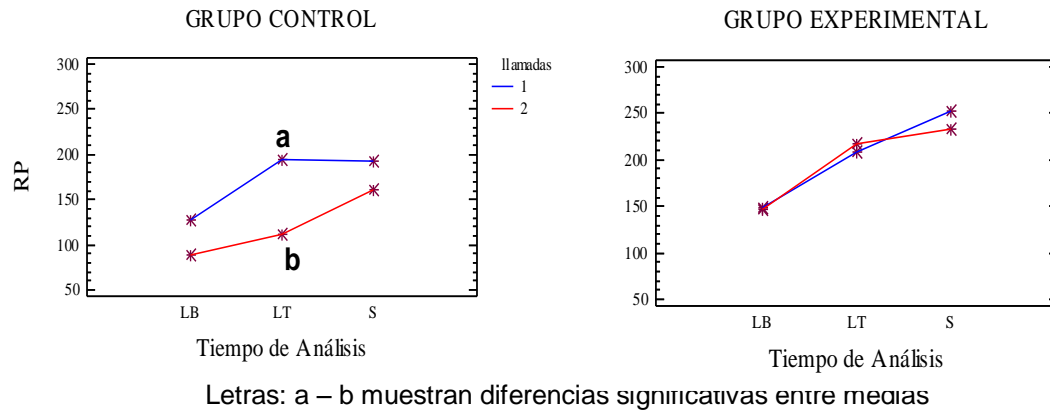


Figura 3.40.

Evolución del grupo en relación al role-playing y la admisión de llamadas (si=1, no=2).

3.2.3. Efecto de algunas variables sociodemográficas en el diferencial semántico (DS)

Los resultados globales de la prueba del diferencial semántico (DS) se presentan en la Tabla 3.16., analizados separadamente para el grupo control y experimental.

En el grupo control no se obtienen diferencias significativas en relación al efecto del sexo, el consumo de alcohol o drogas, visitas y llamadas. En el grupo experimental, no se obtienen diferencias significativas para sexo, consumo de drogas/alcohol, en cambio hay diferencias significativas entre los usuarios que reciben llamadas y los que no las reciben presentando estas últimas un mayor valor en DS (Tabla-3.16.).

Tabla 3.16.
Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en DS considerando grupo control y experimental.

DS	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	1	2	1	2
SEXO	289	283	286	272
DROGAS	285	300	280	281
ALCOHOL	287	294	280	284
VISITAS	300	276	276	303
LLAMADAS	299	279	273 a	308 b

Letras: a – b muestran diferencias en la misma línea
Sexo: 1=Hombre, 2=Mujer. Drogas, Alcohol, Visitas y Llamadas 1=Si, 2=No

A grandes rasgos, se observa que tanto el grupo control como el experimental obtienen las mismas puntuaciones para cada variable.

En el grupo control ambos sexos (Figura 3.41.) parten del mismo valor de inicio en la línea base, tienden a disminuir en el tratamiento y ambos sexos aumentan de forma similar en el seguimiento, pero sin diferencias significativas. Mientras en el grupo experimental, los hombres se mantienen con un similar valor en los tres tiempos, pero las mujeres disminuyen el valor en el tratamiento, sin diferencias significativas, igualándose el valor para el seguimiento.

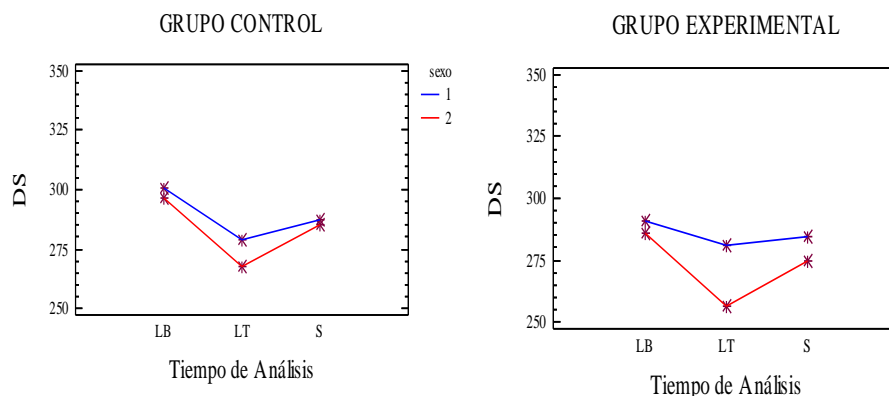


Figura 3.41. Evolución del grupo en relación al diferencial semántico y los grupos en relación al sexo, hombre (1) mujer (2).

La respuesta de los usuarios que han consumido drogas (1) y los que no han consumido (2) es similar, para el grupo control y en el grupo experimental, pues no hay diferencias significativas. Las diferencias en la línea base del grupo control acaban igualándose en el seguimiento (Figura 3.42.).

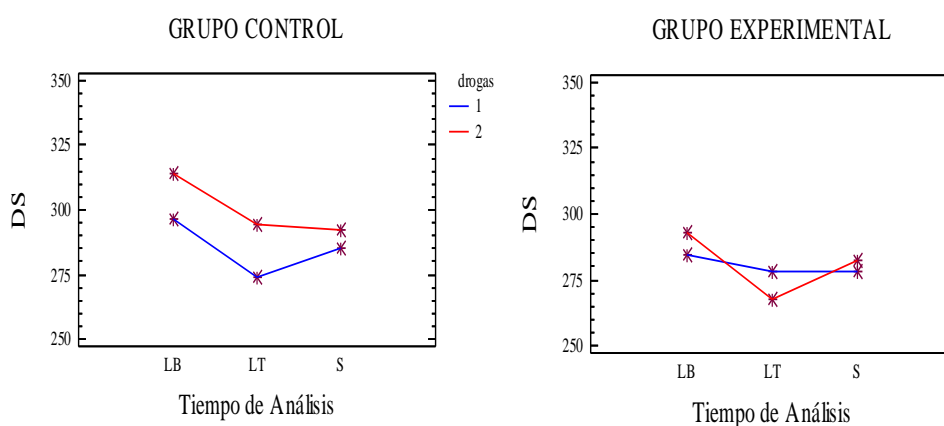


Figura 3.42 Evolución del grupo en relación al diferencial semántico y los grupos en el consumo de drogas (si=1, no=2).

Asimismo la respuesta de los usuarios que han consumido alcohol (1) y los que no han consumido (2) es también similar, para el grupo control y experimental en todos los tiempos del análisis (Figura 3.43.).

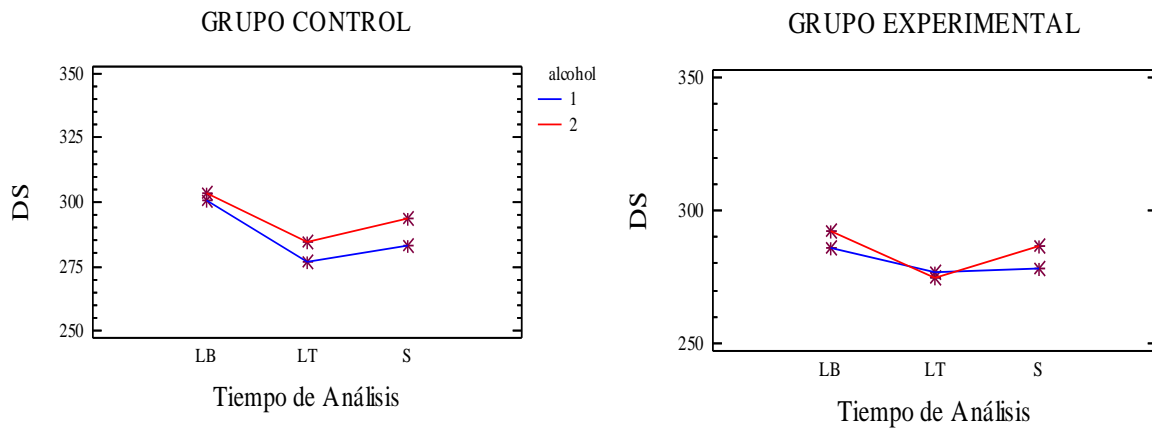


Figura 3.43.

Evolución del grupo en relación al diferencial semántico y los grupos en el consumo de alcohol (si=1, no=2).

Respecto al efecto de las visitas (Figura 3.44.) las diferencias entre los usuarios del grupo control en el pretratamiento (LB), se mantiene en la línea de tratamiento (LT) y tras el seguimiento (S), pero sin llegar a ser significativas. En el grupo experimental las visitas (1) parecen causar un efecto de reducción del DS en la línea de tratamiento pero el valor se mantiene en el seguimiento, mientras que los usuarios no visitados permanecen con una puntuación estable, los que reciben visitas parecen mejorar la percepción de los conceptos, pero sin diferencias significativas.

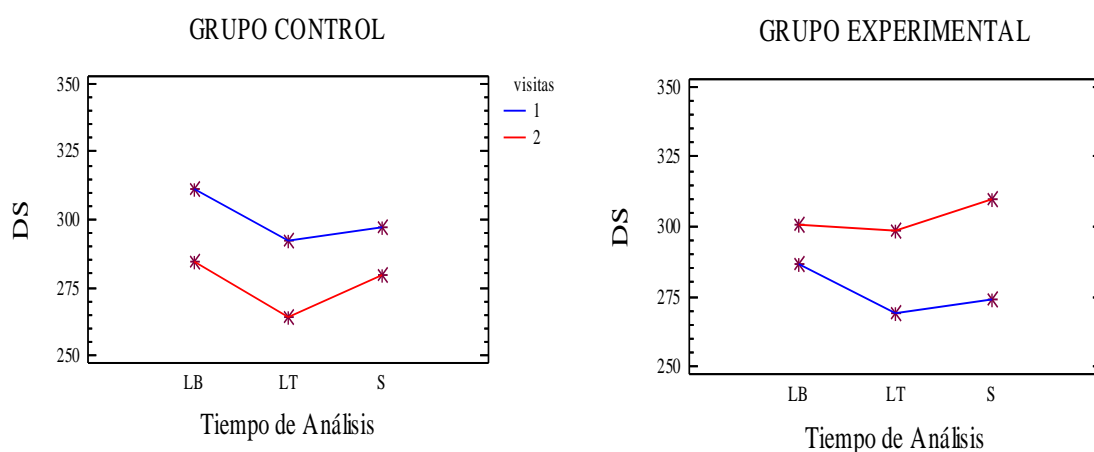
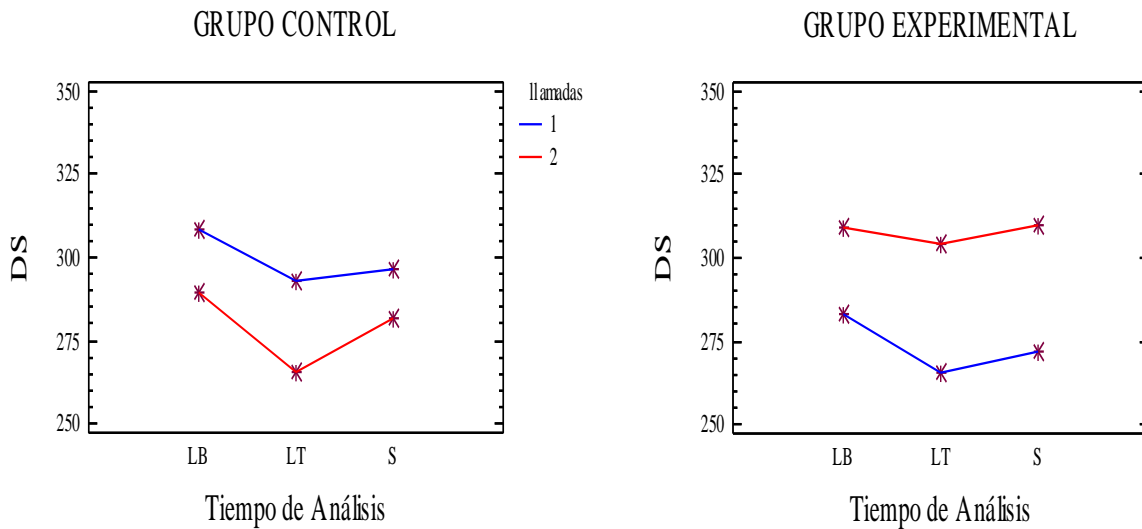


Figura 3.44.

Evolución del grupo en relación al diferencial semántico y los grupos en relación a las visitas (si=1, no=2).

En relación a la recepción de llamadas (Figura 3.45.), en el grupo control no surten ningún efecto diferencial en ningún tiempo de análisis. En el grupo experimental tampoco aparecen diferencias significativas para la respuesta en las pruebas OD para los usuarios, pero aquellos que reciben llamadas (1) presentan un menor valor en los tres tiempos, con una ligera reducción tras el tratamiento, pero en este caso el efecto global si fue significativo (Tabla 31).



Figuras 3.45. Evolución del grupo en relación al diferencial semántico y los grupos en relación a las llamadas (si=1, no=2).

3.2.4 Efecto de algunas variables sociodemográficas en la prueba de observación directa (OD)

Los resultados globales de la prueba de observación directa (OD) se presentan en la Tabla 3.17., analizados separadamente para el grupo control y experimental.

En el grupo control no se obtienen diferencias significativas en relación al efecto del sexo, el consumo de alcohol o drogas, visitas y llamadas. En el grupo experimental, hombres como mujeres, los que consumen como los que no consumen drogas/alcohol no obtienen diferencias significativas. En cambio, hay diferencias significativas entre los usuarios que reciben llamadas/visitas y los que no las reciben en el grupo experimental (Tabla-3.17), presentando estos últimos un menor valor. Parece que las llamadas o visitas tienen un efecto positivo en los usuarios sometidos a HHSS pero no en el grupo control.

Tabla 3.17.

Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en OD considerando grupo control y experimental.

OD	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	1	2	1	2
SEXO	9,9	12,5	12,8	11,1
DROGAS	10,2	10,3	12,7	12,1
ALCOHOL	10,3	10,2	12,6	12,3
VISITAS	10,4	10,6	13,2 a	10,3 b
LLAMADAS	10,7	10,3	13,2 a	10,6 b

Letras: a – b muestran diferencias en la misma línea

Sexo: 1=Hombre, 2=Mujer. Drogas, Alcohol, Visitas y Llamadas 1=Si, 2=No

A grandes rasgos, se observa que el grupo experimental presenta puntuaciones ligeramente más elevadas que en el grupo control, como se vio anteriormente en la Tabla 3.6. debidas al efecto positivo del tratamiento de HHSS.

En el grupo control (Figura 3.46.) parece ser que las mujeres (2) tienden a aumentar el valor de OD en el seguimiento más que los hombres (1) estando al límite de la significación ($p=0.0516$). En el grupo experimental tanto los hombres como las mujeres mejoran en el tratamiento, ambos sexos aumentan de forma similar, en el seguimiento las diferencias están casi al límite de ser significativas a favor de los hombres ($p=0.0577$).

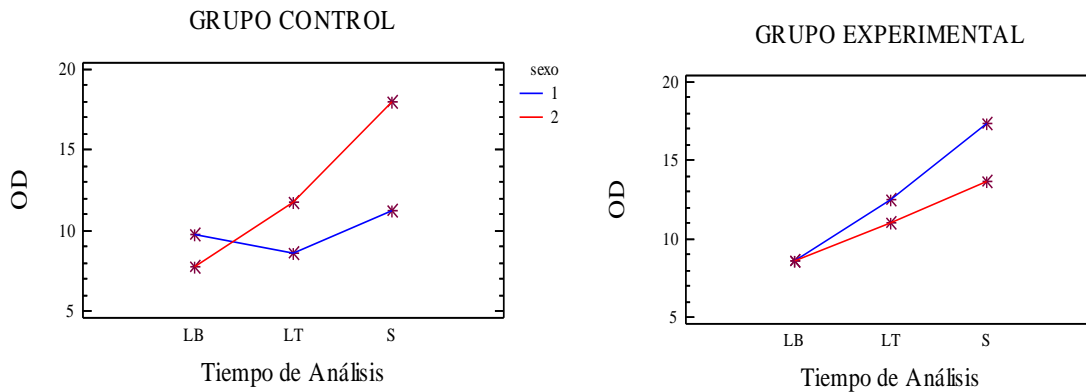
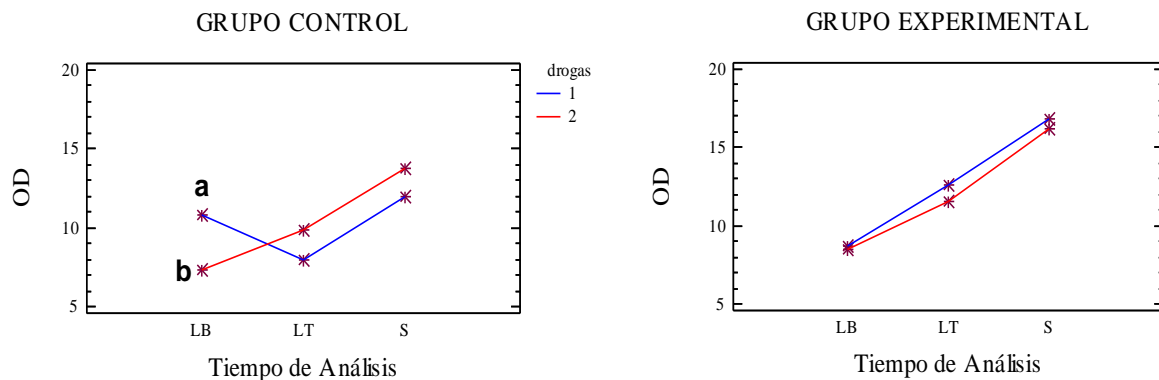


Figura 3.46. Evolución del grupo en relación a la observación directa y los grupos en relación a la variable sexo, hombre(1) mujer (2).

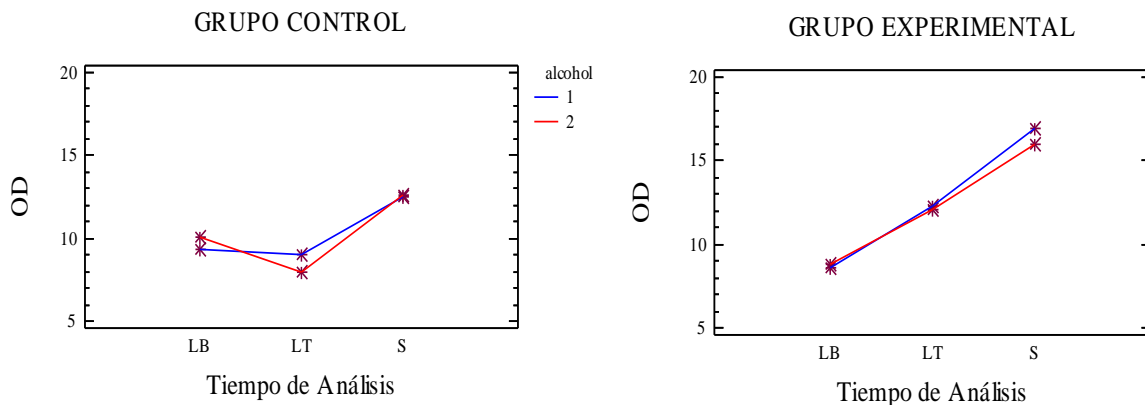
La diferencia inicial existente en el grupo control (Figura 3.47.) entre los usuarios consumidores (1) y los que no han consumido drogas (2) desaparece en el tratamiento y tras el seguimiento. Para el grupo experimental ambos usuarios aumentan en todos los tiempos de forma similar.



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.47. Evolución del grupo en relación a la observación directa y los grupos en relación al consumo de drogas (si=1, no=2).

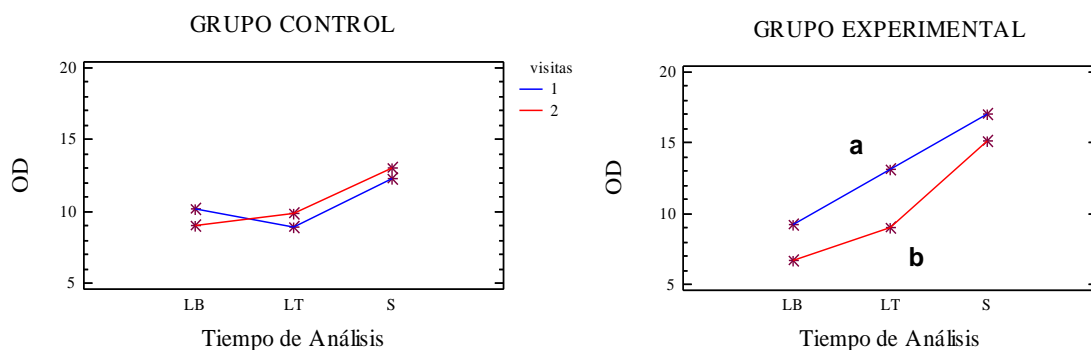
No existe ningún efecto significativo al consumo de alcohol en la evolución de las puntuaciones OD (Figura 3.48.). La respuesta en el grupo control tanto de los usuarios consumidores de alcohol (1) como los que no consumidores (2) tiende a aumentar en el seguimiento de forma similar para todos los usuarios, mientras que para el grupo experimental las valoraciones OD aumentan de forma similar para ambos usuarios en el tratamiento y seguimiento.



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.48. Evolución del grupo en relación a la observación directa y los grupos en relación al consumo de alcohol (si=1, no=2).

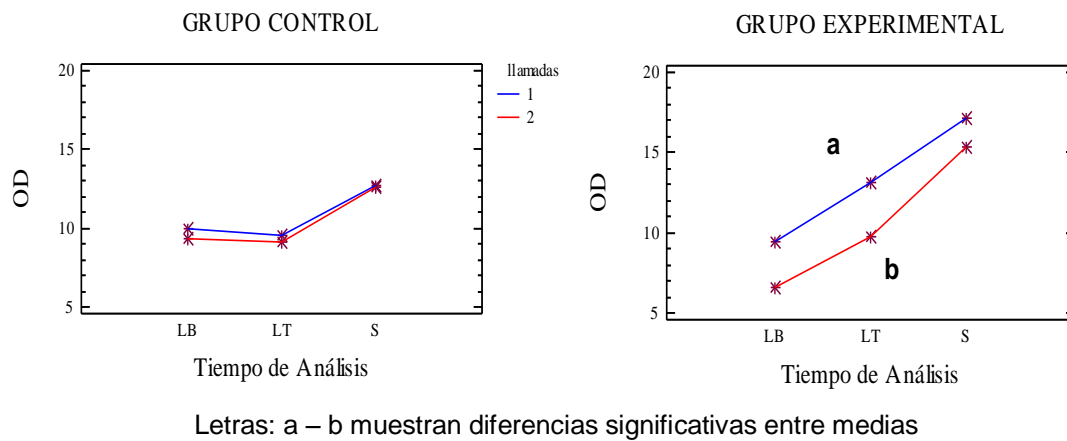
El efecto de las visitas (Figura 3.49.) no es significativo en el grupo control, pues la respuesta de ambos usuarios es similar, con un ligero aumento en el seguimiento. En el grupo experimental los usuarios que reciben visitas mejoran significativamente más, aunque en el seguimiento las respuestas se igualan debido a la mayor mejoría de los que no reciben visitas.



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.49. Evolución del grupo en relación a la observación directa y los grupos en relación a las visitas (si=1, no=2).

El efecto de las llamadas (Figura 3.50.) es similar al de las visitas. En el grupo control la respuesta es idéntica para ambos usuarios, con un aumento en el seguimiento. En grupo experimental el aumento de la respuesta se produce desde el tratamiento, siendo casi significativa la respuesta entre ambos usuarios ($p=0.053$), pero en el seguimiento se igualan.



Figuras 3.50. Evolución del grupo en relación a la observación directa y los grupos en relación a las llamadas (si=1, no=2).

3.2.5. Efecto de algunas variables sociodemográficas en la prueba PAI

Los resultados globales de la prueba del PAI se presentan en la Tabla 3.18., analizados separadamente para el grupo control y experimental.

En el grupo control no se obtienen diferencias significativas en relación al efecto del sexo, el consumo de drogas o alcohol, visitas y llamadas. En el grupo experimental, tanto hombres como mujeres, los que consumen como los que no consumen drogas, y los usuarios que reciben llamadas/visitas obtienen diferencias significativas, mientras que no hay diferencias significativas entre los que no han consumido alcohol y los que si han consumido en el grupo experimental (Tabla 3.3).

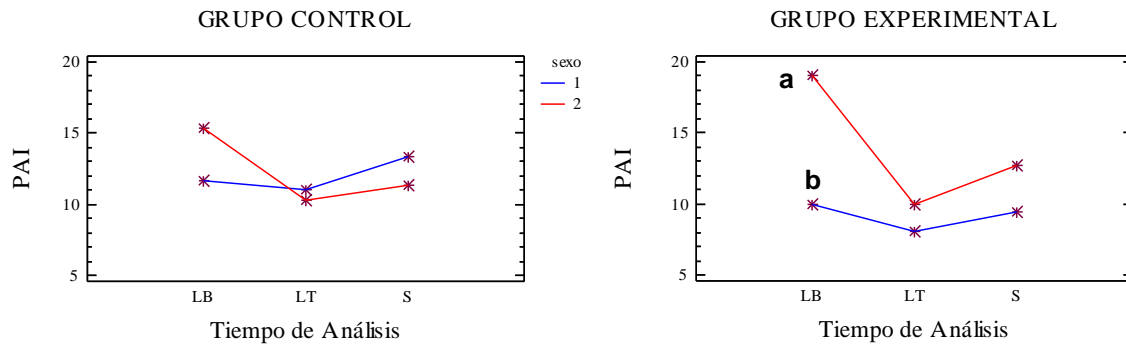
Tabla 3.18.
Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en PAI considerando grupo control y experimental.

PAI	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	1	2	1	2
SEXO	12,0	12,3	9,2 a	13,7 b
DROGAS	11,5	13,4	9,1 a	12,9 b
ALCOHOL	12,6	11,5	9,3	11,6
VISITAS	12,1	11,7	8,9 a	14,0 b
LLAMADAS	11,6	12,2	8,9 a	13,0 b

Letras: a – b muestran diferencias en la misma línea
Sexo: 1=Hombre, 2=Mujer. Drogas, Alcohol, Visitas y Llamadas 1=Si, 2=No

A grandes rasgos, se observa que los usuarios varones, consumidores y los que reciben apoyo familiar del grupo experimental obtienen puntuaciones más bajas que en el grupo control, debido a que los usuarios que participan del programa de HHSS, obtienen mejorías en la prueba como se vio anteriormente en las Tablas 3.4 y 3.5.

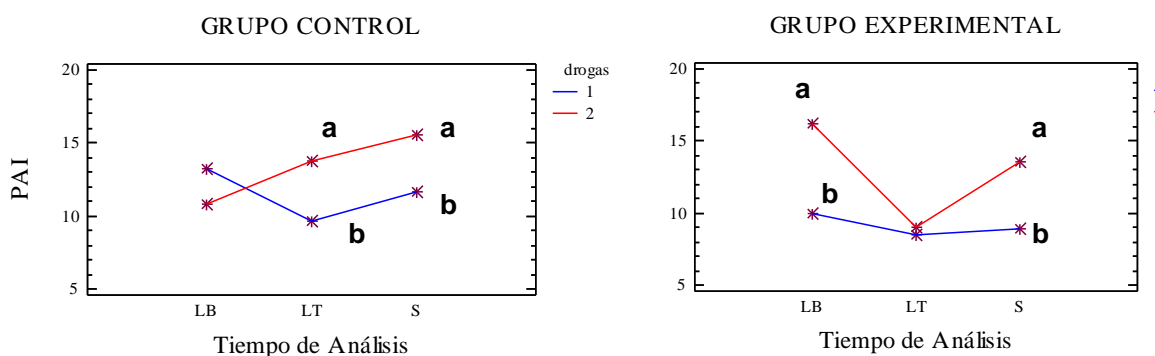
El efecto en el sexo no es significativo en el grupo control (Figura 3.51.). Las mujeres del grupo experimental parten de un valor significativamente más alto ($p=0.0298$), pero durante el tratamiento se igualan, aunque en el seguimiento parece que la tendencia a aumentar es mayor.



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.51. Evolución del grupo en relación a la prueba PAI y los grupos en relación al sexo, hombre (1), mujer (2).

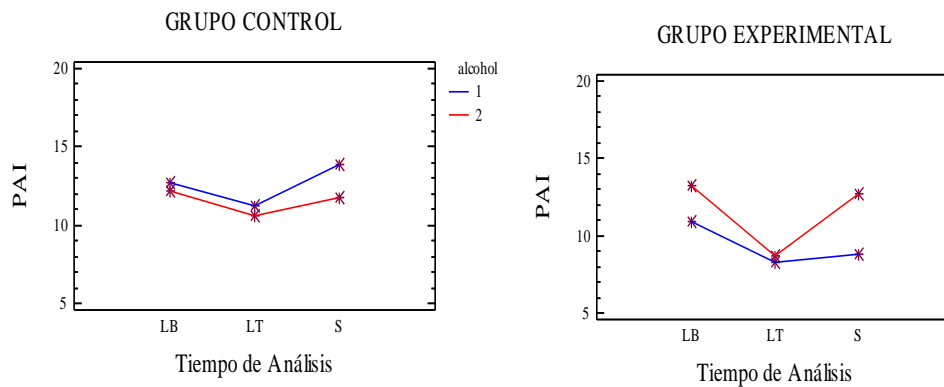
El consumo previo de drogas tiene un efecto significativo en ambos grupos (Figura 3.52.), aunque de distinto signo. La respuesta en el grupo control de los usuarios que no han sido consumidores de drogas (2) tiende a aumentar el valor de PAI en el tratamiento y seguimiento más que los que han sido consumidores (1). En el grupo experimental se obtienen diferencias en la línea base, pero sin llegar a ser significativas ($p=0.09$), los valores son iguales tras el tratamiento y en el seguimiento se obtienen diferencias ($p=0.0253$) sin llegar a ser significativas.



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.52. Evolución del grupo en relación a la prueba PAI y los grupos en relación al consumo de drogas (si=1, no=2).

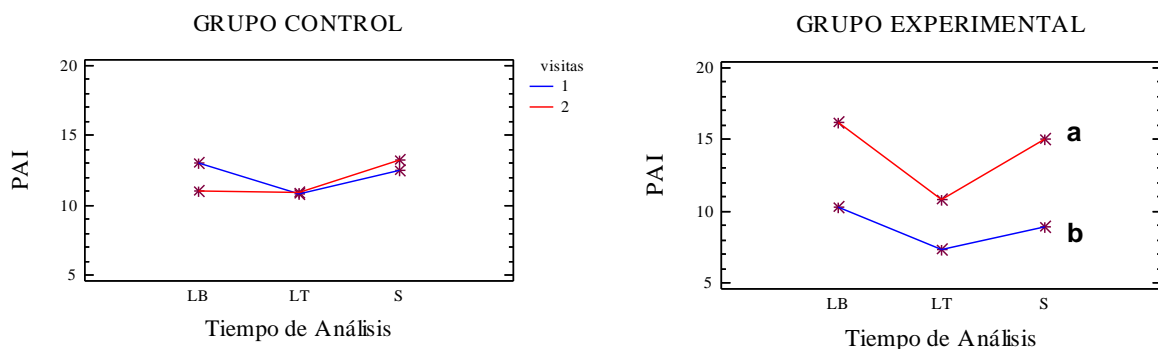
El consumo de alcohol no tiene influencia en el grupo control (Figura 3.53.). En el grupo experimental, tanto los usuarios que han sido consumidores (1) como los que no han consumido alcohol (2) tienden a disminuir el valor de PAI en el tratamiento, pero tras el seguimiento el valor PAI en los no consumidores, se obtienen ligeras diferencias ($p=0.0805$) aunque sin llegar a ser significativas.



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figuras 3.53. Evolución del grupo en relación a la prueba PAI y los grupos en relación al consumo de alcohol (si=1, no=2).

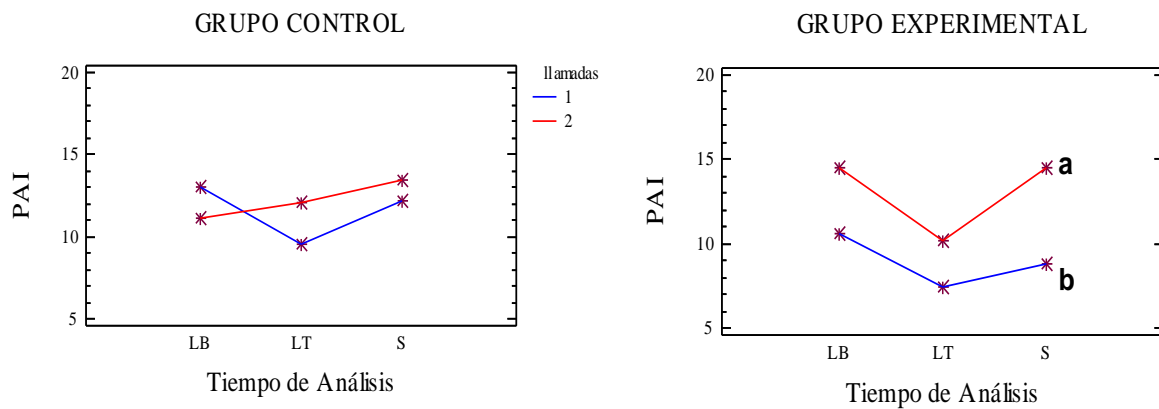
En relación a las visitas (Figura 3.54.) no aparecen diferencias en la respuesta en la prueba PAI para el grupo control en ningún tiempo, de forma que tanto que reciben visitas (1) como los que no las reciben (2) presentan un valor similar en todos los tiempos. En el grupo experimental, en el que existe un claro efecto global (Tabla 3.18.) se parte de valoraciones distintas aunque no significativas (debido probablemente a la dispersión) que se reduce en mayor medida en los usuarios que no reciben visitas, para aumentar tras el seguimiento de forma significativa ($p=0.0096$).



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figuras 3.54. Evolución del grupo en relación a la prueba BPR y los grupos en relación a las visitas (si=1, no=2).

La respuesta de las llamadas (Figura 3.55.) es similar a las visitas. Para el grupo control no presentan diferencias significativas en ningún tiempo, de forma que tanto los usuarios que reciben llamadas (1) como los que no las reciben (2) presentan valores similares en todos los tiempos. En el grupo experimental ambos usuarios reducen la puntuación en el tratamiento, pero tras el seguimiento, los que no reciben visitas empeoran de forma significativa ($p=0.0090$), recuperando el valor inicial, mientras que los usuarios que han recibido llamadas mantienen la mejora.



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figuras 3.55. Evolución del grupo en relación a la prueba PAI y los grupos en relación a las llamadas (si=1, no=2).

3.2.6. Efecto de algunas variables sociodemográficas en la prueba BPRS

Los resultados globales de la prueba del BPR se presentan en la Tabla 3.19. analizados separadamente para el grupo control y experimental.

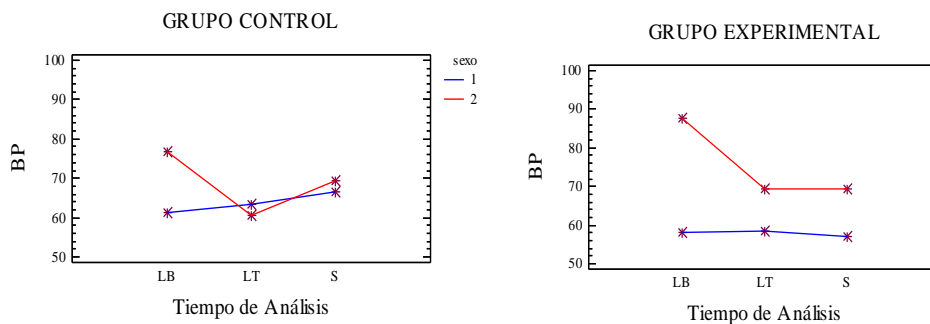
En el grupo control no se obtienen diferencias significativas en relación al efecto del sexo, el consumo de drogas o alcohol, visitas y llamadas. En el grupo experimental aparecen diferencias significativas entre sexos y debido al consumo de drogas, sin embargo los usuarios que reciben llamadas/visitas no obtienen diferencias significativas en relación al resultado de la prueba BPRS como tampoco las hay entre los que no han consumido alcohol y los que si han consumido (Tabla 3.19.).

Tabla 3.19.
Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en BPRS.

BPR	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	1	2	1	2
SEXO	64	69	58 a	75 b
DROGAS	66	59	57 a	72 b
ALCOHOL	64	62	59	67
VISITAS	66	63	59	71
LLAMADAS	64	65	59	67

Letras: a – b muestran diferencias en la misma línea
Sexo: 1=Hombre, 2=Mujer. Drogas, Alcohol, Visitas y Llamadas 1=Si, 2=No

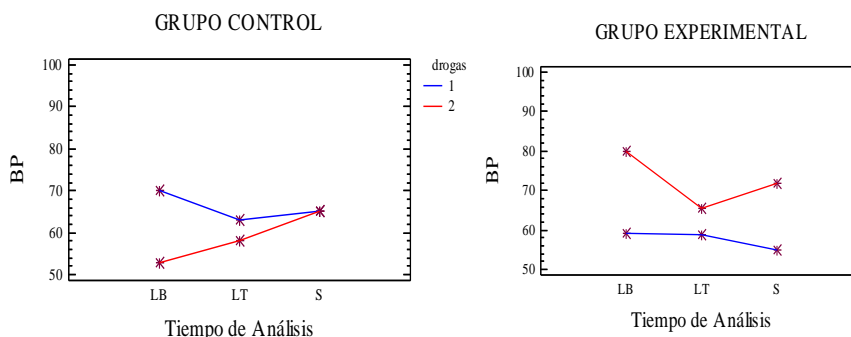
Las mujeres en ambos grupos (Figura 3.56.) parece que parten de un valor más alto, estando el grupo experimental cerca de obtener diferencias significativas ($p=0.11$) en la línea base respecto a los hombres. Tras el tratamiento se produce un descenso de la valoración BP en las mujeres que se mantiene en el seguimiento, mientras en los hombres los valores permanecen sin variación.



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.56. Evolución del grupo en relación a la prueba BPRS y los grupos en relación al sexo, hombre (1), mujer (2).

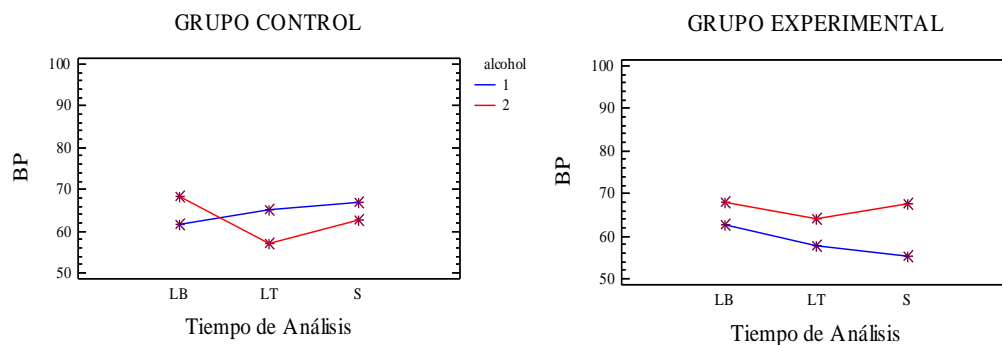
Respecto al efecto del consumo de drogas (Figura 3.57) en el grupo control parten de puntuaciones más altas en los que han sido consumidores (1), pero se aproximan en el tratamiento y finalizan con las mismas puntuaciones en el seguimiento. En el grupo experimental el comportamiento es diferente, pues en la línea base parten de una mayor puntuación los que no habían consumido drogas (2), pero sin llegar a ser significativas, en el tratamiento el valor se aproxima y en el seguimiento se obtienen diferencias casi significativas ($p=0.0512$).



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.57. Evolución del grupo en relación a la prueba BPRS y los grupos en relación al consumo de drogas (si=1, no=2).

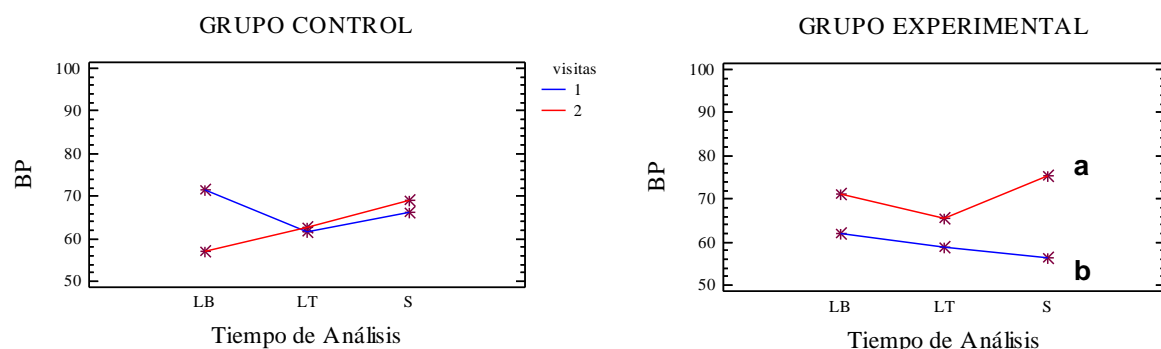
El consumo previo de alcohol (Figura 3.58.) no tiene ningún efecto en la valoración del BPRS a lo largo del tiempo. En el grupo control los valores son similares y permanecen casi constantes. En el grupo experimental los que han sido consumidores (1) tienden a disminuir el valor de prueba BPRS en el tratamiento y tras el seguimiento, mientras que los no consumidores (2) se mantiene constante.



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.58. Evolución del grupo en relación a la prueba BPRS y los grupos en relación al consumo de alcohol (si=1, no=2).

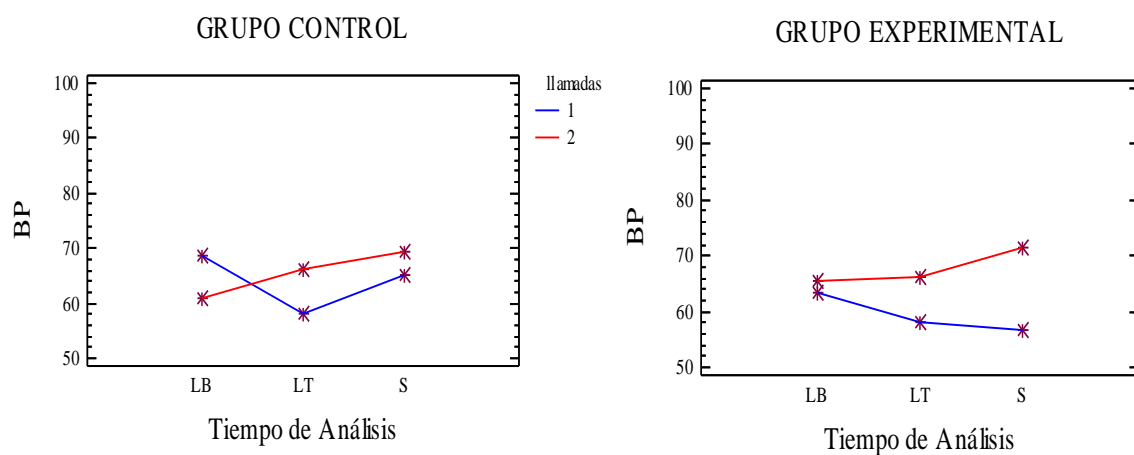
El efecto de las visitas (Figura 3.59.) no presenta diferencias en la respuesta en la prueba BPRS para el grupo control en ningún tiempo, aunque los que reciben visitas (1) parecen tener un mayor valor en la línea base, pero se igualan en el tratamiento y posterior seguimiento. En el grupo experimental los que reciben las visitas (1) disminuyen ligeramente el valor en el tratamiento y seguimiento, mientras los que no reciben visitas (2) aumentan en el seguimiento, presentando diferencias significativas ($p=0.0404$).



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.59. Evolución del grupo en relación a la prueba BPRS y los grupos en relación a las visitas (si=1, no=2).

En relación a la recepción de llamadas (Figura 3.60.) no tienen efecto en el grupo control los que las reciben (1) parece que disminuyen en el tratamiento mientras que no reciben (2) aumentan los valores ligeramente y posteriormente se igualan para ambos grupos en el seguimiento. En el grupo experimental tanto los que reciben llamadas (1) como los que no las reciben (2) parten del mismo el valor para la prueba BPRS pero los que las reciben tienden a disminuir su valor y los que no las reciben al contrario tienden a subir el valor durante el tratamiento y el seguimiento, donde casi se obtienen diferencias significativas ($p=0.09$).



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.60.

Evolución del grupo en relación a la prueba BPRS y los grupos en relación a las llamadas (si=1, no=2).

3.2.7. Efecto de algunas variables sociodemográficas en la escala de calidad de vida Sevilla (CV)

Los resultados globales de la prueba de calidad de vida de Sevilla (CV) se presentan en la Tabla 3.20., analizados separadamente para el grupo control y experimental.

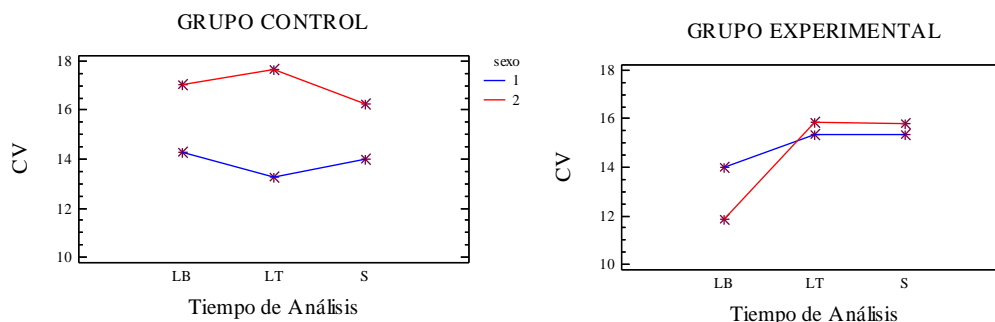
En el grupo control no se obtienen diferencias significativas en relación al efecto del sexo, el consumo de drogas, visitas y llamadas, pero hay diferencias significativas entre los usuarios que han sido consumidores de alcohol y los que no consumidores. Sin embargo en el grupo experimental, no existen diferencias significativas para ninguna variable (Tabla-3.20.)

Tabla 3.20.
Efecto del sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas en CV considerando grupo control y experimental.

CV	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	1	2	1	2
SEXO	13,8	17,0	14,0	14,5
DROGAS	13,8	15,8	15,1	13,9
ALCOHOL	13,2 a	16,0 b	14,7	14,8
VISITAS	15,1	13,5	14,9	14,6
LLAMADAS	14,8	13,8	14,8	15,1

Letras: a – b muestran diferencias en la misma línea
Sexo: 1=Hombre, 2=Mujer. Drogas, Alcohol, Visitas y Llamadas 1=Si, 2=No

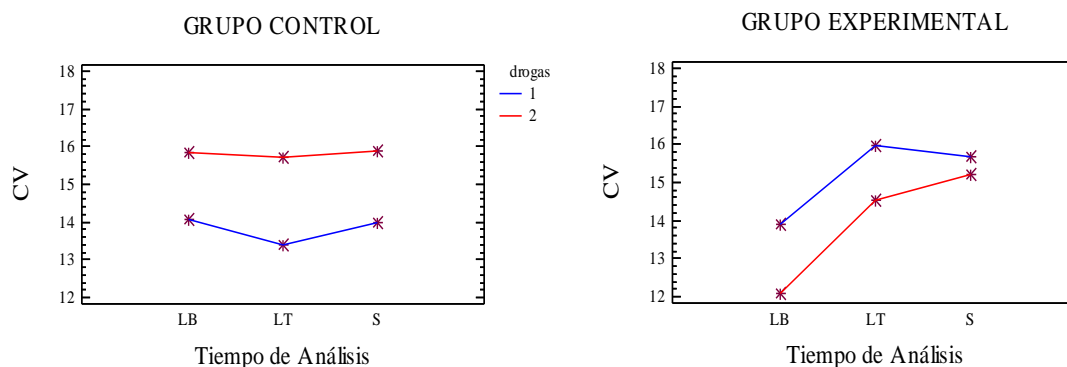
El efecto del sexo en el grupo control no fue significativo (Figura 3.61.), aunque las mujeres (2) presentan un mayor valor que los hombres (1), en todos los tiempos obteniéndose diferencias casi significativas ($p=0.0679$) tras el tratamiento. En el grupo experimental no se obtienen diferencias en ninguno de los tiempos, pero el sexo femenino parte de un valor más bajo, que aumenta durante el tratamiento igualándose al del sexo masculino y manteniéndose en el seguimiento.



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.61. Evolución del grupo en relación a la calidad de vida y los grupos en relación al sexo, hombre (1), mujer (2).

Respecto al consumo de drogas no aparece ningún efecto significativo en ambos grupos (Figura 3.62.). En el grupo control los que no han consumido drogas (2) presentan un mayor valor constante en la línea base, tratamiento y seguimiento, que los que han sido consumidores (1) pero sin diferencias significativas. En el grupo experimental los no consumidores parece que parte de un valor más bajo, aumentando para ambos durante el tratamiento e igualándose en el seguimiento.



Letras: a – b muestran diferencias significativas entre medias

Figura 3.62. Evolución del grupo en relación a la calidad de vida y los grupos en relación a las drogas (si=1, no=2).

El consumo previo de alcohol tiene un claro efecto significativo (Figura 3.63.) en el grupo control, ambos usuarios consumidores (1) y no consumidores (2) parten de un valor similar en la línea base pero los no consumidores presentan una mejoría durante el tratamiento y seguimiento, mientras que los que han sido consumidores presentan una tendencia a la baja en relación a la calidad de vida, con diferencias significativas. En el grupo experimental no se obtiene diferencias en ninguno de los tiempos, ambos usuarios parten de un valor más bajo, que aumenta durante el tratamiento igualándose y se manteniendo la mejora en ambos grupos en el seguimiento.

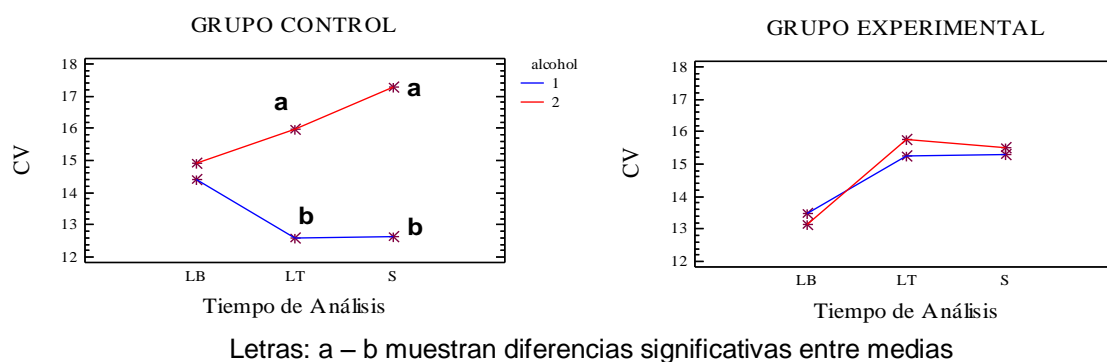


Figura 3.63. Evolución del grupo en relación a la calidad de vida y los grupos en relación al consumo de alcohol (si=1, no=2).

Las visitas no afecta a la respuesta de ambos grupos, aunque esta es diferente (Figura 3.64.). En el grupo control, la valoración de los usuarios que reciben visitas (1), es mayor con una mejora en el seguimiento mientras los que no reciben visitas (2) presentan un valor similar con tendencia a reducirse. En el grupo experimental, la respuesta aumenta en los dos grupos para el tratamiento y se mantienen en seguimiento de forma similar.

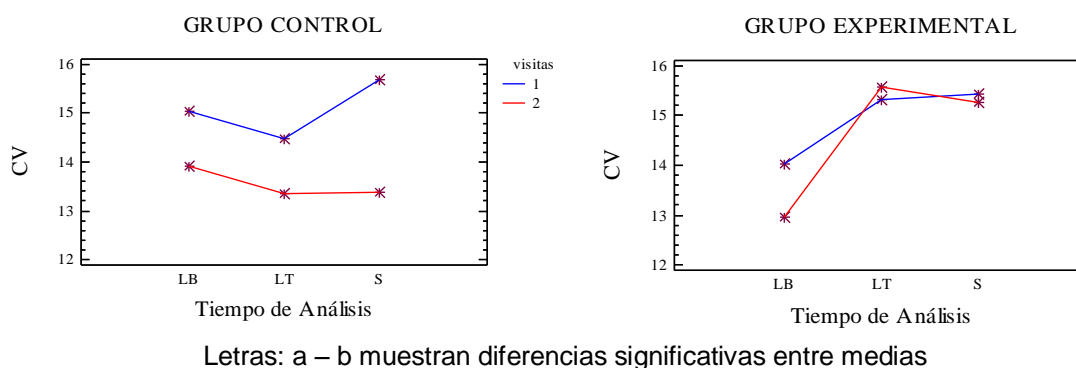


Figura 3.64. Evolución del grupo en relación a la calidad de vida y los grupos en relación a las visitas (si=1, no=2)

La recepción de llamadas tampoco tiene un efecto significativo (Figura 3.65.). En el grupo control de los usuarios que reciben llamadas (1) mantienen un valor constante, pero los usuarios que no las reciben (2) tienden a disminuir el valor de CV en el tratamiento, mientras que en el seguimiento aumentan. En el grupo experimental aumentan en los dos grupos para el tratamiento y se mantienen en seguimiento de forma similar.

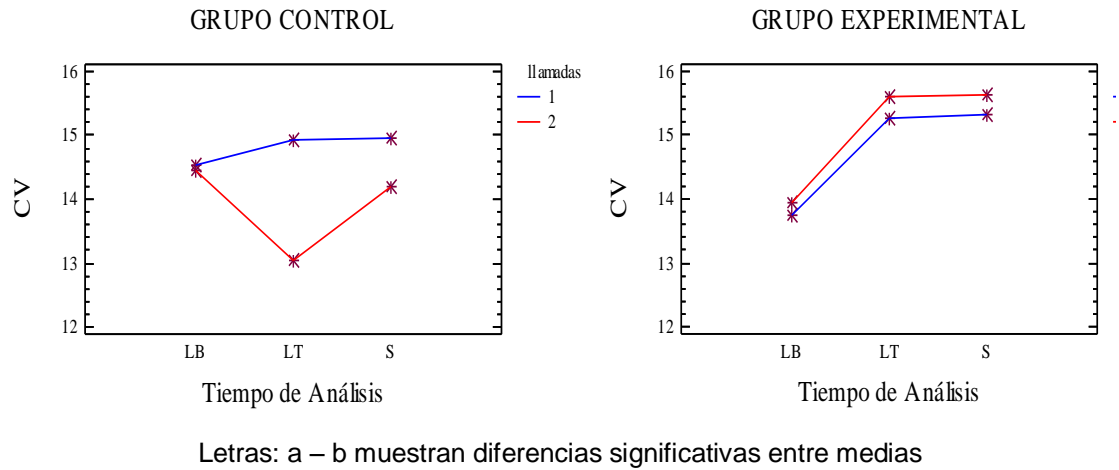


Figura 3.65. Evolución del grupo en relación a la calidad de vida y los grupos en relación a las llamadas (si=1, no=2)

3.3 PRUEBAS DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

3.3.1 Satisfacción del programa

La prueba de satisfacción del programa se aplicó, tras el entrenamiento en HHSS, al grupo experimental únicamente.

La satisfacción de los usuarios entrenados en habilidades sociales fue alta (Tabla 3.21.) pues un 75 % lo valoran como útil, y otro 84% confiesan que les sirvió para relacionarse con el resto. El cambio en la percepción de la enfermedad no fue claro, pues solo aparece en el 50% de los usuarios.

Tabla 3.21.
Resultado global del cuestionario de satisfacción al programa de HHSS.

Preguntas	SI (%)	NO (%)	NS/NC (%)
1	75	4	21
2	92	0	8
4	84	8	8
5	29	38	33
6	50	29	21

3.3.2. Satisfacción del usuario

La prueba de satisfacción del usuario se aplicó tras el seguimiento, seis meses después del tratamiento, y la cumplimentaron ambos grupos control y experimental.

No existen diferencias significativas (Tabla 3.22.) en las respuestas de los grupos control y experimental, salvo para el “esfuerzo de realizar los ejercicios”, que fue mayor para los usuarios del grupo control, que no recibieron el

entrenamiento de HHSS. La respuesta media de los usuarios fue de 3.25 puntos, encuadrada entre “bastante” y “mucho”, lo que demuestra el alto grado de satisfacción de todos los usuarios independientemente del grupo.

Tabla 3.22.

Resultado global del cuestionario de satisfacción del usuario.

Preguntas	Control	Experimental	Nivel Significación
1	3.05	3.04	n.s.
2	2.16 a	1.50 b	*
3	3.16	3.25	n.s.
4	3.00	2.96	n.s.
5	3.22	2.96	n.s.
6	2.53	2.58	n.s.
7	3.47	3.41	n.s.
8	3.10	2.92	n.s.
9	2.63	3.17	n.s.
Media (sin 2)	3,3	3,2	n.s.

La similitud en las respuestas indicaría un efecto de contaminación positiva en los usuarios del grupo control, que valoran positivamente el participar en el estudio, o bien un efecto de “olvido” en los usuarios del grupo experimental, tras los seis meses del tratamiento de HHSS.

IV. DISCUSIÓN

4. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo, fue comprobar la eficacia de la técnica de EHS en usuarios que padecen de esquizofrenia crónica, y se encuentran ingresados en centros residenciales específicos (CEEM), para ello se aplicó el programa de HHSS realizado por Santolaya (1995) que utilizó la técnica de auto-instrucciones facilitadoras de la ansiedad, en pacientes esquizofrénicos hospitalizados.

Antes de empezar la comparación de los resultados obtenidos con la literatura, se considera de interés efectuar una breve reflexión sobre el estudio de EHS en usuarios esquizofrénicos.

A lo largo de las últimas dos décadas se ha demostrado que las relaciones interpersonales son un elemento fundamental para lograr un adecuado desempeño y conservación de los diversos papeles sociales que una persona tiene que cubrir a lo largo de su vida. El EHS es un factor determinante para su integración social y su adaptación a largo plazo. Por este motivo, precisa disponer de una serie de capacidades cognitivas, conductuales y emocionales que permiten la convivencia y el intercambio social.

La esquizofrenia es una enfermedad que incluye, como uno de sus rasgos distintivos, el déficit en el funcionamiento social e interpersonal, siendo un elemento clave en la definición del trastorno, además de constituir una fuente de estrés y contribuir a las recaídas y exacerbaciones sintomáticas (Bellack, Morrison y Mueser, 1989; Liberman, 1993; Wallace, 1984). Este déficit es relativamente estable a lo largo del tiempo y se correlaciona levemente con los síntomas positivos (Smith, Bellack y Liberman, 1996), y altamente con el síndrome negativo (Heinssen, Liberman y Kopelowicz, 2000).

La relación entre esquizofrenia y déficit social está establecida en el enfermo mental crónico, como se ha comentado en la introducción (Bellack, Morrison y Mueser, 1989; Wallace, 1984; Argyle, 1981; Boswell y Murria, 1981; Linsay,

1982). Numerosos investigadores han realizado un gran esfuerzo en desarrollar programas de EHS para este tipo de usuarios (Eisler *et al.*, 1975; Hessen *et al.*, 1978; Liberman *et al.*, 1985; Wallace y Liberman, 1985; Liberman *et al.*, 1986; Aznar, Salto, Guarch y Cirici, 1990; Berlanga Ochoa y Gómez, 1991; Espada, 1993; Varela, 1994; Santolaya, 1995; Huarte de San Juan, 1996-97; Parrado, Rodríguez y Jimeno, 1997; Valencia, 1999; Cuevas, 2000; Orviz y Lema, 2000; Peñate, 2000; Salavera, 2001; Vallina y Lemos, 2001; Cirici, García y Obiols, 2001; Cervilla, 2002; Medina, 2002; Mazorra, 2004; Palma, 2006).

Estos programas se aplican en gran medida en muchos centros y es conocido por los profesionales clínicos de salud mental que son eficaces en los tratamientos de los déficits sociales en usuarios que padecen de trastornos mentales graves.

La hipótesis inicial de la presente investigación es que el EHS, si se realiza en base a los déficits específicos que presenta cada tipo de usuario, es eficaz en la resolución de los mismos.

La evaluación del déficit cognitivo (Mini- examen cognoscitivo de Lobo, MEC) aunque no se ha utilizado para la interpretación de resultados, sirvió para descartar la presencia de déficit cognitivo en los usuarios, que hubieran impedido el normal desarrollo del estudio.

A continuación se discuten las características socio-demográficas de los usuarios seleccionados para el estudio.

La distribución desproporcionada de hombres (85,7%) y mujeres (14,3%) pone de manifiesto un menor número de ingresos de estas últimas en los CEEMS, por causas no establecidas, ya que la incidencia y pre-valencia es igual en ambos sexos.

El rango de edades en la muestra fue de 20 a 56 años, siendo el promedio de 40. No obstante, la edad de inicio de la enfermedad se sitúa al final de la adolescencia y el inicio de la vida adulta (45 % de los casos), pero existe una

diferencia con la edad de diagnóstico ya que transcurren años hasta acudir a una consulta o demandar ayuda. En los varones el inicio del trastorno esquizofrénico es más temprano, con un peor pronóstico y mayores alteraciones cerebrales estructurales.

Un dato interesante fue la estación de nacimiento, pues un 31 % nació en invierno, lo que coincide con los autores que establecen dicha estación como un factor de riesgo.

Antes de ser definitivamente diagnosticados como trastorno esquizofrénico, la mayoría ha pasado por diferentes diagnósticos anteriores, trastorno de personalidad, depresión, etc. Al final del proceso la mayoría son diagnosticados como esquizofrenia paranoide (57 %), aunque existen también diagnósticos previos de esquizofrenia residual, diferenciada y desorganizada.

En el 71 % de los usuarios, el inicio del trastorno fue de tipo “insidioso”, lo que predice un mal pronóstico.

Asimismo es determinante el lugar familiar que ocupa el usuario, pues en un alto porcentaje se trata del hermano pequeño (47%). Asimismo, el 40% pertenece a una familia numerosa de “tres-cuatro” hermanos. El 25% de los usuarios tiene antecedentes familiares de trastornos psicóticos, el 41% de trastornos de personalidad, y el 12% de depresión. De igual forma resulta significativo que en el 21% de los casos, la madre o el padre habían fallecido después de la adolescencia.

En relación al nivel de estudios, se observó que existe un mayor número de usuarios con un nivel medio, pues al aparecer el trastorno imposibilita la continuación de los estudios superiores.

Una gran mayoría de usuarios se encuentra incapacitado legalmente (87 % de la muestra), lo que intenta ser una medida de protección para defender sus bienes.

La mayoría de los usuarios (90%) son fumadores, un alto porcentaje (69%) han sido consumidores habituales de drogas (cocaína en un 53%, cannabis en un 55%, opiáceos en un 41%, y otras sustancias en un 31%), y de alcohol (63%). Este elevado consumo de sustancias se puede explicar porque las utilizan como automedicación ante las ansiedades que experimentan. El inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas ocurre entre 15 y 16 años, como es esperable.

Respecto a la situación personal actual del usuario y su relación con la familia, el 12 % no mantiene ningún tipo de relación, y otro 12% una escasa afectividad familiar. En cuanto al tipo contacto, el 66% es telefónico. Respecto a las visitas, son semanales en un 47%, quincenalmente en un 9% y mensuales el 44%. Todo ello pone de manifiesto una escasa afectividad en el ámbito familiar, que puede dificultar la generalización del programa.

Las variables analizadas han sido las HHSS (observación directa y role-playing), el estado clínico del usuario (B.P.R.S. y P.A.I.), la evolución de distintos conceptos (diferencial semántico), la calidad de vida del usuario tal y como este la percibe con la escala favorable del cuestionario Sevilla de calidad de vida (CSCV).

Parece ser que durante toda la intervención de más de un año, los residentes han permanecido estables sin recaídas ni ingresos. Todo ello hace pensar que los usuarios en los CEEM donde residen actualmente les mantiene como elementos protectores de un elevado estrés, ya que en muchos casos los familiares más cercanos se ven desbordados por la situación, bien por la avanzada edad de los padres, bien por causa de enfermedad de uno de los padres, huérfano de padres, familiares allegados con escasos recursos y en otras situaciones por el consumo de estupefacientes, consumo de drogas y alcohol, lo que les dejan sin poder acceder a un tratamiento ambulatorio. Tras una recaída e ingreso en el hospital, la persona que sufre un episodio de esquizofrenia, se recuperara por completo en el plazo de 5 años, dos tercios tendrán múltiples episodios con algún grado de discapacidad entre los

episodios, y entre un 10% y un 15% desarrollarán una incapacidad grave permanente.

En relación al estado clínico del usuario, los resultados obtenidos concuerdan con los diversos autores (Varela, 1984, 1994; Wallace y Liberman, 1985; Liberman, Mueser y Wallace, 1986; Hogarty, 1986, 1987, Santolaya, 1995; Cuevas, 2000)

En los resultados obtenidos de las pruebas del B.P.R.S. se obtuvieron una disminución tras el tratamiento en el grupo experimental en el que se aplica el programa de HHSS con relación al inicio de la evaluación y un mantenimiento de la mejora en el seguimiento, tras los seis meses de aplicado el programa. Sin embargo el grupo control respecto de la línea base al tratamiento se mantuvo y posterior al seguimiento empeoro, aumentando la sintomatología que valora esta prueba.

En relación al P.A.I. los resultados obtenidos no aparecen diferencias significativas en la línea de base entre el grupo control y el experimental. Sin embargo si aparecen diferencias significativas ($p < 0.05$) tanto en los tiempos del tratamiento como en el seguimiento. Estos resultados confirman la evolución de los usuarios tratados en el grupo experimental con HHSS al ver cómo desciende la sintomatología negativa propia de la escala.

En el grupo de HHSS con autoinstrucción mostró diferencias significativas ($p < 0.05$) con el grupo control entre la línea base y el tratamiento, mostrando la evolución positiva del grupo experimental al disminuir la sintomatología negativa del PAI evaluada por la prueba. A su vez mostró diferencias significativas ($p < 0.05$) en el tiempo de seguimiento del grupo experimental con respecto al grupo control.

Tanto en el grupo control como en el grupo experimental sin embargo, se obtuvo diferencias en la línea base y el tratamiento con ligera mejoría. Durante el seguimiento se mantiene la mejora en el grupo experimental pero aumenta de nuevo el grupo control, este último en el sentido de un mayor

empeoramiento de la sintomatología negativa de la esquizofrenia. Esto indica que la mejoría del grupo experimental se mantuvo durante los seis meses de seguimiento. Al contrario, el grupo control mostró de nuevo ese empeoramiento a lo largo de los seis meses, se observan diferencias significativas entre estos dos tiempos, tratamiento y seguimiento.

En algunos estudios realizados (Spencer *et al.*, 1983) no encontraron diferencias significativas en la aplicación de estos programas a la sintomatología clínica de los usuarios. En el caso del estudio en el B.P.R.S. existe una ligera mejoría pero no son diferencias significativas en comparación del total de los resultados globales. Tan solo han mejorado en relación al factor anergia con un nivel de significación ($p < 0.05$) tras el seguimiento el grupo experimental sometido al programa de HHSS obtuvo valores más bajos, indicación de una mejoría en la sintomatología del factor anergia.

En relación a las HHSS medidas con la observación directa y el role-playing los resultados obtenidos concuerdan en general con la bibliografía (Bellock *et al.*, 1984; Bros y Munford, 1983; Hogarty *et al.*, 1986; Spencer *et al.*, 1983; Wallace y Liberman, 1985) en el sentido de una mejora general de las HHSS de los usuarios, tales mejoras se comprueba en este estudio por el hallazgo de diferencias significativas tanto en las puntuaciones globales como en el resultado por factores en ambas pruebas. En observación directa en las puntuaciones globales existe un alto nivel de significación ($p < 0.001$) en el grupo experimental a lo largo del tiempo. Al mismo tiempo entre el grupo experimental y el grupo control existe diferencias significativas ($p < 0.05$) en el tratamiento, aumentando el nivel de significación ($p < 0.01$) en el seguimiento. Lo que indica que el grupo experimental mejora tras la aplicación del programa al alza, mientras que el grupo control a lo largo del tiempo entre la línea base y el tratamiento, aumentando ligeramente en el seguimiento, sin diferencias significativas.

En cuanto a los factores específicos el programa de HHSS consigue diferencias significativas ($p < 0.001$) en el grupo experimental a lo largo de los tres tiempos en todos los factores de la observación directa en volumen verbal

(ODVV), fluidez verbal (ODFV), conversación bidireccional (ODCB), contacto ocular (ODCO), expresión facial (ODEF) y movimientos corporales (ODMC), de la misma forma se obtienen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre ambos grupos experimental y control tras el tratamiento en el volumen verbal (ODVV), conversación bidireccional (ODCB), contacto ocular (ODCO), expresión facial (ODEF), dichas diferencias no son significativas en fluidez verbal (ODFV) y en movimientos corporales (ODMC). Durante el seguimiento en relación a ambos grupos experimental y control existe una diferencia significativa ($p < 0.01$) en volumen verbal (ODVV), si aparece un nivel de significación ($p < 0.05$) en la fluidez verbal (ODFV) y el mismo nivel de significación ($p < 0.05$) en los factores conversación bidireccional (ODCB), expresión facial (ODEF) y también aparecen en este tiempo diferencias significativas ($p < 0.05$) en movimientos corporales (ODMC). Los resultados en esta prueba indican que existe una mejoría en los dos grupos tanto control como experimental, en este último que recibió el programa de HHSS fue el más beneficiado. No obstante entre ambos grupos no existen diferencias significativas en el seguimiento respecto al Factor contacto ocular (ODCO). A ello hay que añadir que si existen diferencias significativas en ambos grupos en los tiempos con un nivel de significación ($p < 0.001$) para el grupo experimental y un nivel de significación ($p < 0.05$) para los tres tiempos en el grupo control.

Lo mismo ocurre en el role-playing. En cuanto a los factores específicos el programa de HHSS consigue diferencias significativas ($p < 0.001$) en el grupo experimental y un nivel de significación ($p < 0.05$) en el grupo control. Entre ambos grupos se observaron diferencias significativas a lo largo de los tres tiempos. En la línea base ($p < 0.05$), aumenta el nivel de significación ($p < 0.01$) tras el tratamiento y continua en aumento ($p < 0.001$) en el seguimiento. Entre ambos grupos se llegan a distanciar de forma muy significativa. Lo que indica que el grupo experimental que intervino en el programa de HHSS obtuvo grandes beneficios y mejora en todos los factores del role-playing con un nivel de significación muy alto ($p < 0.001$) a lo largo de los tres tiempos. También se puede interpretar a través de los resultados obtenidos por el grupo control que en los factores del role-playing obtuvieron mejoras con niveles significativos ($p < 0.05$) en los tres tiempos en volumen verbal (RPVV), conversación

bidireccional (RPCB), en expresión facial (RPEF) y en movimientos corporales (RPMV).

Si bien es cierto que en ansiedad existe diferencias significativas ($p < 0.001$) en el grupo experimental en sentido inverso, es decir que a lo largo de los tres tiempos, disminuyó los niveles de ansiedad situacional que se media en esta prueba. Desde la línea base tras el programa disminuye a la mitad y continúa a la baja en el seguimiento. En el grupo control desde la línea base hasta el tratamiento hay una ligera disminución de la ansiedad y luego con el seguimiento se mantuvo. Lo mismo ocurre en los factores fluidez verbal (RPFV), contacto ocular (RPCO) y habilidad en el trato (RPRA).

En cuanto a la calidad de vida se realizó a través del cuestionario Sevilla de calidad, no aparecen diferencias significativas entre el grupo control y el grupo sometido a HHSS.

En este estudio se ha utilizado la escala de aspectos favorables formada por 13 ítems que a su vez se agrupan en tres factores: satisfacción vital (Ítems 4, 10 – 13), autoestima (Ítems 1-3, 5) y armonía (Ítems 6 - 9). Tan solo en el factor de satisfacción vital en la fase de tratamiento el grupo experimental obtuvo diferencias significativas ($p < 0.05$) con respecto al grupo control, pero la mejora en el grupo experimental se pierde en el seguimiento.

En el factor autoestima se muestran valores similares en los tres tiempos para ambos grupos sin diferencia significativa. En el factor armonía sin embargo mostró diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los grupos control y experimental en el seguimiento. El grupo control se mantuvo constante durante los tres tiempos. Sin embargo, en el grupo experimental mostró un claro aumento con un nivel significativo ($p < 0.05$) en relación al tiempo, lo que muestra un efecto positivo del tratamiento.

En la prueba de diferencial semántico a la vista de los resultados globales se puede afirmar que no existen diferencias significativas en ninguno de los grupos. Ni existen diferencias significativas ni entre grupos ni en los tiempos.

En relación a las variables sociodemográficas estudiadas, (sexo, consumo de drogas y alcohol, visitas y llamadas), la que mayor efecto tiene son las visitas y las llamadas familiares, principalmente en las pruebas role-playing, observación directa, y PAI, de forma que los usuarios que tienen un claro apoyo de la familia presentan una mejor respuesta.

Para terminar, indicar que las pruebas estadísticas aplicadas para valorar las diferencias inter-grupo indican que dichas diferencias han aumentado y se han consolidado conforme se desarrollan los programas, en este sentido al inicio de la investigación existían algunas diferencias entre los grupos en un sentido negativo para el grupo experimental, dicha diferencia al final del tratamiento habían cambiado su “valencia”, siendo el grupo de usuarios que recibieron el tratamiento el más beneficiados.

Una de las limitaciones del presente estudio es la temporalización del seguimiento. Se presentan resultados a los 6 meses de seguimiento (12 meses desde el inicio) y aunque éstos hayan sido favorables, es necesario un período de tiempo más largo de seguimiento para observar con más detalle el mantenimiento de la mejoría y la evolución natural de los grupos de usuarios en los que se les aplican programas de HHSS a más largo plazo. No obstante, en algunas variables, la respuesta se estabiliza, o disminuye, durante la fase de seguimiento, lo que pone de manifiesto la necesidad de un programa continuado de HHSS.

En las últimas dos décadas, tras los procesos de des-institucionalización de los pacientes mentales, la intervención en la Comunidad de los denominados trastornos mentales graves (con la esquizofrenia como paradigma) ha tenido un espectacular desarrollo. Los dispositivos de tratamiento y rehabilitación específicos se han generalizado, surgiendo nuevas modalidades de tratamiento alternativas a la *día da atención en Centros-Hospitalización*, como son los dispositivos de rehabilitación específicos, los programas de tratamiento intensivo en la comunidad, los tratamientos cognitivo-conductuales de síntomas psicóticos, la intervención temprana en psicosis, etc. Propuestas que en los

últimos años se han ido perfeccionando y han obtenido un importante apoyo empírico, que justifica plenamente su implementación generalizada como tratamientos de primera elección, junto a los farmacológicos. Junto a la rehabilitación psico-social y reinserción comunitaria, es preciso realizar una capacitación profesional diversificada y una creación de empleo para personas con trastornos mentales graves. Todo ello, por medio de un trabajo secuencial, grupal y personalizado con una intervención tridimensional sobre y con el individuo, su familia y la comunidad, se persigue como objetivo básico y global la adquisición de capacidades, derechos y responsabilidades para este grupo poblacional.

La rehabilitación se debe realizar lo más cercano a su entorno social, familiar y laboral. La idea es ayudar a los usuarios a incorporarse o reincorporarse al mundo laboral lo antes posible y en las mejores condiciones. Así todo el tratamiento que se realiza con los usuarios esquizofrénicos tienen un objetivo básico y una motivación que será la forma de tener una vida lo más normalizada posible, cubrir las necesidades básicas de todo ser humano. El tener un trabajo organiza, un horario asiduo estabiliza y ganar un sueldo ayuda a mejorar la autoestima.

Los objetivos a más largo plazo pretenden mejorar la calidad de vida, aumentar la competencia social durante las fases intercríticas de la enfermedad y disminuir la frecuencia de las recaídas. La perspectiva actual es que los usuarios sean tratados en la comunidad y aunque la enfermedad es grave y produce un gran trastorno, muchas personas que la sufren son eventualmente capaces de establecerse por su cuenta, de trabajar y de mantener relaciones duraderas.

V. CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES

Las conclusiones que sugieren los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación son las siguientes:

1. Los programas conductuales de entrenamiento en HHSS pueden ser empleados de forma efectiva en los usuarios esquizofrénicos produciendo una marcada mejora de las HHSS, estimadas mediante las pruebas observación directa y role-playing.
2. Aunque se produce una mejora de la calidad de vida de los usuarios después del EHS, tras el seguimiento únicamente se mantiene la mejora en el factor de armonía.
3. El tratamiento de HHSS no tiene un efecto de mejora en el estado clínico de los usuarios, valorados mediante el BPRS y el PAI, pero tampoco se produce ningún empeoramiento.
4. Los efectos de dichos programas pueden verse potenciados si integran estrategias de tipo cognitivo y de entrenamiento específico en HHSS.
5. El Programa de EHS empleado en el estudio produce una mejora tras el mismo, pero su efecto se reduce tras el seguimiento, por lo que habría que aplicar programas continuados.

6. El apoyo familiar resulta fundamental para el éxito del programa de HHSS en pacientes esquizofrénicos crónicos.

7. En algunos casos, se produce una mejoría en el grupo control debido probablemente al efecto de “contaminación positiva” durante la relación con los usuarios del grupo experimental.

8. Para el futuro, sería conveniente profundizar en las relaciones e influencias del EHHSS en los distintos tipos de esquizofrenia, y desarrollar programas que engloben e integren el EHHSS junto a elementos cognitivos y de intervención psico-familiares.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Addington, J. y Addington, D. (1998). Effect of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 134-136.
- Addington, J., Collins, A., McCleery, A. y Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 77-83.
- Alanen, Y. et al. (1992). Tratamiento y rehabilitación de las psicosis esquizofrénicas: el modelo finlandés de tratamiento. *Boletín Informativo de Salud Mental*, 3, 9-46.
- Alonso-Fernández F. (1968). *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Madrid: Paz Montalvo.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-I (1a ed.). Washinton, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-II (2a ed.). Washinton, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3a ed.). Washinton, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3a ed.rev.). Washinton, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-IV (4a ed.). Washinton, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-IV-TR (4a ed.rev.). Washinton, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Andreasen, N. y Olsen, S. (1982). Negative vs positive schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39, 789-794.
- Andreasen, N. (1984a). *The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa.
- Andreasen, N. (1984b). *The scale for the assessment of negative symptoms (SANS)*. Iowa City: University of Iowa.
- Andreasen, N. (1995). Symptoms, signs, and diagnosis of schizophrenia. *Lancet*, 346, 477-481.
- Andreasen, N., Nasrallah, H., Dunn, V. et al. (1986). Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: A magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry*, 43, 136-144.
- Andreasson, S., Allebeck, P., Engstrom, A. (1987). Cannabis and schizophrenia: A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, 1483-1486.
- Anthony, W., Cohen, M. y Danley, K. (1988). The psychiatric rehabilitation model as applied to vocational rehabilitation. In Cardiello, J., Bell, M. (Eds.), *Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders*. (pp. 59-80). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Anthony, W., Cohen, M. y Farkas, M. (1982). A psychiatric treatment program: Can I recognize one if I see one?. *Community Mental Health Journal*, 18 (2), 83-96.

- Anthony, W., Cohen, M. y Farkas, M. (1990). *Psychiatry Rehabilitation*. Boston: Center of Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. y Liberman, R. (1992). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation. Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Allyn and Bacon.
- Anzie, D. y Martin, J. (1979). *La dinámica de grupos pequeños*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Appelo, M., Woonings, F., Van Nieuwenhuizen, C., Emmelkamp, P., Sloof, C. y Louwerens, J. (1992). Specific skills and social competence in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 419-422.
- Arango, C., Calcedo, B., Gonzalez, S. y Calcedo, O. (1999). Violence in patients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 493-503.
- Arateo de Capadocia. [En http://www.alcmeon.com.ar/1/1/a01_5.htm] [6 de Abril de 2006].
- Argyle, M., Furnham, A. y Graham, J. (1981). *Social situations*. New York: Cambridge University Press.
- Atkinson, C., Crook, J., Karno, M., Lehman, A., McGlashan, T.H., Meltzer, H.Y., O'Connor, M., Richardson, D., Rosenblatt, A., Wells, K., Williams y J., Hohmann, A.A. (1992). Clinical services research. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 561-626.
- Aparicio, V. (1993). *La reforma psiquiátrica de 1985*, en V. Aparicio (coord.). Evaluación de servicios de salud mental, Madrid. AEN
- Aparicio, V. (1996). Política asistencial en España: Presente y Futuro. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. (pp. 167-186). Madrid: Siglo XXI.
- Asberg, M., Perris, C., Schalling, D. y Sedvall, G. (1978). The CPRS—development and applications of a psychiatric rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 271, 5-27.
- Ayur-Veda, (1400 a.C.). [En http://www.alcmeon.com.ar/1/1/a01_5.htm]. [6 de Abril de 2006].
- Bach, G., y Deutsch, R. (1970). *Pairing*. Peter H. Wyden, Inc. New York: Guilford Press.
- Bach, G. y Wyden, P. (1970). Research need of a family life educator and marriage counsellor. *Journal of Marriage the Family*, 34,15-44.
- Baker, R. y Hall, J. (1988). REHAB: A new assessment instrument for chronic psychiatric patients. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 97-110.
- Barker, S., Barron, N., McFarland, B. y Bigelow, D. (1994). A community ability scale for chronically mentally consumers: Part I: reliability and validity. *Community Mental Health Journal*, 30, 363-383.
- Ban, T. (1995). *Classification of Endogenous Psychoses- Conceptual Development in the Wernicke-Kleist-Leonhard System*. Endogenous Psychoses, (pp. 13-18). Austria: Ullstein Mosby.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. (3a ed.). Madrid: Espasa Universitaria.
- Bardin, L. (1988). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Barnes, T., Hutton, S., Chapman, M., Mutsatsa, S., Puri, B. y Joyce, E. (2000). West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 207-211.

- Barrowclough, C., Tarrier, N. y Johnston, M. (1996). Distress, expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 691-702.
- Basaglia, F. (Org.).(1985). *La institución negada: relato de un hospital psiquiátrico*. Río de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatría alternativa: contra el pesimismo de la razón, el optimismo de la práctica*. São Paulo: Brasil Debates.
- Basaglia, F. y Tranchina, P. (1979). *Autobiografía di un movimento- 1961-1979: dal manicomio alla riforma sanitaria*. Firenze: UPI / Regione Toscana.
- Bech, P. (1993). *Rating scales for psychopathology, health status, and quality of life*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bech, P., Malt, V. y Dencker, S. (1993). Scale for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87 (372), 35-40.
- Bedell, J., y Lennox, S. (1994). The standardized assessment of cognitive and behavioral components of social skills. In J. R. Bedell (Ed.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders* (pp. 58-73). London: Taylor y Francis.
- Bellack, A. (1983). Recurrent problems in the behavioral assessment of social skill. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 29-41.
- Bellack, A., Hersen, M. y Lamparski, D. (1979). Role-play tests for assessing social skills: Are they valid? Are they useful?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 335-342.
- Bellack, A., Hersen, M. y Turner, S. (1976). Generalization effects of social skills training in chronic schizophrenics: An experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 391-398.
- Bellack, A., Morrison, R. y Mueser K. (1989). Social problem solving in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 101-116.
- Bellack, A., Morrison, R., Mueser, K., Wade, J. y Sayers, S. (1990). Role play for assessing the social competence of psychiatric patients. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 248-255.
- Bellack, A., Morrison, R., Wixted, J. y Mueser, L. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- Bellack, A. (1992). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Is it possible? Is it necessary? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 43-50.
- Bellack, A. y Mueser, K. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-337.
- Bellack AS, Schooler NR, Kane JM, Marder SR. (1995). The impact of clozapine on psychosocial competence. *Schizophrenia Research*, 15, 143.
- Bellack, A., Turner, S., Hersen, M. y Luber, R. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1023-1028.
- Bellack, A. y Diclemente, C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 75-80.

- Bellack, A., Morrison, R., Mueser, K., Wade, J. et al (1990). Role Play for assessing the social competence of psychiatric patients. *Psychological Assessment* 2(3), 248-255.
- Bellack, A., Morrison, R., Wixted, J. y Mueser, K. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- Bellack, A. y Mueser, K. (1993). Psychosocial Treatment for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-336.
- Bellack, A., Turner, S., Hersen, M. y Luber, R. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1023-1028.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., y Agresta, J. (1997). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. New York: Guilford Press.
- Bedell, J. R., y Lennox, S. S. (1994). The standardized assessment of cognitive and behavioral components of social skills. In J. R. Bedell (Ed.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders* (pp. 58-73). London: Taylor y Francis.
- Bennet, D. y Morris (1990). *Apoyo y Rehabilitación*, en F. N. Watts y D. H. Bennett (eds), *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica*. México. (pp. 207-229). D.F.:Limusa.
- Benítez, I. (1979). El yo Social y el lóbulo orbitario. Desarrollo de una teoría. *Neuropsiquiatría*, 10, 1-96.
- Bennett D. (1994). La importancia de la rehabilitación laboral para el paciente con discapacidad mental. *GOZE*, 5, 31-40.
- Benlloch, A. y Ibañez, E. (1991). *Manual de psicopatología* (Vol.2). Psicología Teórica. Promolibro. Valencia.
- Benton, M. y Schroeder, H. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (6), 741-747.
- Birchwood, M. (1992). Early intervention in schizophrenia: Theoretical background and clinical strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 257-278.
- Birchwood, M. (2000). The critical period for early intervention. En M. Birchwood, D. Fowler y C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 28-63). Chichester, UK: Wiley.
- Birchwood, M. y Tarrrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico en la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Bleuler E. (1906). *Demencia precoz* (El grupo de las esquizofrenias), Hormé, Buenos Aires, 9-19, 252-253.
- Bleuler, E. (1908/1960). *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Horme.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. Nueva York.: International University Press.
- Bleuler, E. (1950). *Demencia Precoz o el grupo de las esquizofrenias* (1a ed., 1911, Nueva York). Buenos Aires: Horme

- Boswel, P. y Murray, E. (1981). Depression, schizophrenia, and social attraction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 641-647.
- Bowers, M. (1987). The role of drugs in the production of schizophreniform psychoses and related disorders. In Meltze, H.Y., (ed.), *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*. New York: Raven Press.
- Brady, J. (1984a). Social skills training for psychiatric patients. I. Concepts, methods, and clinical results. *American Journal of Psychiatry*, 141, 333-340.
- Brady, J. (1984b). Social skills training for psychiatric patients. II. Clinical outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 141, 491-498.
- Breakey, W.R., Goodell, H., Lorenz, P.C. et al. (1974). Hallucinogenic drugs as precipitants of schizophrenia. *Psychology Medical*, 4, 255-261.
- Brenner, H.D., Hodel, B., Genner, R., Roder, V. y Corrigan, P.W. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-6.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., y Corrigan, P. (1992). Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): Basic assumptions, current status and future directions. In F. P. Ferrero, A. E. Haynal, y N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia and affective psychoses: Nosology in contemporary psychiatry* (pp. 201-209). London: John Libbe
- Brenner, H.D., Hodel, B., Genner, R. et al. (1993). Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment. *British Journal of Psychiatry*, 161 (18), 154-163.
- Brown, G.W., Birley, J.L.T. y Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Brown, M. y Mundord, A. (1983). Life skill training for chronic schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 466-470.
- Brugha, T.S., Wing, J.K. y Brewin, C.R., et al. (1993). The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long-term psychiatry disorders. *Social Psychiatry Epidemiology*, 28, 218-224.
- Burbach, F. y Stanbridge, R. (1998). A family intervention in psychosis service integrating the systemic and family management approaches. *Journal of Family Therapy*, 20, 311-325.
- Butzlaff, R. L. y Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Caballo, V. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V. y Carrobes, J. (1988). *Comparación de la efectividad de los diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Cannon, M. y Jones, P. (1996). Schizophrenia. *Journal of Neurology. Psychiatry*, 61, 604-613.
- Carpenter, M.D., Mulligan, J.C., Bader, I.A. et al. (1985). Multiple admissions to an urban psychiatric center. *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 397-400.

- Carpenter, W.T. (1996). The treatment of negative symptoms: Pharmacological and methodological issues. *British Journal of Psychiatry*, 168 (29), 17-22.
- Carperter, W. T. y Buchanan, R. W. (1994). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 330, 681-690.
- Carter, B. y McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Casais, C. y Gonzalez, A. (1996). *Terapia Génica, la medicina del futuro*, Monografía de la cátedra de Introducción a la Biotecnología, UNQUI.
- Casey, D.E. (1996). Extrapiramidal syndromes: Epidemiology, pathophysiology and the diagnostic dilemma. *CNS Drugs*, 5 (1), 1-12.
- Chinchilla, A. (1996). *Las esquizofrenias*. Barcelona: Masson.
- CIE-10. (1992). *Clasificación Internacional de las enfermedades*. OMS. (10ª ed.). Madrid: Forma
- CIE-10. (1992). *Trastorno Mentales del Comportamiento*. OMS. Madrid: Forma.
- Ciampi, L. (1980). Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 606-618.
- Ciampi, L. (1987). The natural history or schizophrenia in the comp. term. *British Journal of Psychiatry* 136, 413-420.
- Clare L. y Birchwood, M. (1998). Social adjustment of patients living at home. En Mueser, K.T. y Tarrier, N. (Eds.). *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 39-51). Boston: Allyn y Bacon. Coffey, M. (1999). Psychosis and medication: strategies for improving adherence. *British Journal of Nursing*, 8, 225-230.
- Cloninger, C.R. (1997). The discovery of susceptibility genes for mental disorders Proc. *National Asociation Sciencies*. 9, 13365-13367.
- Cockrell, J. y Folstein, M. (1988). Mini-Mental State Examination. (MMSE). *Pycofarmacology Bulletin*, 24 (4), 689-692.
- Cohen, S. (1960). Lysergic acid diethylamide: Side effects and complications. *Journal of Nervous Mental Disease*, 130, 30-40.
- Cohi, A. (1990). Estudio comparativo de la calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos según la condición de tratamiento. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 201-218.
- Cooper, D. (1967). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus.
- Cooper, D. (1971). *La muerte de la familia*. Buenos Aires: Paídos.
- Cooper, A.M. (1993). Discussion: On empirical research. *Journal of the American Psychoanalytic Associatio*, 41, 381-399.
- Corrigan, P. y Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Costa, I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: I. Izídio da Costa.
- Crow, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?. *British Medical Journal*, 280, (pp. 66-68).

- Crow, T.J., McMillan, J.F., Johnson, A.L. et al. (1986). The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: II. A randomized controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *British Journal of Psychiatry*, 148, 120-127.
- Curran, J. P., Corriveau, D. P., Monti, P. M. y Hagerman, S. B. (1980) Social skill and social anxiety: Self report measurement in a psychiatric population. *Behavior Modification*, 4, 493-512.
- Curran, J. P. (1986). *Social Skills Training*. New York: Guilford Press.
- Cuevas, C. (2000). Tratamiento cognitivo conductual en los síntomas psicóticos. *Ponencia en el III symposium nacional sobre avances psicológicos y psiquiátricos en la evaluación y el tratamiento de la esquizofrenia*. Asociación Española de Psicología Conductual. Granada.
- Cuevas, C., Perona, S. y Arévalo, J. (1992). El abordaje del trastorno esquizofrénico crónico desde la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental "Virgen del Rocío". *Hygia: Revista del Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.U.E. de Sevilla*, 21, 5-9.
- Cuevas, C. y Hernández, F. (1993). Función del psicólogo clínico en la rehabilitación psicosocial del enfermo mental crónico en el ámbito comunitario. *Apuntes de Psicología*, 38-39, 163-181.
- Cuevas, C. y Perona, S. (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 43, 45-63.
- Cuevas, C., Dorado, R., Hervás de la Torre, A., Laviana Cuetos, M., López, M. J., Navarrón, E., Perona, S. y Ramos, J. M. (2003). Evaluación de una unidad de rehabilitación de salud mental realizada por pacientes con trastorno esquizofrénico. *Apuntes de Psicología*, 21(1), 139-156.
- Cuevas, C., Dorado, R., Hervás de la Torre, A., Laviana, M., Navarrón, E., Perona, S. y Ramos, J. M. (1999). Evaluación de servicio de rehabilitación de salud mental a través de la percepción y satisfacción de los familiares de pacientes esquizofrénicos. *Clínica y Salud*, 10(2), 169-192.
- Curran, J. P. y Monti, P. M. (1982). *Social skills training: a practical handbook for assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Dalgard, O y Tambs, K. (1997). Urban environment and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 171, 530-536.
- Davis J.M., Matalon, L., Watanabe, M.D., et al. (1994). Depot antipsychotic drugs: Place in therapy. *Drugs*, 47, 741-773.
- De la Gandara, J. (1995). Influencia del estrés psicosocial en la evolución de la esquizofrenia. *La rehabilitación psicosocial integral a la comunidad*, 1(0), 27-31.
- De la Gandara, J. (2005). Patología dual en unidades de hospitalización breve: utilidad y actitud de los pacientes que inician tratamiento con risperidona inyectable de larga duración. *Actas españolas de Psiquiatría* 33 (1), 1-176.
- Dencker, S., Lepp, M. y Malm, U. (1980). Treatment programme and long-term outcome in chronic schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 279, 64-76.
- Dias, R. y Salas, M. (1975). *El diferencial semántico del idioma español*. México: Trillas.

- DiTomasso, R. y Kovnat, K. (1995). Pacientes da clínica geral. Em Dattilio y Freeman (orgs). *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises*. Campinas: Editorial Psy.
- Drake, R.E. y Wallach, M.A. (1989). Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1041-1046.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. y MacMillan, F. (1996a). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-601.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. y MacMillan, F. (1996b). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial II. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 602-607.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide*. Paris: Routledge C. Kagan.
- Eaton, W., Badawi, M. y Melton, B. (1995). Prodroms and precursors: epidemiology data for primary prevention of disorders with slow onset. *American Journal of Psychiatry*, 152, 967-972.
- Edwards, J., Harrigan, S. M., McGorry, P. D. y Amminger, P. G. (2002). Duration of untreated psychosis (DUP) and outcome in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 32, 563-564.
- Edwards, J., Maude, D., McGorry, P., Harrigan, S. y Cocks, J. (1989). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 107-116.
- Edwards, J., Maude, D., Herrmann-Doig, T., Wong, L., Cocks, J., Burnett, P., Bennett, C., Wade, D. y McGorry, P.D. (2002). A service response to prolonged recovery in early psychosis. *Psychiatric Services*, 53(9), 1067-1069.
- Edwards, J., Maude, D., Mc Gorry, P. D., Harrigan, S. M. y Cocks, J. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172, 107-116.
- Edwards, J., McGorry, P.D. y Pennell, K. (2000). Models of early intervention in psychosis: an analysis of service approaches. En M. Birchwood, K. Fowler y C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 281-314). Chichester, UK: Wiley.
- Edwards, J. y McGorry, P. (2004). *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis* (2ª. ed.) Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. (Orig. 2002). Madrid: Fundación para la Investigación.
- Edwards, J., Wade, D., Herrman-Doig, T. y Gee, D. (2004). Psychological treatment of persistent positive symptoms in young people with first-episode psychosis. En J. Gleeson y P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook*. (pp. 191-208). Chichester, UK: Wiley.
- Eisler, R., Hersen, M. y Miller, P. M. (1973) Components of assertive behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 295-299.
- Eisler, R., Hersen, M. y Miller, P. M. (1975) Situational determinants of assertive behaviors. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 43, 330-340.
- Eisler, R. (1981). *Entrenamiento de las aptitudes sociales*. En Craighead, Kazdin, Mahoney. *Modificación de Conducta: Principios, Técnicas y Aplicaciones*. Omega.

- Eizaguirre, L. Cervino, M. J., Fernández, E. y Salamero, C. (1996). Calidad de vida y rehabilitación de enfermos mentales crónicos. *Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría*, 15(59), 427-440.
- EPPIC. (1997). Psychoeducation in early psychosis: Manual 1. Early Psychosis Manuals, Melbourne: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, Statewide Services.
- Escobar, J., Burnam, A., Karno, M., Forsythe, A., Landsverk, J. y Golding, J. (1986). Use of the Mini- Mental State Examination (MMSE) in a community population of mixed ethnicity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (10), 607-614.
- Escolar, V., Lobo, A. y Abad, F. (1979). Déficit intelectuales y trastornos electroencefalográficos. *Comunicación Psiquiátrica*, III, 257-269.
- Espinosa, J. (2001). Estigma, enfermedad mental y medios de comunicación. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25 (1), 12-19.
- Esquirol, J. (1814). *Dictionnaire des sciences médicales*. (15/03/07).
- Esquirol, E. (1838). *Des maladiés mentales*. París : JB Bailliere et Fills.
- Estudio Piloto Internacional sobre esquizofrenia (1973). Ginebra: OMS.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1975). *Tratado de psiquiatría* (7a ed.), pp. 66, (pp. 261-269). Toray-Masson
- Falloon, I., Held, T., Roncone, R., Coverdale, J., y Laindlaw, T. (1998). Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 43-49.
- Farkas, M. y Antony, W. (1989). *Rehabilitation Program: Theory into Practique*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Farkas, M. (1990). Rehabilitación psiquiátrica y enfermos mentales crónicos. *Ponencia presentada en el Seminario sobre Rehabilitación de enfermos Mentales crónicos*, Sevilla: Universidad Menéndez Pelayo.
- Feldmann, R., Hornung, W., Buchkremer, G. y Arolt, V. (2001). The influence of familial loading on the course of schizophrenic symptoms and succes of psychoeducational therapy. *Psychopatology*, 34, 192-197.
- Fenton, W. (1997). Course and outcome of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 40-44.
- Fernández, E. y Vázquez, C. (1989). Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, 1(1), 3-8.
- Florit, A. (1996). Desarrollo de una intervención en un caso de esquizofrenia residual. *Clínica y Salud*, 7(3), 343-357.
- Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 223-244.
- Flower, J. y Bórrame, C. (1980). Simulation and role playing methods. In Kanfer F.H. y Goldstein, A.P. (Eds.), *Helping people change*. (2a ed.) New York: Pergamon Press.

- Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. (1980) Mini mental state: A practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 17, 189-198.
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. y Fangiang. G. (2001). *Mini-Mental State Examination (MMSE). Users's Guide*. PAR. Psychological Assessment Resources.
- Franco, M. (2003). *Análise de conteúdo*. Brasília: Plano.
- Freedman, R., Adler, L.E. y Bickford, P.(1994). Schizophrenia and nicotine receptors. *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 179-192.
- Freedman, R., Coon, H. y Myles-Worsley, M. (1997). Linkage of a neurophysiological deficit in schizophrenia to a chromosome 15 locus. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 94, 587-592.
- Freud, S. (1924). *A perda da realidade na neurose e na psicose*. *Obras completas, ESB*, v. XIX. Río de Janeiro: Imago, 1976.
- Galassi, J. y Galassi, M. (1977). Assesment procedures for assertive behavior. En R. E. Alberti (Ed.). *Assertiveness: Innervations, applications, issues*. San Luis Obispo, CA: Impac.
- Galilea, V. y Colis, J. (2000). Algunas razones en favor de la rehabilitación laboral en personas con enfermedades mentales crónicas. *Trabajo Social Hoy*, 28, 105-112.
- Gambrill, E.D. y Richey, C.A. (1975). Cuestionario de Asertividad. *Assertion Inventory*.
- García-Merita, M. (2005): *Tratando la esquizofrenia. Ese desconocido mal*. Valencia: Pirámide.
- Gil, F. (1984). *Entrenamiento en habilidades sociales*. Alhambra: Universidad.
- Gil, F., León-Rubio J. y Jarana-Expósito L. (1992). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema Psicología.
- Gil, J. y García, J. (1993). *Habilidades de dirección en la organización*. Salamanca: Eudema Psicología.
- 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 la evaluación: El Cuestionario Sevilla. *Anales de Psiquiatría*, 11, 313-319.
- Giner, J., Ibáñez, E., Cervera, S., Sanmartín, A. y Caballero, R. (1997). Experiencia subjetiva y calidad de vida en esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29 (4), 233-242.
- Giner, J., Ibáñez, E., Cervera, S., Sanmartín, A. y Caballero, R. (2001). Calidad de vida de las personas con esquizofrenia. *Actas españolas de Psiquiatría*, 171, 290-299.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. (4a ed.) Guanabara Koogan.
- Goldman, C. y Quinn, F. (1988). Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(3), 282-286.

- Goldsmith, J. y Mcfall, R. (1975). Development and evolution of an interpersonal skill-training program for psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 51-58.
- Gómerz-Bulgara, F., Lobo, A. y Morales, F. (1979). El mini-examen cognoscitivo en enfermos neurológicos. *Comunicación Psiquiátrica*, III, 107-120.
- Gottesman, I.I. y Shields, J. (1982). A critical review of recent adoption, twin, and family studies in schizophrenia: Behavioral genetics perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 360-398.
- Gottesman, I.I. y Bertelsen, A. (1989). Confirming unexpressed genotypes for schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 46, 867-872.
- Gottesman, I.I. (1991). *Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness*. New York: W.H. Freeman.
- Grant, E. (1962). Human facial expression. *Man*, 4, 525-536.
- Griesenger (1876). *Patología y terapéutica de las enfermedades psíquicas*. Berlín.
- Grinspoon, L., Ewalt, J.R. y Shader, R.I. (1972). *Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy*. Baltimore: Williams y Wilkins.
- Guimón, J. (2001). *Los Prejuicios contra la Psiquiatría*. Ginebra: Core Academic.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P. y Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
- Häfner, H. (1996). The epidemiology of onset and early course in schizophrenia. In Häfner H, Wolpert EM, (Eds.), *New Research in Psychiatry* (pp.33-61). Göttingen: Hogrefe and Huber.
- Hagger, C., Buckley, P. y Kenny, J.T. et al. (1993). Improvement in cognitive functions and psychiatric symptoms in treatment-refractory schizophrenic patients receiving clozapine. *Biological Psychiatry*, 34, 702-712.
- Haldford, W.K. y Hayes, R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clinical Psychology Review*, 11, 23-44.
- Halford, W.K. y Hayes, R.L. (1995). Social skills in schizophrenia: assessing the relationship between social skills, psychopathology and community functioning. *Social Psychiatry Epidemiology*, 30, 14-19.
- Hambrecht, M. y Häfner, H. (1996). Substance abuse and the onset of schizophrenia, *Biological Psychiatry*, 40, 1155-1163.
- Hecker, E. (1871). Zur Begründung des klinischen staudpunktes des Psychiatrie. Gortitz. *Virchow's Archie*, 52, 1871, 203-218.
- Hecker, E. (1871). Die Hebephrenie (Ein Beitrag zur Klinischen Psychiatrie). *Virchow's Archive*, 52, 394-429.
- Hegenberg, M. (1996). Psicoterapia breve psicanalítica. *TEMAS*, 51, 38-50.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E. y Carpenter, W. T. (1984). The quality of life scale: An Instrument for Rating the Schizophrenic Syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 388-398.

- Hekimian, L.J. y Gershons, S. (1968). Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric hospital. *JAMA*, 205, 75-80.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., McAuley, H. et al. (1978). The patient's primary group. *British Journal of Psychiatry*, 132, 74-86.
- Henry, L. (2004). Psychological intervention in recovery from early psychosis: Cognitively oriented psychotherapy. En J. Gleeson y P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook* (pp. 63-80). Chichester, UK: Wiley.
- Hersen, M., Bellack, A. y Turner, S. (1978). Assessment of assertiveness in female psychiatric patients: motor and automatic measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental*, 9, 11-16.
- Hirsch, S. y Jolley, A. (1989). The dysphoric syndrome in schizophrenia and its implication for relapse. *British Journal of Psychiatry*, 155 (5), 123-127.
- Hirsch, S. R., Gain, R. y Roed, P.D. (1973). Outpatients maintenance of chronic schizophrenic patients with long-acting flufenazine: double-blind placebo trial. *British Journal of Psychiatry*, 1, 633-637.
- Hirsch, S. y Leff, J. (1975). *Abnormality in Parents of Schizophrenics*. London: Oxford University Press.
- Hirsch, S.R. y Kohen, D. (1995). Recent neuroleptic maintenance strategies in the management of schizophrenia. In: Shiriqui y Nasrallah eds. *Contemporary issues in the treatment of schizophrenia* (pp. 479-496). Washington-DC: APA,
- Hirsch, S.R. y Weinberger, D. (1995). *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science Inc.
- Hoffman, R. (1861). [citado en García-Merita, M., 2005, *Tratando la esquizofrenia. Ese desconocido mal*. Valencia: Pirámide.]
- Hogarty, G., Anderson, C., Reiss, D., Kornblith, S., Greenwald, D., Javna, C. Madonia, M.J. y EPICS Schizophrenia Research Group. (1981). Family psychoeducation, social skills training. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.
- Hogarty, G. (1992). Cognitive remediation in schizophrenia. Proceed with caution. *Schizophrenia Bulletin*, 18 (1).
- Hogarty, G., Anderson, C., Reiss, D., Kornblith, S., Greenwald, D., Javna, C. Madonia, M.J. y EPICS Schizophrenia Research Group. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Hogarty, G., Anderson, C.M. y Reiss, D.J. (1987). Family psychoeducation, social skills training, and medication in schizophrenia, the long and short of it. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 12-13.
- Hogarty, G. Anderson, C.M. y Reiss, D.J. et al. (1995). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: 1. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Holmes, M., Hansen, D. y St.Lawrence, J. (1984). Conversational skills training with aftercare patients in the community: Social validation and generalization. *Behavior Therapy*, 15, 84-100.

- Hy, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1968). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona.
- Ibáñez, E., Giner, J., Cervera, S., Baca, E., Bobes, J. y Leal, C. (1997). El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas. *Actas Luso-Española. Neurología. Psiquiátrica. Ciencias Afines*, 25 (2), 24-31.
- Indian Council of Medical Research (ICMR). (1988). *Multicentred collaborative study of factors associated with cause and outcome of schizophrenia*. New Delhi, India: Autor.
- Irarugi, I. (1997). Enfermedad mental e integración social: el papel del empleo. *GOZE*, 2, 18-24
- Iraurgi, I., Villar, C., Imaz, I., Bombín, I., Villodas, I. y Pajuelo, J. (1998). Formación profesional, habilidades sociolaborales y rehabilitación psicosocial de personas con psicosis. *GOZE*, 4, 24-32.
- Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM). (1998a). *Bases generales para la atención a enfermos crónicos*. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía.
- Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM). (1998b). *La Organización de los servicios de rehabilitación en salud mental*. Documento de trabajo nº 3. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía.
- International Early Psychosis Association Writing Group (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187 (48), 120-124.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G. et al. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychology Medical*, 22 (20), 1-97.
- Jackson, H. J., Edwards, J., Hulbert, C. y McGorry, P. (1999). Recovery from psychosis: Psychological interventions. En P. McGorry y H. J. Jackson (Eds.), *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach* (pp. 265-307). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jackson, H. J., McGorry, P. y McKenzie, D. (1994). The reliability of DSM-III prodromal symptoms in first-episode psychotic patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 90, 375-378.
- Janowsky, D.S. y Davis, J.M. (1976). Methylphenidate, dextroamphetamine, and levamfetamine: Effects on schizophrenic symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 33, 304-308.
- Jasper, K. (1946). *Algemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer.
- Jasper, K. (1975). *Psicopatología General*. Buenos Aries: Beta.
- Jaspers K. (1980). *Psicopatología general* (4ª ed.). Heidelberg, 1942. Traducción de Roberto Saubidet, (pp.145-147, 446-447). Buenos Aires: Beta.
- Johnstone, F., MacMillan, J., Frith, C., Benn, D. y Crow, T. (1990). Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. *British Journal of Psychiatry*, 157, 182-189.
- Jung, C. (1907). *Über den psychologie der Demencia Praecox*. Halle: Marh.
- Kaes, Th. (1907). *Die Grosshirnrinde des Menschen in ihren Massen und ihrem Fasegehalt*. Ein Gehirn-anatomischer Atlas. Jena: Fischer

- Kalhbaum L. (1868). *Clasificación de las enfermedades psíquicas*. Danzig, Verlag Von A. W. Kafemann, (pp. 167-171). Traducción de Reinhard Lansfub MA.
- Kalhbaum K. (1996). La catatonía o locura de tensión, 1874, publicada en La locura maníaco depresiva, la catatonía y la hebefrenia. *Polemos*, (pp. 148-149,117-160).
- Kanas, N. (1986). Group Therapy With Schizophrenics: A Review of Controlled Studies. *International of Group Psychotherapy*, 36, 339-351.
- Kanas, N. (1996). Terapia grupal con esquizofrénicos. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de grupo* (3a ed.) (pp. 445-457). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kane, J.M. y Borestein, M. (1985). Compliance in the long-term treatment of schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 23-27.
- Kane, J.M. y Lieberman, J.A. (1987). Maintenance pharmacotherapy in schizophrenia. In Meltzer, H.Y. (Ed.). *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress* (pp.1103-1109). New York: Raven Press.
- Kane, J.M., Rifkin, A. y Woerner, M. (1983). Low-dose neuroleptic treatment of outpatient schizophrenic. *Archives of General Psychiatry*, 40, 893-896.
- Kane, J.M., Honigfeld, G., Singer, J. et al. (1998). Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. *Archives of General Psychiatry*, 45, 789-796.
- Kanter, J. (1989). Clinical case management: Definition, principles components. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 362-368.
- Kasanin, J. (1933). The Acute Schizoaffective Psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 13: 97-126.
- Katz, M., Marsela, A., Dube, K. et al. (1988). On the expression of psychosis in different cultures: Schizophrenia in an Indian and in a Nigerian community. *Cultural Medical Psychiatry*, 12(3), 331-355.
- Keith, S. y Docherty, J. (1990). *Handbook of Schizophrenia-Psychosocial Treatment of schizophrenia* (4) Amsterdam, the Netherlands: Elsevier.
- Kelly, J., Urey, J. y Patterson, J. (1980). Improving heterosocial conversational skills of male psychiatric patients through a small group training procedure. *Behavior Therapy*, 11, 179-188.
- Kleist, K. (1938). Störungen des Denkens und ihre Hirnpathologischen Grundlagen. In Roggenbau: Gegenwart probleme die psychiat-neurologischen Forschung, Berlin: Springer.
- Kleist, K. y Swab, H. (1949). Die verworrener Schizophrenien auf Grund Katamnestischer Untessuchungen. *Archive für Psychiatrie und Zeit Neurology*. 182, 333-399,
- Kleist, K., Leonhard, K. y Faust, E. (1950). Die Hebefrenien auf Grund von Katamnestischen Untersuchungen. *Archive für Psychiatrie und Zeit Neurology* 185, 773-798.
- Kendell, R., Juszczak, E. y Cole, S. (1996). Obstetric complications and schizophrenia: A case control study based on standard ised obstetric records. *British Journal of Psychiatry*, 168, 556-561.

- Kety, S., Rosenthal, D., Wender, O.H. et al. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adopted schizophrenic. In Rosenthal, D, Kety, S. (Eds), *The transmission of Schizophrenia* (pp. 345). Oxford: Pergamon.
- Kety, S., Rosenthal, D., Wender, O. et al. (1975). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic. In Fieve, R.R., Rosenthal, D. y Brill, H. (Eds), *Investigación Genética en Psiquiatría* (147). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kingdon, D. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*. Hove, Sussex: Lawrence Erlbaum.
- Kirkpatrick B., Buchanan, R., Ross, D. y Carpenter W. (2001). A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 58(2), 165-171,
- Kleist, K. (1947). *Fortschritte der Psychiatrie*. Frankfurt: W. Kramer.
- Knapp, M. (1982). *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.
- Knudson, P. y Vilmar, T. (1984). Cannabis and neuroleptic agents in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 162-174.
- Korchin, S.J. (1976). Modern clinical psychology: *Principles of interventions in clinic and community*. Nueva York: Basic Books.
- Kraepelin E. (1900). *Introducción a la clínica psiquiátrica* (Treinta y dos lecciones). Heidelberg, 47,83-90. Traducción de Santos Rubiano.
- Kraepelin, E. (1927). *Psiquiatría*, 9 Aufl. Leipzig: BART.
- Kraepelin, E. (1980). *Introduction la psychiatrie Clinique*. Paris.
- Kraepelin, E. (1896) [citado en García-Merita, M., 2005]. *Tratando la esquizofrenia. Ese desconocido mal*. Valencia: Pirámide.
- Kretschmer, F. (1936) *Körperbau und charakter*, 14a ed. Berlín.
- Kulhara, P. (1996). Outcome of schizophrenia: Some transcultural observations with particular reference to developing countries. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(5), 227-235.
- Kulhara, P. y Wig, N.N. (1978). The chronicity of schizophrenia in North-West India: Results of a follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 132, 186-190.
- Kurz, M. Hummer, M. y Oberbauer, H. (1995). Extrapyramidal side effects of clozapine and haloperidol. *Psychopharmacology*, 118, 52-56.
- Laing, R. y Esterton, A. (1970). *Sanity, Madness and the Family: Families of Schizophrenics*. Baltimore: Penguin Books.
- Laing, R. (1972). *Esquizofrenia y presión social*. Barcelona: Tusquets.
- Laing, R. (1999). *El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Langfeldt, G. (1939). *The prognosis in Schizophrenia and the factors influencing the course of the disease*. Copenhagen: Munksgaard.
- Larsen, T., Johannessen, J. y Opjordsmoen, S. (1998). First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care. *British Journal of Psychiatry* 172, 45-52.

- Lay, B., Lauber, C. y Rössler, W. (2006). Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *European Psychiatry*, 21, 401- 409.
- Leff, J. y Vaughn, C.E. (1981). The role of maintenance therapy and relatives expressed emotions in relapse of schizophrenia: A two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 40.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. y Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- Leff, J., Sartorius, N., Jablensky, A. et al. (1990). The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-year follow-up findings. In H. Häfner y W.F. Gattaz (Eds). *Search for the Causes of Schizophrenia, Vol. II*. Heidelberg, Berlin: Springer-Verlag.
- Lehman, A. y Steinwachs, D. (1994). *Literature review: Treatment approach for schizophrenia*. Baltimore: Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), University of Maryland.
- Lemos, S. (1986). Esquizofrenia. ¿Enfermedad crónica?- Consideraciones teóricas. *Estudios de psicología*, 25, 37-53.
- Leonhard, K. (1936). *Die defectschizophrenin Krankheitsbilder*. Leipzig.
- Leonhard, K. (1966). *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Berlin: Akademie Verlag.
- Liberman, R. (1975). *Personal effectiveness*. Champaign: Research Press.
- Liberman, R. (1982). Assessment of social skills. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 62-83.
- Liberman, R. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Liberman, R. (Ed.) (1992). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York: McMillan.
- Liberman, R. (1993). *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Liberman, R. y Corrigan, P. (1993). Designing new psychological treatments for schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal y Biological Processes*, 56, 238-249.
- Liberman, R., Massel, H., Mosk, M. y Wong, S. (1985). Social skills training for chronic mental patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 396-403.
- Liberman, R., Mueser, K. y Wallace, C. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk of relapse. *American Journal of Psychiatry*, 143, 523-526.
- Liberman, R., Mueser, K., Wallace, C., Jacobs, H., Eckman y T. Massel, H. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 631-647.
- Liberman, R. y Mueser, K. (1988). Psychosocial treatment of schizophrenia. En S.Kaplan y B. J. Saddock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 792-805). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Liberman, R. (1995). *Social and independent living skills: The community reentry program*. Los Angeles: Author.
- Liberman, R., Lillie, F., Falloon, I., Harpin, R., Hutchinson, W. y Stoute, B. (1984). Social skills training with relapsing schizophrenics: An experimental analysis. *Behavior Modification*, 8, 155-179.

- Liberman, R., Mueser, K. y Wallace, C. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *American Journal of Psychiatry*, 143, 523-526.
- Liberman, R., Mueser, K., Wallace, C., Jacobs, H., Eckman, T. y Massel, H. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 631-647.
- Liberman, R., Wallace, C., Blackwell, G., Eckman, T., Vaccaro, J. y Kuehnel, T. (1993). Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA Social and Independent Living Skills Modules. *Innovations of Research*, 2, 43-60.
- Liberman, R., DeRisi, W. y Mueser, K. (1989). *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. New York: Pergamon Press.
- Liberman, R., Spaulding, W. y Corrigan, P. (1995). Cognitive-behavioural therapies in psychiatric rehabilitation. In Hirsch, Weinberger, D.R. (Eds.), *Schizophrenia*, (pp. 605-625). London: Blackwell.
- Liddle, P. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 151, 145-151.
- Linsay, W. (1982). Some normative goals for conversation training. *Behavioral Psychotherapy*, 10, 253-272.
- Lobo, A. y DÍA, J. (1986). Screening del deterioro cognitivo. *Phronesis*, 7, 159-165.
- Lobo, A., Escolar, V., Ezquerro, J. y Seva, A. (1980). Mini examen cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos. *Revista Psiquiátrica Psicológica Médica*, 5, 39-57.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F., Sala, J. y Seva, A. (1979). Mini examen cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luxo-Española de Neurología y Psiquiatría*, 3, 189-202.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y col. (2001). (Re-validation of the Mini-Examen Cognoscitivo (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) and population-based norms in the elderly community.) *Interpsiquis*, 2001(2)
- Lomov, B. (1989). Investigación de las leyes de la psique. Traducción del ruso. *Ciencias Sociales*, 3, 128-144.
- McGlaser, T. (1983). Intensive individual psychotherapy of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 40, 909-920.
- McGhie, A. y Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal Medical Psychology*, 34, 103-116.
- Malaspina, D., Goetz, R. R., Yale, S., Berman, A., Friedman, J. H. y Tremeau, F. (2000). Relation of familial schizophrenia to negative symptoms but not to the Deficit Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 157, 994-1003.
- Malleon N. (1971). Acute adverse reactions to LSD in clinical and experimental use in the United Kingdom. *British Journal of Psychiatry* 118, 229-230.
- Marder, S., Wirshing, W., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston-Cronk, K., Eckman, T., Lebell, M., Zimmerman, K. y Liberman, L. (1996). Two-year outcome of social skills training and psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 156, 1585-1592.

- Martínez, A. (1998). *¿Has visto como llora el cerezo?*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Martínez, J., Mora, M. y Delgado, M. (2006). Nemiatrofia cerebral. *Revista de Neurología*, 42 (8), 506-510.
- Martens, J. y Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members in individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 128-133.
- Massel, H., Corrigan, P., Liberman, R. y Milan, M. (1991). Conversation skills training of thought-disordered schizophrenic patients through attention focussing. *Psychiatry Research*, 38, 51-61.
- Matas, M., Emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 4-9.
- May, P. (1968). *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. New York: Science House.
- May, R. (2005). Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. En J. Gleeson y P. McGorry (Eds.). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento* (pp. 425-452). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mauz, F. (1930). *Die Prognostik der endogenen Psychosen*. Leipzig: Thieme.
- McFall, R. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- McFall, R. y Twentyman, C. (1973). Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 199-218.
- McGorry, P. y Edwards, J. (2002). *Intervenção precoce nas psicoses*. São Paulo: Janssen-Cilag.
- McGorry, P. y Singh, B. (1995). Schizophrenia: risk and possibility of prevention. In Raphael, B. & Burrows, G. D. (eds.). *Handbook of Studies in Preventive Psychiatry* (pp. 491-514). New York: Elsevier.
- Melmick, F.A. (1973). A comparison of replication techniques in the modification of minimal dating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 51-59.
- Meltzer, H., Burnett, S., Bastani, B. et al. (1990). Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 892-897.
- Meyer. (1951) [citado en Ariete, S. (1974): *Interpretation of schizophrenia* (2ª ed.). Nueva Cork: BasicBooks]
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*, Secretaria General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1986). *Ley General de Sanidad*, Madrid, BOE 14/1986 de 25 de abril.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1988). *El quehacer en Salud Mental*.

- Minkowski, E. (1960). *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. Buenos Aires: Paidós.
- Morcillo, L., Barcia, D. y Borgoños, E. (1995). Esquizofrenia: calidad de vida y años de evolución. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 23(6), 293-298.
- Morcillo, L. (1996). Acontecimientos Vitales y expresividad emocional en la esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 36, 365-376.
- Morel, J. (1856). *Traité des dégénérescences physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine*. París.
- Morey, R. C. (1991) *Personality Assessment Inventory (PAI): Professional manual*. Tampa. F. L.: Psychological Assessment Resources.
- Morris, R., Rushe, T., Woodruffe, P. y Murray R. (1995). Problem solving in schizophrenia: A specific deficit in planning ability. *Schizophrenia Research*, 14, 235-246.
- Morrison, R. y Bellack, A. (1981). The role of social perception in social skills. *Behavior Therapy*, 12, 69-79.
- Morrison, R., Bellack, A. y Mueser, K. (1988). Deficits in facial-affect recognition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 67-83.
- Mueser, K., Bellack, A., Douglas, M. y Morrison, R. (1991). Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167-176.
- Mueser, K., Bellack, A., Douglas, M. y Wade, J. (1991). Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Research*, 37, 281-296.
- Mueser, K., Bellack, A., Morrison, R. y Wixted, J. (1990). Social competence in schizophrenia: Premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 51-63.
- Mueser, K., Bellack, A., Wade, J., Sayers, S., Tierney, A. y Haas, G. (1993). Expressed emotion, social skill, and response to negative affect in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 102, 339-351.
- Mueser, K., Kosmidis, M. y Sayers, M. (1992). Symptomatology and the prediction of social skills acquisition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8, 59-68.
- Mueser, K., Wallace, C. y Liberman, R. (1995). New developments in social skills training. *Behaviour Change*, 12, 31-40.
- Mueser, K. y Tarrier, N. (1988). *Social functioning in schizophrenia*, (pp. 66-78). Boston: Allyn y Bacon.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Morrison, R. L. y Wade, J. H. (1990). Gender, social competence and symptomatology in schizophrenia: a longitudinal analysis. *Journal of Psychology*, 99, (2), 138-147.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Morrison, R. L. y Wixted, J. T. (1990). Social competence in schizophrenia: Premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *Journal of Psychiatry Research*, 24, 51-63. .
- Mueser, K., Liberman, R. y Glynn, S. (1990). Psychosocial interventions in schizophrenia. In Kales, A., Stefanis, C. y Talbot, J., *Recent Advances Schizophrenia* (pp. 213-236). New York: Springer-Verlag.

- Mueser, K., Bellack, A., Douglas, M. y Morrison, M. (1991). Prevalence and stability of social skills deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167-176.
- Mueser, K. y Sayers, M. (1992). Social skills assessment. In D. J. Kavanagh (Ed.), *Schizophrenia: An overview and practical handbook* (pp. 182-205). London: Chapman y Hall.
- Mueser, K. (1993). Handbook of behaviour therapy in the psychiatric setting. Bellack y Hersen (Eds.). *Critical issues in psychiatry*.
- Munroe-Blum H, McCleary L.(1995). RCT: Social treatments for schizophrenia: 12 month findings. *Schizophrenia Research*, 15, 221.
- Muñoz, L., Marconi, J., Horwitz y Narveillán, P. (1966). Crosscultural definitions applied to the study of functional psychoses in chilean mapuches. *British Journal of Psychiatry*, 112, 1205.
- Murphy, H. y Raman, A. (1971). The chronicity of schizophrenia among indigenous tropical peoples. *British Journal of Psychiatry*, 118, 489-497).
- National Community Advisory Group on Mental Health. (1994). *Let's Talk about Action*. Australia: Canberra.
- Navarro, R. (1978). Modificación de la conducta adictiva: tratamiento y seguimiento de 2 casos de adicción. *Revista de Neuropsiquiatría*, 4, 183-191.
- Navarro, R. y Andrade, G. (1983). Control del lenguaje psicótico: desarrollo de una técnica de discriminación simultánea del lenguaje racional delucinal. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 2, 59-67.
- Navarro, R. (1989). Desarrollo de un programa de modificación del comportamiento dirigido a la rehabilitación de pacientes dependientes de drogas, tratamiento y seguimiento de 223 casos clínicos. *Psicoactiva*, 6, 3-33.
- Negrete, J., Knapp, W., Douglas, D. et al. (1986). Cannabis affects the severity of schizophrenic symptoms: Results of a clinical survey. *Psychology Medical*, 16, 515-520.
- NIMH. (1977). *Comprehensive Community Supports System for Severely Mentally Disabled Adults: Definition. Components and Guiding Principles*. Rockville.
- Norman, R. y Malla, A. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical of the concept and its importance. *Psychology Medical*, 31, 381-400.
- Norman, R., Townsend, L. y Malla, A. (2001). Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *British Journal of Psychiatry*, 179, (pp. 340-345).
- Nuechterlein, K. y Dawson, M. (1984). Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 160-203.
- Nuechterlein, K., Dawson, M. y Glitin, M. et al. (1992). Developmental processes in schizophrenia disorders: longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 387-418.
- Obiols, J.E. y Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Olin, S. y Mednick, S. (1996). Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 223-240.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1973). Serie de Informe técnico N° 526 y 516.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1991). Evaluación de los métodos de tratamientos de trastornos mentales. OMS, *Serie de Informes Técnicos*.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *La CIE-10 Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). Documento de trabajo. *¿Qué es la esquizofrenia? ¿Cómo se trabaja?*.
- Orviz, S. y Fernández, J. (1997). Entrenamiento en habilidades sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos. In A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 229-248). Madrid: Pirámide.
- Osgood, C., Suci, G. y Tannenbaum, P. (1957). Medición de actitudes. En G. Summers (comp.) (1976). *Medición de actitudes* (227-286). México: Trillas
- Overall, J. y Gorham, D. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Owen, M., Craddock, N. y O'Donovan, M. (2005). Schizophrenia: genes at last? Trends in *Genetics*, 21(9), 518-25.
- Owen, R., Owen, F., Poulter, M. y Crow, T. (1984). Dopamine D2 receptors in substantia nigra in schizophrenia. *Brain Research*, 299, 152-154.
- Paez, D. et al. (1985). *Salud Mental y factores Psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- Pai, S. y Kapur, R. (1983). Evaluation of home care treatment for schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 80-88.
- Palacios-Araus, L., Herran, A., Sandoya, M., Gonzalez, H., Vazquez-Barquero, J. y Diez-Manrique, J. (1995). Analysis of positive and negative symptoms in schizophrenia. A study Hom a population of long-term outpatients. *Acta Psychiatry Scandinavica*, 92, 178-182.
- Palma, C., Ferrer, M., Farriols, N. y Cebrià, J. (2006). La recuperación en la psicosis temprana: los procesos de duelo y el sentido de la experiencia psicótica. *Anales de Psiquiatría*.
- Parker, G. y Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. *Psychological Medicine*, 20, 961-965.
- Parnas, J., Schulsinger, F., Schulsinger, H., Mednick, S. y Teasdale, T. (1982). Behavioral precursors of schizophrenia spectrum. *Archives of General Psychiatry*, 39, 658-664.
- Penn, D., Mueser, K., Spaulding, W., Hope, D. y Reed, D. (1995). Information processing and social competence in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 269-281.
- Perlick, D., Stastny, P., Mattis, S. y Teresi, J. (1992). Contribution of family, cognitive, and clinical dimensions to long-term outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6, 257-265.

- Perona, S. y Cuevas Yust, C. (1991). El papel del entrenamiento en habilidades en rehabilitación psicosocial. *Comunicación presentada en la XVI Jornadas Andaluzas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría*. Granada.
- Perris, C. (1989). *Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients*. New York: Guilford.
- Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. Londres: Guildford Press.
- Pinel, A. (1809). *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*. Les Institutions de médecine pratique (1785).
- Plan de Salud de la Comunidad Valenciana. (2005-2009). Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad.
- Platt, J. y Spivack, G. (1972). Social competence and effective problem-solving thinking in psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 3-5.
- Platt, J. y Spivack, G. (1975) *Manual for the means-and-problem-solving procedure (MEPS) a measure of interpersonal cognitive problem solving, skill*. Filadelfia, P.A.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.
- Prazak, (1969) Relative contributions of verbal, articulative, and nonverbal communication to employment decisions in the job interview setting. *Psychology*, 32.
- Polatín, P. (1949). [citado en DSM-IV-TR. Libro de Casos históricos. Masson].
- Polatín, P. y Philtine, E. (1949). *How psychiatry helps* (pp. 242). New York: Harper.
- Power, P., Elkins, K., Adlard, S., Curry, C., McGorry, P. y Harrigan, S. (1998). Analysis of the initial treatment phase in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 71-76.
- Power, P., Bell, R., Mills, R., Herrman-Doig, T., Davern, M., Henry L., Yuen, H.P., Khademy-Deljo A. y McGorry, P. (2003). Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 37 (4), 414.
- Pozo Del M. (1995). Costo de la Esquizofrenia y su relación con la psiquiatría. Washington. DC: OPS, 1-22.
- Prudo R, Munroe-Blum H. (1987). Five-year outcome and prognosis in schizophrenia. A report from the London Field Research Center of the International Pilot Study of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 150, 345-354.
- Rathus, S. (1973) A 30-item Schedule for Assessing Assertive Behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rice D. P. (1999). The economic impact of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60 (1): 4-6.
- Rodríguez, S., Rodríguez, F. y García, M. (1997). La esquizofrenia. información para los familiares y los profesionales. Monografía. Gran Canaria. Ed. Proyecto RISEM. *Psiquis 2004*, 25 (6), 264-281.

- Rodríguez, J. y González, D. (2000). Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 44, 137-144.
- Rhoades, H. y Overall, J. (1988). The semi-structured BPRS interview and rating guide. *Psychopharmacology Bulletin*, 24 (1), 101-104.
- Rojo Sierra, M. (1985). *Entorno al concepto de esquizofrenia*. [citado en esquizo.com/]
- Rogers, R., Ornduff, S.R. y Sewell, K.W. (1993). Feigning specific disorders: A study of the Personality Assessment Inventory (PAI). *Journal of Personality Assessment*, 19 (3), 267-289.
- Romano, J. y Bellack, A. (1980). Social validation of a component model of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 478-490.
- Sanz, J. (1998). Tratamiento psicofarmacológico en psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 69.
- Sanz, J., Gil, F. y García Vera, M.P. (1998). Evaluación de las habilidades sociales. En F. Gil y J.M. León: *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención* (pp. 25-61). Madrid: Síntesis.
- Saíz, J. (1997). *Esquizofrenia, Enfermedad del cerebro y reto social*. Barcelona: Masson.
- Salzman, C. (1980). The use of ECT in the treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1032-1041.
- Sánchez, A. (1996). *Psicología Comunitaria*. Barcelona: EUB.
- Sander. (1868). [en http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num2/art_8.htm] (6 de abril de 2006).
- Sandin, B. (1986). *Aportaciones recientes en psicopatología*. Madrid: Novamedic.
- Santesmases, M. (1997). *DYANE: Diseño y análisis de encuestas con investigación social y mercados*. Madrid: Pirámide.
- Santolaya, J. F. (1985). *El entrenamiento en habilidades sociales como técnica de reinserción social*. Comunicación presentada en el Congreso de Murcia.
- Santolaya, J. F. (1986). *La psicoterapia de grupo en pacientes esquizofrénicos*. Comunicación presentada en las I Jornadas del Rol del Psicólogo. Valencia.
- Santolaya, J. F. (1987). Aprendizaje en habilidades sociales en pacientes esquizofrénicos. *Anales de Psiquiatría*, 3, 18-20.
- Santolaya, J.F., Leal, I., y Sales, R. (1989). El entrenamiento en habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos en régimen ambulatorio. *Información Psicológica*, 38, 46-48.
- Santolaya, J.F. (1995). *Aportaciones del Entrenamiento en Habilidades Sociales al Tratamiento de la Esquizofrenia*. Tesis Doctoral. Valencia.
- Santolaya, J.F. (2002). Aportaciones del Entrenamiento en Habilidades Sociales al trabajo de la Esquizofrenia. *Informació Psicològica*, 79, 14-21.
- Sanz, J. Gil, F. y Garcia-Vera, M. P. (1998). Evaluación de las habilidades sociales. En Fco. Gil y J. M. León. *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención* (pp. 25-61). Madrid: Síntesis.

- Saraceno, B. y Montero, F. (1993). *La rehabilitación entre modelos y práctica*, en V. Aparocio Basauri (Coord.). *Evaluación de servicios en salud mental* (pp. 313-321). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Sartorius N. (1995). Rehabilitation and quality of life. *International Journal of Mental Health, 24*, 7-13.
- Schene, A., Tessler, R. y Gamache, G. (1994). Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29*, 228-240.
- Schene, A., van Wijngaarden, B. y Koeter, M. W. J. (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin, 24*, 609-618.
- Scheiner, K.(1957).Primarie und secundarie symptome bei der schizophrenie. *Fortswhritte der Neurologie Psychiatrie und Ihrer Grenzabiete, 25*.
- Scheiner, K. (1959). *Clinical psychopatology*. New York: Grunne and Stratton.
- Schneider K. (1963). *Patopsicología clínica.*, 1962 , (2ª ed.) española, (pp. 207-232). Verlag, Stuttgart.
- Schneider, K. (1975). *Patopsicología Clínica* (4ª edi.). Madrid: Paz Montalvo.
- Schroeder, C.W. (1942). Mental disorders in cities. *American Journal of Sociology, 48*, 40-48.
- Schooler, N., Keith, S., Severe, J., Matthews, S., Bellack, A. y Glick, I. (1997). Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment. *Archives of General Psychiatry, 54*, 453-463.
- Seoane, J. (1999). Estilos y tipos de calidad de vida en el Cuestionario Sevilla. *Actas Españolas de Psiquiatria, 27*, 245-249.
- Smith, T., Hull, J., MacKain, S., Rattenni, L., Goodman, M., Anthony, D. y Kentros, M. (1996). *Community reintegration skills training for hospitalized patients with schizophrenia: The community re-entry program*. American Psychiatric Association Annual Meeting: New York.
- Sorano [citado en http://www.alcmeon.com.ar/1/1/a01_5.htm] [6 de Abril de 2006].
- Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal of Psychiatry, 176*, 350.
- Spaulding, W. (1992). Design prerequisites for research on cognitive therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 18*, 39-42.
- Spence, S. y David, A. (2004). *Voices in the brain. The cognitive neuropsychiatry of auditory verbal hallucinations*. East Sussex: Psychology Press.
- Spencer, P., Gillespie, C. y Ekisa, E. (1983). A controlled comparison of the effects of social skills training and remedial drama on the conversation skills of chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry, 143*, 165-172.
- Spurzeim. (1818). [citado en http://www.alcmeon.com.ar/1/1/a01_5.htm]. [6 de Abril de 2006].
- Stanton, A., Gunderson, J., Knapp, P., Frank, A., Vannicelli, M., Schnitzer, P. y Rosenthal, R. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin, 10*, 520-563.

- Strachan, A. (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia. Toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 678-98.
- Straub, R., McLean, C., O'Neill, F. et al. (1997). Support for a possible schizophrenia vulnerability locus in region 5q2231 in Irish families. *Mol Psychiatry*, 2, 156-160.
- Strauss, J. y Carpenter, W. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27, 739-746.
- Strauss, J. y Carpenter, W. (1974). Octava edición de P.S.E. (Present State Examination Schedule: Wyng, Cooper y Santorius). Terrassa Blázquez, B., y Pérez Pareja, F. J. (1998). Métodos e instrumentos de evaluación utilizados en el diagnóstico del constructo "esquizofrenia". *Psicologia.COM* [Online], 2 (2), 17 párrafos. Disponible: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_5.htm [17 de Junio 2008]
- Strauss, J. y Carpenter, W. (1974). The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variable: A report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 31, 37-42.
- Strauss, J. y Carpenter, W. (1977). Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. *Archives of General Psychiatry*, 34, 159-163.
- Stroul, B. (1989). Community support systems for persons with long-term mental illness: a conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(3), 11-26, 1989.
- Stuve, P., Erickson, R. y Spaulding, W. (1991). Cognitive rehabilitation: The next step in psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, 9-26.
- Sullivan, H. (1962). *Schizophrenia as a human process*. Nueva York : W. Norton.
- Sullivan, G., Marder, S., Liberman, R., Donahoe, C. y Mintz, J. (1990). Social skills and relapse history in outpatient schizophrenics. *Psychiatry*, 53, 340-345.
- Szmukler, G. (1996). From family "burden" to caregiving. *Psychiatry Bulletin*, 20, 449-451.
- Taylor, D. y Warner R. (1994). Does substance use precipitate the onset of functional psychosis? *Social Work y Social Sciences Review*, 5, 64-75.
- Tennet, F. y Groesbeck, C. (1972). Psychiatric effects of hashish. *Archives of General Psychiatry*, 27, 133-136.
- Terrassa Blázquez, B., y Pérez Pareja, F. J. (1998). Métodos e instrumentos de evaluación utilizados en el diagnóstico del constructo "esquizofrenia". *Psicologia.COM* [Online], 2 (2), 17 párrafos. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_5.htm [17 de Junio 2008]
- Test, M., Wallisch, L., Allness, D. et al. (1989). Substance use in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 465-476.
- Thara, R., Henreitta, M., Joseph, A. et al. (1994). Ten year course of schizophrenia: The Madras Longitudinal Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 329-336.
- Tienari, P., Wynne, L. (1994). Adoption studies of schizophrenia. *Ann Med*, 26, 233-237.
- Tizón J.L. (1988): "Aspectos psicológicos de la salud". En R. Casares, J Fernández, J Tizón, O. Vall y J. Laporte. y cols. *La Salut (en record de Jordi Gol i Gurina)*. Barcelona: Llar del Llibre - Escola Universitaria de Treball Social, 1988. (pp. 25-51).

- Tizón J.L., Guadán, I., Sainz, F. y Martínez, M. (1992). *La Psicología Clínica en un dispositivo de Salud Mental en Atención Primaria* (pp. 291-297).
- Tizón, J.L. y Recasens, J.M. (1992). *La Psiquiatría en un dispositivo de Salud Mental en Atención Primaria* (pp. 297-305).
- Tizón, J.L., Guadán, I., Nadal, D., Sainz F et al. (1992). *Protocolos y Programas Preventivos en Atención Primaria a la Salud Mental*, Equipo Psicosocial "La Verneda- La Pau - La Mina" (pp. 305-309).
- Tomaras, V., Mavreas, V., Economou, M., Ioannovich, E., Karydi, V. y Stefanis, C. (2000). The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 487-493.
- Tomaras, V., Vlachonikolis, I., Stefanis, C. y Mandianos, M. (1988). The effect of individual psychosocial treatment on the family atmosphere of schizophrenic patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 23, 256-261.
- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). *Social skill and mental health*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.
- Tsuang, M., Simpson, J. y Kronfol, Z. (1982). Subtypes of drug abuse with psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 39, 141-147.
- Vallejo Nájera A. (1945). *Tratado de psiquiatría* (pp. 354-355, 756-757). Madrid: Salvat.
- Vallejo-Nájera, J. (1997). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Madrid: Salvat.
- Varela, C. (1983). Habilidades sociales aplicadas a psicóticos: un enfoque cognitivo. *Psiquis*, 4, 47-51.
- Varela, C. (1985). *Entrenamiento en Habilidades Sociales con pacientes esquizofrénicos*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Vardy, M. y Kay, S. (1982). LSD psychosis or LSD-induced schizophrenia? A multimethod inquiry. *Archives of General Psychiatry*, 39, 141-147.
- Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Liberman, R.P., Green, M.F., Shaner, A. y Appendix, I. (1993). Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Expanded Version (4.0). Scales, anchor points, and administration manual. *Training and Quality Assurance with the BPRS*: 227-244.
- Verghese, A., John, J., Rajkumar, S. et al. (1989). Factors associated with the course and outcome of schizophrenia in India: Results of a two-year multicentre follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 154, 499-503.
- Vieweg, V., Levenson, J. y Pandurangi, A. et al. (1995). Medical disorders in the schizophrenic patient. *Psychiatry Medical*, 25(2), 137-172.
- Villalba, C. (1993). Redes sociales: un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. *Intervención Psicosocial*, 2(4), 69-85.
- Wallace, C., Nelson, C., Liberman, R., Aitchison, R., Lukoff, D., Elder, J. y Ferris, C. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 42-63.

- Wallace, C. y Davis, J. (1974). Effects of information and reinforcement on the conversational behavior of chronic psychiatric patient dyads. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 656-662.
- Wallace, C. (1984). Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin, 10*, 233-257.
- Wallace, C. y Liberman, R. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatry Research, 15*, 239-247.
- Wallace, C. (1986). Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin, 12*, 604-624.
- Walker, E., Marwitt, S. y Emory, E. (1980). A cross-sectional study of emotion recognition in schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 428-436.
- Walsh, E., Harvey, K., White, I., Higgitt, A., Fraser, J. y Murray, R. (2001). Suicidal behavior in psychosis: prevalence and predictors from a randomized controlled trial of case management. *British Journal of Psychiatry, 178*, 260.
- Warner, R. (1994). *Recovery from Schizophrenia*. London: Routledge.
- Warner, R., Taylor, D., Wright, J. et al. (1994). Substance use among the mentally ill: Prevalence, reasons for use and effects on illness, *American Journal of Orthopsychiatry, 64*, 30-39.
- Warner, R. y Girolamo, G. (1995). *Epidemiología de los trastornos mentales y los problemas psicosociales: Esquizofrenia*. OMS. Madrid: Meditor.
- Watson, D. y Friend, M. (1969). Escala de Ansiedad y Evitación Social (SAD). *Journal of Personality and Social Psychology, 54* (6), 1063-1070.
- Watson, D. y Friend, M. (1969). Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE). *Psychological Review, 96*, 234-254.
- Watson, D. y Friend, R. (1969) Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.
- Wig, N., Suleiman, M., Routledge, R. et al. (1980). Community reactions to mental disorders: A key informant study in three developing countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 61*, 111-126.
- Willis, T. (1672). <http://www.monografias.com/trabajos29/esquizofrenia/esquizofrenia.shtml> [6 de Abril de 2006].
- Wing, J.K., Birley, J.L.T., Cooper, J.E., Graham, P. y Isaacs, A.D. (1967). Reliability of procedure for measuring and classifying. "Present Psychiatric State". *British Journal of Psychiatry, 113*, 499-515.
- Wing, J.K., Cooper, J. E. y Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London: Cambridge University Press.
- Wing, J.K. (1978). *Schizophrenia: Toward a New Synthesis*. Londres: Academic Press.
- Wistedt, B. (1981). A depot neuroleptic withdrawal study. A controlled study of the clinical effects of the withdrawal of depot fluphenazine decanoate and depot flupenthixol decanoate in chronic schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 64*, 65-84.

- Wolpe, J. (1985). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford. *Stanford University Press*.
- Wykes, T., Tarrier, N. y Lewis, S. (1998). *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*. Chichester: Wiley and sons.
- Yalom, I. (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yung, A. y McGorry, P. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 2, 353-370.
- Yung, A. R. y McGorry, P. D. (1997). Is pre-psychotic intervention realistic in schizophrenia and related disorders? *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 799-805.
- Yung, A., McGorry, P., McFarlane, C., Jackson, H., Patton, G. C., y Rakkar, A. (1996). Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 283-303.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

ANEXOS

ANEXO-1**HOJA DE CONSENTIMIENTO**

Por la presente, reconozco que he sido informado/a de los propósitos de la Tesis Doctoral “Entrenamiento en Habilidades Sociales con Pacientes Esquizofrénicos. Validación de un Programa para Pacientes Crónicos”, acepto participar en la misma para fines científicos, autorizando a la doctoranda Silvia Navarro, al Dr. Francisco Santolaya y al Profesor Dr. Enrique Carbonell de la Universidad de Valencia a utilizar, junto con los demás participantes del proyecto, las informaciones y opiniones emitidas en estos cuestionarios, otorgando mi autorización para los fines del trabajo científico, su publicación en revistas o libros, además de otras presentaciones en eventos científicos, respetando los códigos de ética vigentes para la investigación en el territorio nacional y asegurándose el anonimato de los datos personales.

Valencia, de de 2006

Nombre del Residente: _____

Fdo.:

El/la residente

ANEXO 2.a**HOJAS DE RECOGIDA DE DATOS****DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

- Nombre del Residente _____ N° de caso/ grupo: _____

- Sexo: 1 – Hombre	Edad: 1 – 17 / 21	Estado civil: 1 –Soltero
2 – Mujer	2 – 22 / 26	2 –Casado
	3 – 27 / 31	3 – Otros:
	4 – 32 / 36	3.1.Viudo
	*especificación	3.2.Divorciado
	Edad exacta:	3.3. Religioso

DATOS SOCIO- LABORALES

- Nivel de escolarización:

- 0 – Desconocido.
- 1 – Analfabeto (no sabe leer ni escribir).
- 2 – Básica incompleta (no llega terminar 8º de EGB, o el ingreso según el plan antiguo).
- 3 – Básica completa, bachiller elemental, FP 1.
- 4 – BUP, bachiller superior, FP”.
- 5 – Formación profesional (3º incluido)
- 6 – Estudios de grado medio (ATS, maestro con título).
- 7 – Estudios superiores (obtuvo el título de...)

- Situación administrativa laboral actual:

- 0 – Desconocida
- 1 – Trabajador fijo (más de un año aunque no esté asegurado).
- 2 – Trabajador eventual (interino, vendedor, encuestador, jornalero ue trabaja más de la mitad del año, trabajador de empresa familiar de menos de un año, no asegurados y sin contratos).
- 3 – Sus labores (dedicación real).
- 4 – Estudiante (dedicación real).
- 5 – Incapacitado (oficialmente como tal).
- 6 – Baja laboral provisional (ídem).
- 7 – Parado (ídem, tanto si cobra o no desempleo)
- 8 – Marginal (no trabaja y no incluido en la clasificación).
- 9 – Sumergido (trabaja y gana esporádicamente, no declara).

-Responsabilidad socio-laboral actual:

- 0– Desconocido.
- 1– Trabaja (labor remunerada y sistemática aunque sea esporádicamente; en el caso de las amas de casa, responsabilidad completa sobre las tareas domésticas).
- 2– Colabora (encargos, recoger fruta de temporada,recibiendo dinero como gratificación; en el casa de las amas de casa, colabora en la casa pero sin responsabilidad completa).
- 3– No hace nada.
- 4– Terapia ocupacional.

DATOS CLÍNICOS Y PROGRAMÁTICOS

DIAGNÓSTICO (DSM – IV): _____

ANTES DEL PROGRAMA:

- N° de recidivas (PAS) : _____
- N° de hospitalizaciones : _____
- Días de estancia hospitalaria (último ingreso) : _____
- Fecha de alta (último ingreso) : _____
- Tratamiento : 0 – no sabe
 - 1 – psicoterapia (tipo y tiempo) _____
 - 2 – TEC (N°) _____
 - 3 – Psicofármacos (tipo y dosis en la actualidad) _____

DURANTE EL PROGRAMA:

- N° de recidivas (PAS) : _____
- N° hospitalizaciones : _____
- Días de estancia hospitalaria (durante el programa) : _____
- Fecha de alta (último ingreso) : _____
- Fecha de incorporación (1º evaluación) : _____
- Fecha de finalización (2º evaluación) : _____
- Tiempo de latencia hasta el reaprendizaje : _____
- Ausencias de las sesiones (justificación) : _____
- Tratamiento: 0 – no sabe
 - 1 – psicoterapia (tipo y tiempo): _____
 - 2 – TEC (N°): _____
 - 3 – psicofármacos (tipo y dosis en la actualidad): _____

DURANTE EL SEGUIMIENTO: (6 meses, 1, 3, 5 años) A LOS 6 MESES

- Fecha de evaluación : _____
- Pérdidas de los sujetos (justificación) : _____
- N° de recidivas. _____
- N° de hospitalizaciones: _____
- Días de estancia hospitalaria (durante el seguimiento) : _____
- Fecha de alta (último ingreso) : _____
- Tratamiento : 0 – no sabe
 - 1 – psicoterapia (tipo y tiempo): _____
 - 2 – TEC (N°): _____
 - 3 – psicofármacos (tipo y dosis en la actualidad): _____

ANEXO 2.b

HOJAS DE RECOGIDA DE DATOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nº de caso/ grupo: _____

Nombre del Residente _____ Nº Historia _____

Centro _____

1. Sexo

Hombre

Mujer

2. Edad _____ Nº de hermanos _____ Lugar que ocupa _____

3. Estado civil: pareja No pareja

4. Fecha nacimiento: _____ Nº de hermanos _____

Lugar que ocupa _____

5. Embarazo y problemas en el parto: _____

6. Estilo educativo: Autoritario Permisivo Democrático

7. Hª de la infancia y adolescencia: _____

8. Relaciones sociales durante la adolescencia:

- Déficit HHSS
- Aislamiento Social
- Relación de pareja

Otros datos de interés: _____

9. Edad de inicio de la enfermedad _____ Inicio brusco Insidioso

10. Diagnósticos anteriores a la esquizofrenia _____

11. Evolución de la enfermedad: _____

12. Síntomas que presenta en la actualidad: _____

13. Consumo de: Alcohol Tabaco Drogas

14. Edad de inicio de consumo: Alcohol _____ Tabaco _____ Drogas _____

15. Tipo de sustancias consumidas en el caso de las drogas Cocaína Cannabis
Opiáceos Otras

16. Frecuencia de consumo Habitual Esporádica

17. Nivel cultural : Bajo Medio Alto

18. Nivel de estudios :

- Ninguno
- Estudios primarios
- Graduado escolar, ESO o FP1
- Bachiller o FP2
- Diplomatura
- Licenciatura

19. Vida laboral: _____

20. Trabajos realizados: _____

21. Cualificación del trabajo: _____

22. Tiempo trabajado: _____

23. Relaciones familiares actuales:

Visitas: Semanal Mensual No
Llamadas: Diarias Semanal Mensual No

24. Antecedentes familiares:

Trastorno depresivo
Trastorno Bipolar
Trastorno de personalidad Especificar tipo: _____
Trastorno Psicótico: Esquizofrenia Otros

Especificar tipo: _____

Trastornos relacionados con sustancias: Alcohol Drogas

Tipo de sustancia _____

25. Otros datos familiares de interés: _____

ANEXO 3

EXAMEN COGNOSCITIVO MINI-MENTAL

RESIDENTE: _____ **EDAD:** _____
FECHA: _____ **EXAMINADOR:** _____ **FIRMA:** _____

ORIENTACIÓN:

- (0-5) { } - Dígame el día, fecha, mes, estación y año.
 (0-5) { } - Dígame en que lugar se encuentra, sala, ciudad, provincia y nación/país.

MEMORIA DE FIJACIÓN / INMEDIATA:

- (0-3) { } - Repita estas tres palabras: Peseta, Caballo, Manzana.
 - Continuar repitiéndolas hasta que las aprenda, señalando el número de ensayos realizados. Nº _____

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:

- (0-5) { } - Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando?
 - Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda contando los intentos. Nº ____)
 (0-3) { } - Ahora hacia atrás.

MEMORIA (RECUERDO):

- (0-3) { } - ¿Recuerda las tres palabras que ha dicho antes?.

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:

- (0-2) { } - Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?. Repetirlo con un reloj.
 (0-1) { } - Repita esta frase: “EN UN TRIGAL HABÍA 5 PERROS”.
 (0-2) { } - Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?. ¿Qué son el rojo y el azul?
 ¿Qué son el perro y el gato?.
 (0-3) { } - Coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa o en el suelo.
 (0-1) { } - Lea esto y haga lo que dice. “CIERRE LOS OJO”.
 (0-1) { } - Escriba una frase.
 (0-1) { } - Copie el dibujo de la plantilla.

RESULTADO: _____

VALORACIÓN:

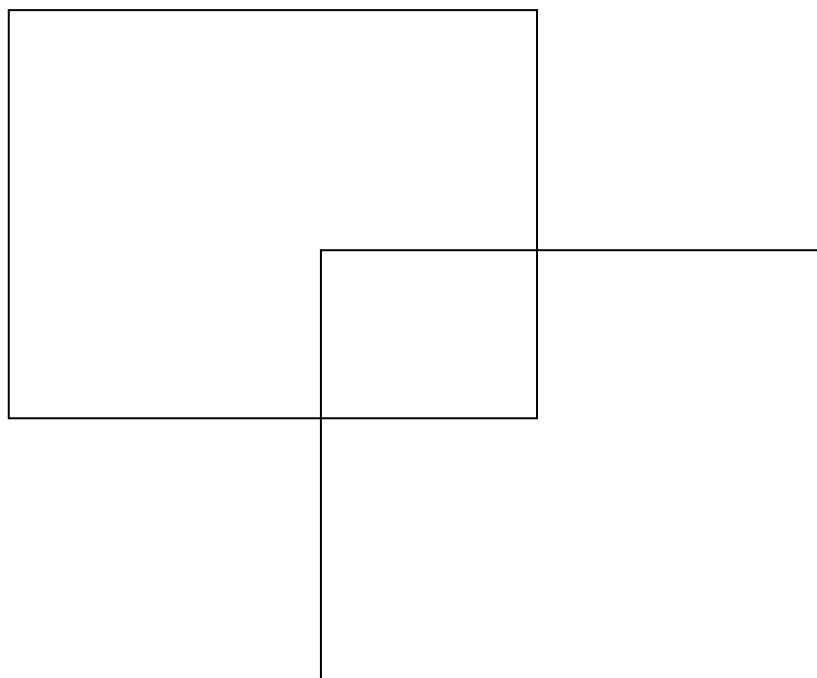
El punto de corte sugestivo de demencia es de 23 / 24 para personas de 65 años o más, y de 27 /28 para menores de 65 años.

- * 28 – 35 Normalidad.
- * 25 - 27 Borderline. Discretos déficits, ocasionados por un síndrome depresivo o muy bajo nivel cultural.
- * 20 - 24 Deterioro Cognitivo Leve.
- * 15 – 19 Deterioro Cognitivo Moderado.
- * 1 – 14 Deterioro Cognitivo Grave.

OBSERVACIONES:

Lea esto y haga lo que dice:

CIERRE LOS OJOS



ANEXO 4a

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DE LA SESIÓN DE OBSERVACIÓN DIRECTA

Fecha: _____

Nombre: _____		Puntuación final: _____				
↓	Hora					
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:

Nombre: _____		Puntuación final: _____				
↓	Hora					
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:

Nombre: _____		Puntuación final: _____				
↓	Hora					
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:

Nombre: _____		Puntuación final: _____				
↓	Hora					
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:

Nombre: _____		Puntuación final: _____				
↓	Hora					
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:
	VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:

VOLUMEN VERBAL (VV)-								
No se oye	Anormalmente bajo (murmullos)	Muy bajo. Dificil de escuchar	Bajo, pero se escucha	Volumen normal	Fuerte, no desagrada.	Muy fuerte, desagrada.	Anormalmente alto	Gritos
0	1	2	3	4	3	2	1	0

FLUIDEZ VERBAL (FV)-								
No habla	Solo usa monoslabos	Habla lento. Desagrada	Habla lento. No desagrada	Fluidez normal	Habla rápido. No desagrada	Habla rápido. Desagrada	Tan rápido que se come palabras	Tan rápido que no se le entiende
0	1	2	3	4	3	2	1	0

CONVERSACIÓN BIDIRECCIONAL (CB)-								
Se pierde. Incoherente, disgregado	Al hablarle contesta, pero no mantiene la conversación	Iniciada la conversación la mantiene pero aporta ideas solo ante preguntas directas	Inicia y mantiene la conversación pero aporta ideas solo ante preguntas directas	Inicia y mantiene la conversación aportando ideas.	No sabe defender sus opiniones. No da razones	Corta al otro con frecuencia.	No deja hablar al otro. No escucha.	
0	1	2	3	4	3	2	1	

CONTACTO OCULAR (CO)-								
No mira nunca. Muy desagradable	Mirada anormalmente infrecuente. Muy desagradable	Mira muy poco. Impresión negativa	Evita la mirada. No da impresión negativa	Mirada normal. Marca los tiempos del habla	Mira demasiado. No da impresión negativa	Mira en exceso. Impresión negativa	Mirada anormalmente frecuente y fija. Desagradable	Mirada continua y fija. Muy desagradable
0	1	2	3	4	3	2	1	0

EXPRESIVIDAD FACIAL (EF)-								
Sin expresividad facial.	Muy poca expresividad facial.	Poco expresivo. Orientación escasa al que habla. Desagrada.	Poco expresivo. Orienta la cara al que habla. No desagrada.	Buena expresión facial.				
0	1	2	3	4				

MOVIMIENTOS CORPORALES (MC)-								
Rígido, sin movimientos	Movimientos anormalmente lentos o escasos. Desagrada	Movimientos escasos o lentos. Falta de vigor o soltura	Movimientos escasos o lentos pero no desagrada	Movimientos normales en frecuencia y rapidez	Movimientos rapidos o numerosos, pero no desagrada	Movimientos rapidos o numerosos. Inquietud y nerviosismo	Movimientos anormalmente rapidos o numerosos. Desagrada	En constante movimiento. Estereotipias o tics
0	1	2	3	4	3	2	1	0

ANEXO 4b

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DE LA SESIÓN DE OBSERVACIÓN DIRECTA

Fecha: _____

<i>Nombre:</i> _____ <i>Puntuación final:</i> _____						
↓ <i>Hora</i>						
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>

Nombre: _____ *Puntuación final:* _____

↓ <i>Hora</i>						
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>

Nombre: _____ *Puntuación final:* _____

↓ <i>Hora</i>						
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>

Nombre: _____ *Puntuación final:* _____

↓ <i>Hora</i>						
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>

Nombre: _____ *Puntuación final:* _____

↓ <i>Hora</i>						
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>
	<i>VV:</i>	<i>FV:</i>	<i>CB:</i>	<i>CO:</i>	<i>EF:</i>	<i>MC:</i>

ANEXO 5a**HOJA DE INSTRUCCIONES Y EJEMPLOS PARA REALIZAR
EL ROLE – PLAYING****INTRODUCCIÓN**

El otro día te pasamos una encuesta y hoy queremos saber como te desenvuelves en tu vida diaria, se trata de una serie de escenas sacadas de la vida real y queremos saber como te comportarías en estas situaciones. Esto lo hacemos para saber qué problemas tienes y poder ayudarte.

- Mira te voy a explicar qué es lo que vamos a hacer.
- Primero vamos a hacer una prueba. ¿Lo has comprendido?

CONTROL DEL TIEMPO

- Esperar 10” al principio de la respuesta. Si no responde decir: ¡Bien! pasemos a otra escena.
- El sujeto tiene 30 “/ 45 “para dar una respuesta completa, al terminarla, decirle: ¡Bien ¡ pasemos a otra escena.

EJEMPLOS INICIALES

A) Vas a realizar un viaje en tren, pero al entrar en tu departamento, una señora está ocupando tu asiento, y te dice: (sonriendo) ¡Buenos días¡ (¿Qué harías en esta situación?) .

Por ejemplo dirías:

- Callarte e ir de pie (o irte a otro departamento).
- Creo que se ha confundido de sitio, si hace el favor ...

B) Entras en una panadería y pides una barra de pan, cuando te la dan ves que está muy tostada y a ti no te gusta así; (¿qué harías?).

Por ejemplo:

- Llévatela sin decir nada.
- Pedir que te la cambien.

C) Te compras una revista y te dan mal el cambio, al darte cuenta dices:

Por ejemplo:

- Creo que se ha equivocado al darme el cambio.
- No diría nada.

“QUE HARÍAS Y DIRÍAS”; ¡HAZLO ¡

ESCENAS PARA ENSAYO DE CONDUCTA

ESCENA I.

- Quieres conocer a fondo Valencia y sus monumentos por lo que te diriges al ayuntamiento a pedir información ; al llegar allí una empleada te dice :

*Actriz (sonriendo): ¡Hola ¡ buenos días...

ESCENA II.

- Estando en una reunión, en el cumpleaños de un amigo tuyo, le entregas un regalo y le dices...

ESCENA III.

- Estando esperando en una cola para entrar al cine, apunto de empezar la película que quieres ver, una chica se pone por delante de ti y empieza a hablar con otra amiga que está en la cola ; al cabo de unos minutos de vuelve y te dice :

*Actriz (sonriendo): ¿no le importa que pase delante de Usted, verdad?

ESCENA IV.

- Te apetece salir al cine a ver una película, con unos amigos por la noche, cuando se lo dices a tu madre ésta te dice :

*Actriz (tono de reproche): No irás a salir a estas horas y dejarme sola...

ESCENA V.

- Estas en una fiesta con tus amigos, todos están con pareja pero hay una chica libre a la que acabas de conocer y que resulta muy simpática, ella se te acerca y dice :

*Actriz (sonriendo): ¿puedes acercarme el cenicero por favor?

ESCENA VI.

- Estando en una reunión de amigos recibes un regalo que no esperabas de una amiga, ésta te dice :

*Actriz (sonriendo): pensando que dentro de poco será tu santo, te he comprado este regalo, espero que te guste...

ESCENA VII.

- Estas en una fiesta y te encuentras con una amiga que te cae bien y te agrada mucho, por lo que le dices algo agradable :

ESCENA VIII.

- Tienes que ir al centro a comprar unas cosas y se te hace tarde, una amiga te pide que le lleves unas cartas y las tires a correos, cosa que a ti te viene muy mal, pero ella insiste y te dice :

*Actriz (seria): anda no te hagas derogar y entrégame esto en correos no seas un mal amigo.

ESCENA IX.

- Estando en casa, cuando vas a salir con tus amigos, tu madre te dice :

*Actriz (tono de reproche): ya sabes que no me gusta que salgas con esos amigos tuyos, puedes empeorar.

ESCENA X.

- Entrás por primera vez en una tienda de artículos de regalo y preguntas si tienen estuches de bolígrafos para regalar, la dependienta te dice :

*Actriz (sonriendo): Sí, hay varios, como los desea...

ESCENA XI.

- Estas hablando con una amiga de política y piensas lo contrario de lo que ella dice, ella te pregunta :

*Actriz (tono de seguridad): ¿verdad, que esto va realmente mal? , no hay dinero, ni trabajo, ni nada.

ESCENA XII.

- Sales a comprar con tu madre y ves unos pantalones de color azul claro que te gustan mucho y que tienen el mismo precio que otros de color negro, pero tu madre te dice :

*Actriz (tono de reproche): ¿cómo es posible que te gusten de ese color? , no sabes ni lo que te sienta bien. Anda cómprate los negros.

ESCENA XIII.

- Estas en la calle y te diriges a un kiosco a comprar el periódico, como conoces a la dependienta y tienes tiempo mantienes una conversación de 30 “ con ella, a pesar que hay gente esperando :

*Actriz (sonriendo): ¡Hola!, buenos días...

ESCENA XIV.

- Estando en una reunión una amiga te dice :

*Actriz (sonriendo): llevas un jersey muy bonito...

ESCENA XV.

- Una amiga tuya habla muy bien de una persona que conoces tu y opinas sobre ella de modo contrario, ella luego te dice :

*Actriz (seria): esta persona es encantadora y muy simpática ¿verdad?

ESCENA XVI.

- Estando un domingo con unos amigos, uno de ellos critica tu forma de vestir :

*Actriz (tono crítico): ¡desde luego podrías vestirme mejor, vas hecho un desastre ;

ANEXO 5b

ESCALA DE EVALUACIÓN PARA EL ROLE PLAYING Y LA OBSERVACIÓN DIRECTA								
NOMBRE Y APELLIDOS:						FECHA:		
VOLUMEN VERBAL (VV).-								
No se oye	Anormalment e bajo (murmullos)	Muy bajo. Difícil de escuchar	Bajo, pero se escucha	Volumen normal	Fuerte, no desagrada.	Muy fuerte, desagrada.	Anormalment e alto	Gritos
0	1	2	3	4	3	2	1	0
FLUIDEZ VERBAL (FV).-								
No habla	Solo usa monosílabos	Habla lento. Desagrada	Habla lento. No desagrada	Fluidez normal	Habla rápido. No desagrada	Habla rápido. Desagrada	Tan rápido que se come palabras	Tan rápido que no se le entiende
0	1	2	3	4	3	2	1	0
CONVERSACIÓN BIDIRECCIONAL (CB).-								
Se pierde. Incoherente, disgregado	Al hablarle contesta, pero no mantiene la conversación	Iniciada la conversación la mantiene pero aporta ideas solo ante preguntas directas	Inicia y mantiene la conversación pero aporta ideas solo ante preguntas directas	Inicia y mantiene la conversación aportando ideas.	No sabe defender sus opiniones. No da razones	Corta al otro con frecuencia.	No deja hablar al otro. No escucha.	
0	1	2	3	4	3	2	1	
CONTACTO OCULAR (CO).-								
No mira nunca. Muy desagradable	Mirada anormalmente infrecuente. Muy desagradable	Mira muy poco. Impresión negativa	Evita la mirada. No da impresión negativa	Mirada normal. Marca los tiempos del habla	Mira demasiado. No da impresión negativa	Mira en exceso. Impresión negativa	Mirada anormalmente frecuente y fija. Desagradable	Mirada continua y fija. Muy desagradable
0	1	2	3	4	3	2	1	0
EXPRESIVIDAD FACIAL (EF).-								
Sin expresividad facial.	Muy poca expresividad facial.	Poco expresivo. Orientación escasa al que habla. Desagrada.	Poco expresivo. Orienta la cara al que habla. No desagrada.	Buena expresión facial.				
0	1	2	3	4				
MOVIMIENTOS CORPORALES (MC).-								
Rígido, sin movimientos	Movimientos anormalmente lentos o escasos. Desagrada	Movimientos escasos o lentos. Falta de vigor o soltura	Movimientos escasos o lentos pero no desagrada	Movimientos normales en frecuencia y rapidez	Movimientos rápidos o numerosos, pero no desagrada	Movimientos rápidos o numerosos. Inquietud y nerviosismo	Movimientos anormalmente rápidos o numerosos. Desagrada	En constante movimiento. Estereotipias o tics
0	1	2	3	4	3	2	1	0
VALORACIÓN SOLO PARA EL ROLE PLAYING.- (Valorar independencia de la respuesta y habilidad en el trato).-								
No responde.	Respuesta poco acorde con la situación.	Respuesta acorde con la situación, pero dependiente o que produce desagrado.	Respuesta acorde de tipo independiente, pero con justificación.	Respuesta acorde independiente, da razones pero no justifica.	Respuesta disgregada.			
0	1	2	3	4	0			

ANEXO 5c

NOMBRE: _____

FECHA: _____

ESCENA	Nivel de ansiedad (1 a 10)	ITEMS A EVALUAR							Puntuación final
		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
I		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
II		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
III		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
IV		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
V		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
VI		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
VII		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
VIII		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
IX		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
X		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
XI		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
XII		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
XIII		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
XIV		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
XV		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	
XVI		VV:	FV:	CB:	CO:	EF:	MC:	rp:	

ANEXO 6**NOMBRE** _____ **Nº** _____**APELLIDOS** _____ **FECHA** _____

Deseamos saber el contenido que tiene para ti algunas palabras. Por favor indica en cada uno de los pares de adjetivos, abajo nombrados, cual de ellos se acerca más al significado de las palabras escritas en mayúsculas. Gracias.

HOGAR

agradable									desagradable
interesante									aburrido
rechazado									estimado
inquietante									tranquilizante
odiado									querido
cálido									frío
pasivo									afectivo
amenazante									inofensivo
fuerte									débil
positivo									negativo

AMIGOS / AS
(Salir los fines de semana)

agradable									desagradable
interesante									aburrido
rechazado									estimado
inquietante									tranquilizante
odiado									querido
cálido									frío
pasivo									afectivo
amenazante									inofensivo
fuerte									débil
positivo									negativo

DIVERSIONES (*Ver la televisión, leer, etc.*)

agradable								desagradable
interesante								aburrido
rechazado								estimado
inquietante								tranquilizante
odiado								querido
cálido								frío
pasivo								afectivo
amenazante								inofensivo
fuerte								débil
positivo								negativo

MADRE

Agradable								desagradable
interesante								aburrido
rechazado								estimado
inquietante								tranquilizante
odiado								querido
cálido								frío
pasivo								afectivo
amenazante								inofensivo
fuerte								débil
positivo								negativo

PADRE

agradable								desagradable
interesante								aburrido
rechazado								estimado
inquietante								tranquilizante
odiado								querido
cálido								frío
pasivo								afectivo
amenazante								inofensivo
fuerte								débil
positivo								negativo

Usuario _____

Fecha: _____

Hoja de Ejemplo

COMER

agradable									desagradable
interesante									aburrido
rechazado									estimado
inquietante									tranquilizante
odiado									querido
cálido									frío
pasivo									afectivo
amenazante									inofensivo
fuerte									débil
positivo									negativo

TREN

agradable									desagradable
interesante									aburrido
rechazado									estimado
inquietante									tranquilizante
odiado									querido
cálido									frío
pasivo									afectivo
amenazante									inofensivo
fuerte									débil
positivo									negativo

ANEXO 7
C.S.C.V.
Escala Favorable

Nombre..... Edad..... Sexo.....

Hª Clínica Profesión..... Fecha.....

- | | Completo | | | | | Completo | |
|---|----------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| 1. Consigo lo que quiero..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 2. Los demás aprueban mi forma de ser..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 3. Cuando decido algo lo realizo..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 4. Estoy contento con lo que hago..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 5. Me gusta como soy | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 6. Tengo aficiones que distraen y llenan mi tiempo libre..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 7. Me siento a gusto con la gente..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 8. Distribuyo bien mí tiempo..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 9. Me siento a gusto con mis pensamientos..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 10. Decido cómo quiero vivir..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 11. Soy capaz de organizarme la vida diaria..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 12. Estoy satisfecho con el trabajo/estudio que realizo..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |
| | Completo | | | | | Completo | |
| 13. Me satisface la energía que tengo..... | | desacuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acuerdo |

ANEXO 8**Escala de Evaluación Psiquiátrica Overall- Gorham- Rego-BPRS**

Nombre del Usuario: _____

Para cada síntoma, indicar el grado que mejor corresponda al estado actual del usuario, colocando una cruz en la casilla correspondiente.	1	2	3	4	5	6	7
1. Ausente 2. Muy ligero 3.Ligero 4. Moderado 5. Moderado a grave 6. Grave 7. Extremadamente grave							
1. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS. Grado de preocupación acerca de su salud. Valorar el grado de salud física tal como percibida como un problema como el propio paciente, tanto si se considera que sus quejas tienen base real como si no.							
2. ANSIEDAD. Miedo y excesivas preocupaciones acerca del presente o del futuro. Valorar sólo tomando como base lo que manifiesta acerca de sus experiencias subjetivas. No deducir la ansiedad de posibles síntomas, quejas somáticas o de mecanismos neuróticos de defensa.							
3. RETRAIMIENTO AFECTIVO. Falta de relación con el médico durante la entrevista. Valorar solamente el grado en el que el paciente da la impresión de no poder establecer un contacto emocional con otras personas durante la situación de entrevista.							
4. DESORGANIZACIÓN DEL PENSAMIENTO. Grado de confusión, disgregación e incoherencia de los procesos mentales. Valorar y clasificar tomando como base o indicación la producción verbal del enfermo; no valorar tomando como base la impresión subjetiva del paciente acerca de su propio nivel de funcionamiento.							
5. SENTIMIENTOS DE CULPA. Excesiva preocupación o remordimiento por su pasada conducta. Valorar tomando como indicación las expresiones verbales de culpa del paciente. No reducir simplemente estos sentimientos basándose en depresión, ansiedad o mecanismos neuróticos de defensa.							
6. COMPORTAMIENTO MOTOR. Se incluyen aquí las manifestaciones físicas y motoras de tensión, “nerviosismo” y aumento general del nivel de actividad. La tensión y agitación deberán valorarse tomando solamente como base los signos físicos de aumento de la actividad y conducta motora y no tomando como indicación las experiencias subjetivas de tensión expresadas por el paciente.							
7. ESTEREOTIPIAS Y AMANERAMIENTOS. Conducta motora poco usual o extraña; la clase de conducta que hace que ciertos enfermos mentales resalten y no pasen desapercibidos entre un grupo de personal normales. Valorar sólo la anormalidad, lo insólito y rareza de esta conducta o movimiento; no clasificar aquí el simple incremento de la actividad motora.							
8. MEGALOMANÍA. Exagerada opinión propia, convicción de tener habilidad o poderes poco usuales o fuera de lo corriente. Valorar solamente tomando como fundamento las expresiones del paciente acerca de sí mismo o de él en relación con los demás, y no basándose en su conducta o porte durante la entrevista.							
9. TENDENCIAS DEPRESIVAS. Estado de ánimo desalentado y triste. Valorar solamente el grado de abatimiento y tristeza. No deducir la cuantía de depresión basándose exclusivamente en la retardación motora y en las quejas somáticas que pueda presentar el enfermo.							
10. HOSTILIDAD. Animosidad, desprecio, beligerancia y desdén por las personas que se encuentran fuera de la situación de entrevista. Valorar exclusivamente fundándose en la relación verbal de sentimientos y acciones del paciente hacia otras personas; no deducir la hostilidad de defensas neuróticas, ansiedad o preocupaciones somáticas (clasificar la actitud hacia el médico en el aparato “falta de cooperación”).							
11. DESCONFIANZA (DELIRANTE O NO). Creencia (delirante o no) que otros tienen ahora o han tenido en el pasado, maliciosas o discriminatorias intenciones con el paciente. Basándose en la información verbal del enfermo, clasificar sólo aquellos y suspicacias que son en la actualidad mantenidos, tanto si se refieren a pasadas o presentes circunstancias.							

Para cada síntoma, indicar el grado que mejor corresponda al estado actual del usuario, colocando una cruz en la casilla correspondiente.	1	2	3	4	5	6	7
1. Ausente 2. Muy ligero 3.Ligero 4. Moderado 5. Moderado a grave 6. Grave 7. Extremadamente grave							
12. CONDUCTA ALUCINATORIA. Percepciones sin que pueda averiguarse un estímulo exterior que las justifique. Valorar solamente aquellas experiencias que han ocurrido durante la última semana y que puedan fácilmente distinguirse de los procesos mentales y la imaginación que ocurran en personas normales.							
13. INHIBICIÓN MOTORA. Reducción del nivel de energía, tal como se evidencia en la lentitud de movimientos y de lenguaje, disminución del tono corporal e inhibición psicomotriz en general. Clasificar basándose en la observación de la conducta del paciente exclusivamente; no enjuiciar fundándose en la impresión subjetiva que da el enfermo de su propio nivel de energía o funcionamiento.							
14. FALTA DE COOPERACIÓN. Muestra de resistencia, enemistad, resentimiento y no cooperación con el médico durante la entrevista. Valorar solamente basándose en la actitud general del enfermo con el médico durante la entrevista; no juzgar fundándose en informes de falta de cooperación fuera de la situación de entrevista.							
15. CONTENIDO DEL PENSAMIENTO. Contenido del pensamiento extraño, raro, extravagante o grotesco: valorar aquí solo el grado de extrañeza o rareza y no la cuantía de desorganización de los procesos mentales.							
16. EMBOTAMIENTO AFECTIVO. Rigidez, indiferencia y falta de sintonización afectiva.							
17. EXCITACIÓN. Hiperemotividad, agitación, reacciones violentas. Tener en cuenta el tono de voz y conducta a través del lenguaje.							
18. DESORIENTACIÓN. Confusión entre personas, lugar y sucesos. Tener en cuenta las impresiones de irrealidad, miedo difuso y dificultades de comprensión de una situación banal.							
19. DESPERSONALIZACIÓN Y EXTRAÑEZA DE LA REALIDAD. Valorar la realidad de sí mismo y las dudas que el paciente manifiesta sobre sí mismo. Valorar el sentimiento extraño de la percepción exterior que experimenta el enfermo cuando le invade la desintegración. No tener en cuenta la confusión gnóstica de personas, de la desorientación temporo-espacial, del miedo y de la impresión subjetiva de irrealidad.							
20. CONDUCTA AUTÍSTICA. Valorar las formas visibles de la actividad mental sobre la actividad exterior propia adaptada a la forma de vivir y a la persona misma, durante y fuera de la entrevista. No tener en cuenta la falta de sensibilidad y de participación afectiva.							
21. ACTOS SIN SENTIDO. Se trata de conductas extrañas que se caracterizan por la presencia de actos sin sentido y faltas incomprensibles. Valorar en el curso de la entrevista los medios y finalidad del acto sin tener en cuenta las necesidades que motivaron al paciente a realizar tales actos o faltas.							

ANEXO 9**ESCALA DE SÍNTOMAS NEGATIVOS P.A.I.**

Nombre del Usuario: _____

POBREZA DE LENGUAJE

1. Deje transcurrir tiempo antes de contestar una pregunta.
2. Lenguaje cuantitativamente restringido.
3. El paciente no contesta, necesita que se vuelva a formular la pregunta.
4. Lenguaje enlentecido.
5. Bloqueos.

POBREZA AFECTIVA

6. Evita mirar al entrevistador.
7. Anímico, falta de expresividad facial.
8. Reduce expresividad al discutir temas de contenido emocional.
9. Apático y desinteresado.
10. Voz monótona.
11. Voz baja, difícil de oír.














RETARDO PSICOMOTOR

12. Movimientos enlentecidos.
13. Reducción de movimientos voluntarios.














CODIFICACIÓN

0. Ausente
1. Moderado
2. Severo














1^a Eval. PRETEST

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
												

2^a Eval. TRATAM

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
												

3^a Eval. SEGUIM

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
												

ANEXO 10**CUESTIONARIO GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA**

Nombre del Usuario: _____

1. ¿Piensas que asistir al grupo te ha sido útil?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

2. ¿Te ha costado mucho esfuerzo hacer los ejercicios durante las sesiones?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

3. ¿La persona que impartía el programa te ha hecho sentirte bien?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

4. ¿Te han servido las sesiones para relacionarte con los demás?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

5. ¿Crees que los ejercicios te han sido de utilidad?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

6. ¿El asistir al grupo ha cambiado tu forma de ver la enfermedad?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

7. La información ofrecida por Silvia ¿ha sido la adecuada?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

8. Crees que el programa te sirve para mejorar la relación social en tú vida diaria?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

9. ¿Te gustaría participar en un futuro en otros programas?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

ANEXO 11

CUESTIONARIO GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Nombre del Usuario: _____

1. ¿Piensas que asistir al grupo te ha sido útil?

- 1 = si
- 2 = no
- 3 = n.s. / n.c.

2. ¿Te ha costado mucho esfuerzo hacer los ejercicios durante las sesiones?

- 1 = si
- 2 = no
- 3 = n.s. / n.c.

3. ¿De todo lo que has hecho el grupo que es lo que más te ha ayudado?

4. ¿Te han servido las sesiones para relacionarte con los demás?

- 1 = si
- 2 = no
- 3 = n.s. / n.c.

5. ¿Crees que se debería trabajar más algunos ejercicios o aspectos de las sesiones en particular?

- 1 = si
- 2 = no
- 3 = n.s. / n.c.

6. ¿El asistir al grupo ha cambiado tu forma de ver la enfermedad?

- 1 = si
- 2 = no
- 3 = n.s. / n.c.

ANEXO 12: COMPRENSIÓN INTELECTUAL

1. Las nociones sobre la enfermedad que padecen, se presenta de forma abierta, mediante diálogo y preguntas, etc. fomentando la interacción del grupo y la motivación del paciente en el aprendizaje.
2. Dichas nociones hacen referencia a la definición, síntomas, causas y tratamiento de la enfermedad

DEFINICIÓN

La enfermedad que tenís se llama esquizofrenia, y en ella hay alteraciones en la manera de pensar, de ver las cosas, en el estado de ánimo y en la conducta.

Se da tanto en hombres como en mujeres, normalmente entre los 15 y 45 años (con una frecuencia del 1%).

La esquizofrenia puede parecer de una manera brusca, de repente, de un modo agudo en horas o días, o bien puede aparecer de modo lento, poco a poco en semanas o meses, es decir el paciente se va apagando lentamente, va perdiendo la alegría, los amigos, el trabajo y su familia lo encuentran diferente, sale menos y prefiere estar solo.

PREGUNTAS TIPO:

-Os vamos a explicar para que estamos aquí, pero antes, una pregunta.

- ¿Sabéis que tipo de enfermedad tenéis?
- ¿Cómo se llama?
- ¿Cómo os pareció? ¿Y a ti?
- ¿Fue de pronto o fue poco a poco?
- ¿Cuánto tiempo hace?
- ¿Qué edad tenías?

Síntomas:

La enfermedad puede producir síntomas según afecte a una persona u otra, pero en general afecta:

Al CUERPO, dándoos la sensación de que alguna parte de vuestro cuerpo se transforma o cambia, pudiendo desaparecer, tener boquetes o agujeros, o incluso os parece que vais echando rayos; siendo todo ello muy desagradable.

Al SUEÑO, no dormís o cuando lo hacéis de modo inquieto, podéis estar muchas horas en la cama sin poderos levantar, etc.

Al PENSAMIENTO, tenéis la impresión de que los pensamientos no os obedecen, que otros piensan por vosotros, que os roban el pensamiento, o bien que las fuerzas externas os controlan.

O también se tienen ideas falsas que vosotros creéis que son realidad, por ejemplo que os persiguen; otras veces el pensamiento os va muy rápido o muy despacio y os quedáis bloqueados, sin pensar. Otras veces os creéis importantes, como dioses, con poder.

Al ÁNIMO, os encontráis sin energías, sin fuerza, tristes y solos; en cambio otras veces estáis agresivos y enfadados, inquietos sin motivos aparentes, con angustia y ansiedad.

A la PERCEPCIÓN, (alucinaciones, aquí veis, oís, y sentís cosas que no existen en la realidad, aunque vosotros creáis que si lo son, así por ejemplo: oís voces que os insultan, y discutís con ellas o bien veis una cara o una figura, etc.

A la CONDUCTA SOCIAL, poco a poco perdéis las amistades y os quedáis solos, cuando habláis no sabéis que decir ni cómo estar, ni sonreír o no, etc. Cuando os relacionáis con otras personas estáis nerviosos o inquietos.

En vuestra casa estáis cansados y pasáis muchas horas en la cama, los demás os creen vagos y/o piensan que es la medicación.

PREGUNTAS TIPO:

- Vamos a ver ¿Qué te pasa a ti? ¿Y a ti?
- ¿A alguien más le ha pasado algo parecido?
- ¿Y otras cosas diferentes?

Causa:

Se puede hablar de dos factores que intervienen y se juntan para que sigáis enfermos: por una parte están los factores hereditarios, que hacen que tengáis más facilidad para coger la enfermedad, es decir que os predispone para coger la esquizofrenia, (poner como ejemplo la gripe).

Por otra parte hay ciertos factores que pueden estar en vosotros o en el exterior que facilitan el que aparezca la enfermedad en un momento dado, estos factores son los problemas del trabajo, las riñas y discusiones el no saber resolver problemas de la vida cotidiana (por ejemplo que os dejen en ridículo) que otras personas si resuelven con facilidad, ya que todo esto aumenta vuestra sensibilidad a caer enfermos... (Poner ejemplo de la gripe)

PREGUNTAS TIPO:

- ¿Sabéis la causa de vuestra enfermedad?, poner un ejemplo

- ¿Cómo se os ocurre que podáis evitar las recaídas?

TRATAMIENTO Y CURSO

Bien pues aquí, os vamos a dar un tratamiento doble; por una parte la medicación que es imprescindible, que ayuda a vencer esa facilidad que retenéis para vencer la enfermedad, y que tendréis que llevarla durante bastante tiempo, meses o años (poner ejemplo de la diabetes).

Por otra parte, vais a recibir un tratamiento especial muy importante mediante el cual vais a aprender a resolver esos problemas cotidianos que os ponen nerviosos y os inquietan, aprenderéis a hacer nuevos amigos, a mantenerlos y aprenderéis a hacer que os respeten, a salir bien de las situaciones ridículas, etc.

También aprenderéis a llevaros mejor con vuestros padres y ser considerados como lo que sois, “personas”.

Este nuevo tratamiento se ha empleado ya otras veces y da MUY BUEN RESULTADO.

Para este tratamiento nos reuniremos todas las semanas una vez, el día (xxx), a las (xxx); cada sesión dura unas dos horas y el programa entero durante un año aproximadamente. También os daremos tareas para casa muy fáciles para que las hagáis.

PREGUNTAS TIPO:

- ¿Tenéis algo más que decir?
- ¿Cómo pensáis que vamos a hacer esto?
- ¿Qué haremos?
- ¿Qué pensáis de la medicación?

ANEXO 13: Resumen teórico

1. Concepto de Esquizofrenia.

Se entiende por esquizofrenia aquel trastorno mental grave que supone una alteración en el funcionamiento del cerebro, y como consecuencia una alteración en el pensamiento, las emociones, el comportamiento, la comunicación, etc. Dicha enfermedad se origina al final de la adolescencia o principio de la edad adulta. Puede desarrollarse en cualquier persona, sin importar su sexo, condición cultural o social y económica. Esta enfermedad tiene dos tipos de inicio: brusco, es decir, con una crisis aguda generalmente muy llamativa; o bien lento, con un deterioro o aparición progresiva de dificultades.

La enfermedad, como hemos dicho afecta al cerebro, es decir a las neuronas que lo forman y que se pasan información entre ellas mediante los neurotransmisores. Este intercambio de información posibilita que seamos conscientes de nosotros mismos y de lo que nos rodea. Durante una crisis esquizofrénica, la persona experimenta una alteración en su sensopercepción (oído, olfato), en su pensamiento o en su afectividad. Todo esto debido, según se ha estudiado, a un exceso de sensibilidad en el receptor de uno de estos neurotransmisores llamado dopamina. Se produce un exceso de éste en el circuito de la corriente nerviosa del cerebro. Pero no es esta alteración orgánica la única causante de la enfermedad, si no que existe también un aspecto de estrés ambiental.

2. Tipos de Esquizofrenia según el DSM-IV

Paranoide 295.30

- Preocupación por uno a varios delirios o frecuentes alucinaciones auditivas.
- No existe predominio de los siguientes síntomas: habla desorganizada, conducta catatónica o desorganizada o afecto plano o inapropiado.

Desorganizada 295.10

- Son prominentes todos los siguientes síntomas: habla desorganizada, conducta desorganizada y afecto plano o inapropiado.
- Los criterios para el tipo catatónico no se cumplen.

Catatónica 295.20

Al menos hay predominio de dos de los siguientes síntomas:

- Inmovilidad motora evidenciada por cataplesia o estupor.
- Actividad motora excesiva (aparentemente sin propósito y no influida por estímulos externos)
- Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier indicación o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido), o mutismo.
- Movimiento voluntario peculiar evidenciado por posturas extrañas (posturas puestas de forma voluntaria inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos prominentes o muecas llamativas.
- Ecolalia (repetición por parte del enfermo de una palabra o frase que acaba de decir), o ecopraxia (el paciente repite los gestos que hace la persona con la que está hablando).

Indiferenciada 295.90

Los criterios para el diagnóstico de los subtipos catatónico, paranoide o desorganizado no se cumplen a pesar de estar presentes en la actualidad los síntomas del primer criterio para el diagnóstico de esquizofrenia.

Residual 295.60

No son predominantes los siguientes síntomas: alucinaciones, delirios, habla desorganizada o comportamiento desorganizado o catatónico. Hay evidencia del trastorno dada la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas atenuados de los indicados en el primer criterio para el diagnóstico de la esquizofrenia.

3. Sintomatología

Los síntomas de esta enfermedad se han dividido en dos grupos: positivos y negativos. Esta distinción no tiene que ver con que sean buenos o malos. Los positivos hacen referencia a las manifestaciones más expansivas, de excesos; en cambio los negativos se refieren a aquellas carencias o empobrecimiento, que el enfermo manifiesta en determinadas fases de la enfermedad.

Los síntomas positivos son los que se manifiestan mediante:

Alucinaciones: son percepciones de estímulos externos que en realidad no existen. Pueden ocurrir en cualquiera de los cinco sentidos. Las auditivas consisten en voces que dictan órdenes, insultan al enfermo, o personas que hablan de él. Otro tipo de alucinaciones son las visuales, en las que se perciben imágenes o personas inexistentes. Normalmente son seres humanos. Existen también alucinaciones cenestopáticas, es decir, sensaciones sobre el propio organismo, como pinchazos en la piel, calor, frío, etc. Las olfativas, se distinguen porque el enfermo percibe olores sin que existan en realidad (de perfumes, o más habitualmente de malos olores como sustancias putrefactas o excrementos). Cabe destacar que el paciente percibe todo este tipo de alucinaciones como si fueran de verdad, es decir, está completamente convencido de que realmente existen. Esta sensación hace que se angustie al experimentarlas, o bien que conviva con ellas con toda normalidad.

Delirios: son creencias erróneas que suelen llevar a mal interpretaciones de percepciones o experiencias. El enfermo está completamente convencido de que ocurren de verdad, y que por lo tanto tiene razón, porque aquello que él ve es la realidad. Los más frecuentes son: Delirio de persecución, la persona cree que quieren perjudicarlo o agredirlo, y se siente espiado u observado.

Delirio de Celotipia, el enfermo piensa que su pareja le engaña. Observa su comportamiento, y atribuye el significado que le interesa a miradas o gestos que la otra persona realiza. **Delirio de culpa,** la persona atribuye todo el lío de su mundo a algo que hizo mal. **Delirio de grandeza,** cree que es alguien escogido por un ser superior, y por eso está por encima de todos los demás. Puede manifestarse también con la creencia de que es el más inteligente del mundo, o incluso cree que tiene un mensaje para la humanidad y lo debe dar a conocer. **Delirio místico,** la persona puede entrar en una fase de misticismo religioso, y ve en cualquier acción la posibilidad de pecado. Hace penitencia, oración y busca la perfección en sus conductas. **Delirio somático,** el enfermo cree que tiene unas deformidades de tipo físico, aunque en realidad no son ciertas. Por este motivo cree que la gente lo mira por la calle, y se ríe de él. Éste es el motivo de que adopte una actitud defensiva hacia los demás. **Delirio de referencia,** todo lo que pasa alrededor del paciente tiene un significado para él. Él es el centro del Universo, y no hay nada que ocurra, o se diga por casualidad. Cualquier comentario que se dice en la televisión hace referencia a él; en definitiva, todo va dirigido a él creando un estado de tensión

continuado o incluso reacciones agresivas. Delirio de control, el paciente cree que su pensamiento está dirigido y controlado por terceras personas (ya sean reales o imaginarias). Ideas delirantes, son introducidas en su pensamiento por otras personas o seres, y crean ideas ajenas o pensamientos que no son los suyos. A veces el enfermo tiene la sensación de que le roban el pensamiento, es decir, que lo que piensa lo conocen otras personas. Para concluir con los delirios quisiera destacar la idea de que cuando una persona se recupera de un episodio delirante se queda sorprendido de lo que pensaba cuando estaba enferma; se podría decir que es una sensación similar a la de despertar de un sueño.

Conducta extravagante, esto se refiere a la manera de vestir, la apariencia, la conducta social y sexual, la conducta agresiva o agitada, y por último, la conducta repetitiva o estereotipada. Puede darse el caso de que el paciente descuide su aseo, y vaya sucio y dejado. Su comportamiento social suele ser de aislamiento y de encerrarse en sí mismo; o por el contrario puede ser una persona muy habladora y pesada. En la persona esquizofrénica puede darse un incremento de la libido o deseo sexual, manifestándose en excesivas caricias y bromas de carácter sexual.

Desorden formal del pensamiento, las personas organizamos el pensamiento mediante un argumento con inicio y final, de manera que sea lógico y fácil de entender para los demás; en personas con esquizofrenia puede no ocurrir esto. Este síntoma se manifiesta con el descarrilamiento (saltar de un tema a otro), la tangencialidad (el enfermo contesta a las preguntas de manera indirecta, con significado irrelevante), la incoherencia (la forma de hablar es incomprensible), el pensamiento ilógico (las conclusiones elaboradas por el sujeto carecen de lógica alguna), la circunstancialidad (es una manera de hablar de forma indirecta, tardando tiempo en llegar a decir lo que se piensa), la taquilalia (el habla de la persona es rápida y difícil de interrumpir), la asíndesis (el paciente es distraído por estímulo insignificante que interrumpen el curso de su lenguaje), y por último la asociación de sonidos (habla en la que los sonidos son más importantes que el significado de lo que se quiere decir), en enfermo llega incluso a hacer rimas.

Alteración de la afectividad, es decir, la afectividad cambiada o alterada de diferentes maneras. El esquizofrénico muestra ambivalencia en las emociones o sentimientos hacia las personas. Esto se observa sobretodo en la relación con los padres o cuidadores, con unas demostraciones exageradas de afecto, o con sentimientos de odio y culpa a los de más de su estado y problemas. Los sentimientos de alegría y tristeza pueden no coincidir con los acontecimientos reales, de manera que a veces se ríe o llora sin motivo e incluso de manera contradictoria con la realidad. Cuando el enfermo tiene alterada su afectividad padece una importante angustia o sufrimiento psicológico. Es en este punto cuando las personas que rodean al paciente sepan darse cuenta de que éste no es consciente de tener ninguna enfermedad, ya que consideran reales las vivencias psicológicas que experimentan.

La agresividad, suele aparecer en las primeras manifestaciones de la enfermedad, o bien en posteriores brotes o recaídas. Esta agresividad es consecuencia de todo lo que pasa por su cabeza (delirios, alucinaciones, etc. en los que personas que le rodean están implicados pretendiendo hacerle daño). La agresividad puede ser verbal (insultos, palabrotas...), pero también puede ser física (contra muebles u objetos que estén a su alrededor). Raramente la agresión es contra otra persona. Todas estas reacciones generalmente se producen de manera no premeditada. Ante un acto de este estilo el enfermo muestra, después de haberlo hecho, indiferencia, que será sustituida por arrepentimiento una vez pasadas unas horas o días. Un hábito habitual en pacientes con esquizofrenia es el fumar convulsivamente, se encuentran colillas en lugares insospechables, esto hace que quemen muebles o colchas. Este vicio conlleva a que viva en una gran nube de humo, sin tener ventilación alguna.

Los síntomas negativos suelen aparecer una vez se ha diagnosticado la cronicidad de la enfermedad. Suelen aparecer después del segundo o tercer episodio psicótico. Son síntomas de empobrecimiento y de carencia de la persona enferma. Estos síntomas al contrario que los positivos, no disminuyen considerablemente con el tratamiento farmacológico, dificultando mucho más el tratamiento de la persona. Debido a esta circunstancia, a largo plazo, son más importantes que los positivos.

Los síntomas denominados como negativos son los siguientes:

Afecto embotado, es decir, inexpresividad facial, disminución de movimientos espontáneos, escasez de gesticulación expresiva, pobre contacto ocular, ausencia de respuesta afectiva, afecto inapropiado y ausencia de inflexiones en la voz (tono monocorde)

Alogia. Consiste en pobreza en el habla (respuestas breves, concretas y escasas), pobreza en el contenido del habla (poca información), bloqueos (el paciente dice que su pensamiento ha sido interrumpido), y por último un incremento en el tiempo de respuesta.

Abulia-apatía. Consiste en mantener una limpieza e higiene descuidada, falta de continuidad laboral o escolar y anergia física (la persona está como inerte).

Anhedonia-insociabilidad. Definimos anhedonia como la escasa o nula actividad lúdica, la disminución del interés sexual, reducida capacidad para las relaciones íntimas o cercanas y aislamiento social.

Déficit de atención. Es la falta de contacto social (como si “estuviera en la luna”) y la distracción durante la entrevista con el sujeto.

Esta es la división de los síntomas más utilizada por los profesionales de la salud, pero las últimas investigaciones critican estos factores proponiendo una nueva agrupación compuesta por tres tipos de síntomas en lugar de dos: los positivos, los negativos y las alteraciones de comportamiento.

4. Etiología (causas)

Las causas que originan la esquizofrenia no son nada claras hoy por hoy. Esto es debido a que los estudios realizados hasta el momento no esclarecen ni siquiera el concepto de esta enfermedad.

Existen varios modelos de causas que la pueden originar, como el biológico, el psicológico y el sociológico.

4.1 Modelo biológico. Este modelo defiende la idea de que la esquizofrenia tiene una base biológica. Se distinguen varios modelos dentro de éste:

4.1.1 Modelo genético: su idea es que esta enfermedad está condicionada de forma genética. A través de unos estudios se ha llegado a conclusiones como que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta cuando hay familiares que la tienen, o que cuando un niño cuyos padres biológicos tienen esquizofrenia, pero que es adoptado por padres que no la tienen, poseen mayor riesgo de desarrollarla que los niños cuyos padres no la padecen, pero que son adoptados por padres que sí que la han desarrollado. Se puede concluir con lo siguiente después de ver lo anterior: los factores genéticos intervienen en el inicio de la enfermedad, pero no se puede afirmar que determinen su aparición.

4.1.2 Modelos neurológicos: estos modelos se ocupan de estudiar las lesiones estructurales cerebrales que podrían causar esta enfermedad. Los datos de dichos estudios señalan una alteración del sistema límbico, aunque también se han encontrado alteraciones en los ganglios basales. Observando diferentes TACs (Tomografía axial computerizada) se ha encontrado una pequeña dilatación de los ventrículos laterales en los primeros momentos de la enfermedad, y se mantiene así durante la evolución del trastorno. Eso no ocurre solo en la esquizofrenia, también en otros diagnósticos como el trastorno bipolar .

La resonancia nuclear magnética confirma lo dicho anteriormente, y encuentra que el lóbulo frontal está reducido en tamaño. Todos estos estudios confirman que al menos en una parte de personas con esquizofrenia aparecen anomalías estructurales en el cerebro. Este grupo que presenta estas alteraciones, es el de aquellas personas con más síntomas negativos, mayores déficit neuropsicológicos, y peor respuesta al tratamiento farmacológico. Algunos estudios dicen que los esquizofrénicos pueden haber sufrido una alteración en la formación de su cerebro durante el embarazo, y que no se manifiesta hasta que las estructuras implicadas han madurado completamente, y aparece una fuente de estrés importante. Otros estudios se centran en los mecanismos neuroinmunológicos, planteando la posibilidad de una disminución funcional del sistema inmunológico, de forma que aparecería una infección viril, y que ésta a su vez provocaría lesiones en determinadas áreas cerebrales. También se ha observado que la proporción de

personas con esquizofrenia aumenta cuando se ha producido algún tipo de epidemia en la época del nacimiento. El que la mayoría de enfermos hallan nacido a finales de invierno y principio de la primavera hace pensar en la idea de un virus (“esquizovirus”) en el origen del trastorno.

4.1.3 Modelo bioquímico: este modelo tiene su base en la eficacia de los neurolépticos, y en la inducción de síntomas psicóticos tras la administración de determinadas sustancias como las anfetaminas o el LSD. Se han detectado disfunciones a varios niveles:

- Dopamina: hay una hiperactividad de Dopamina debido a un aumento de los receptores. Este modelo solo explica los síntomas positivos de la esquizofrenia.
- Noradrenalina: se han encontrado niveles elevados de esta sustancia en sangre así como en el líquido cefalorraquídeo, fundamentalmente en aquellas personas con esquizofrenia de tipo paranoide.

Este modelo llega hoy a la conclusión de que el simple hipo o hiperactividad de un sistema de neurotransmisión no es posible que explique un trastorno tan complejo como la esquizofrenia.

4.2 Modelo psicológico

Este modelo estudia las variables cognitivas bajo el paradigma del procesamiento de la información, rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento.

Paradigma del procesamiento de la información: estos estudios dicen que el déficit cognitivo es una característica central en el sujeto con esquizofrenia, haciendo que la eficiencia de las respuestas de afrontamiento ante sucesos estresantes queden mermadas. Un elevado estrés provoca una disminución del procesamiento de la información. Los déficits de información han sido demostrados con una prueba tradicional para evaluar atención sostenida (el CPT o test de ejecución continua). Consiste en una tarea de detección de un objeto previamente señalado por el evaluador ante el que la persona debe dar una respuesta (apretar un botón) y no dar respuesta ante la presentación del resto de estímulos. Todos los estímulos aparecen de forma secuencial, constante y aleatoria. La tasa de aparición de las dianas es baja (entre un 10 y un 25%). Con esta prueba, tanto en niveles fáciles

como en difíciles, se ha observado un rendimiento pobre o bajo en personas con esquizofrenia. En hijos de madres con esquizofrenia, personas con alta vulnerabilidad, se ha encontrado que en CPT fáciles, su rendimiento es igual al resto de los niños de su clase, pero si se dificulta la tarea entonces la realizan peor. El mismo resultado se ha obtenido con familiares de primer grado, padres de sujetos con esquizofrenia. Otro resultado obtenido en la investigación es un déficit en algunos pacientes (el 50% aproximadamente) para mantener una disposición sostenida de respuesta, es decir, si se avisa al individuo con 15 segundos de antelación sobre la próxima aparición de un estímulo al que debe dar respuesta, sería lógico pensar que ésto le ayudará a estar preparado para dar una respuesta más rápida cuando el estímulo aparezca; sin embargo no ocurre de esta manera, y se alarga el tiempo de reacción (efecto de cruce). Es como si el sujeto se cansase de esperar, y la señal de aviso perdiese el valor informativo para preparar su respuesta. Este estudio no solo se da con esquizofrénicos, es decir, que no es una prueba evidente de poseer dicha enfermedad. Con relación a la memoria también se han encontrado resultados llamativos. Por ejemplo, las personas con riesgo elevado de desarrollar una esquizofrenia en un futuro, presentan una amplitud de aprehensión en la memoria sensorial visual o icónica reducida respecto a los sujetos de bajo riesgo.

Rasgos de personalidad: las personas con esquizofrenia presentan determinados rasgos a lo largo de su infancia. Se afirma desde esta perspectiva que estos sujetos, cuando son niños, se perciben menos eficaces, con menor capacidad para enfrentarse a aquellas situaciones en que se compromete el esfuerzo personal. Además, suelen ser individuos excitables, con tendencia a dar respuestas ansiosas. Según este modelo, las personas, antes de presentar la crisis, ya manifiestan una personalidad esquizotípica. No se detectan los síntomas propios de la esquizofrenia, pero sí unos rasgos de personalidad que estarían dentro de los desórdenes esquizofrénicos. Los rasgos esquizotípicos son los siguientes:

- Capacidad reducida para las relaciones personales cercanas. Piensan que mantener relaciones con otras personas es algo complicado y les suele resultar desagradable, aunque, al mismo tiempo, se quejan de no tener amigos. Su red

social suele reducirse a sus familiares más próximos, y una relación con alguien de fuera de esta red supone un aumento de la ansiedad de la persona.

- Distorsiones cognitivas o preceptuales.
- Comportamiento excéntrico (raro, extravagante)
- Habitualmente hay ideas de referencia (no delirantes), son personas supersticiosas o preocupadas por los fenómenos paranormales, más allá de lo habitual en la sociedad. Suspicaces y considerados por otras personas como “extraños”, ya que no siguen los convencionalismos sociales.

Es cierto que muchos de los sujetos con esquizofrenia han podido presentar rasgos esquizotípicos, lo contrario no es tan verdadero: la mayoría de los sujetos con un diagnóstico de esquizotipia no desarrollarán en su vida un trastorno esquizofrénico ni otro trastorno psicótico.

Estilos de afrontamiento: una vez que se produce el procesamiento cognitivo de la información sobre el medio ambiente, el sujeto debe poner en marcha las estrategias de afrontamiento para o bien resolver las demandas (afrontamiento activo), o para aguantar la situación si es que percibe que no puede cambiarla (afrontamiento pasivo). En este sentido, las persona con esquizofrenia, una vez que se percibe una situación estresante, ponen en marcha unas respuestas de afrontamiento que ellos mismos perciben como poco efectivas, a pesar de que fuesen igual de efectivas para ellos que para un grupo de sujetos sin esquizofrenia. Las personas con esta enfermedad, y las que son vulnerables a desarrollarla presentan un menor locus de control interno que los no vulnerables.

Si se comparan las personas con esquizofrenia paranoide con las no paranoide, se observa cómo los primeros suelen, una vez percibida la situación demandante, negar la aparición del estrés, a pesar de que la activación autonómica aparezca, lo cual sería una forma de afrontamiento pasivo. Sin embargo, los no paranoides suelen presentar pocas respuestas de afrontamiento o carecen de éste, siendo incapaces de afrontar las situaciones y recurriendo al aislamiento, lo que sería más un escape o una evitación de la situación. En general, existe un uso abusivo del afrontamiento pasivo.

4.3 Modelo sociológico

Todo modelo sociológico comparte la visión de que la enfermedad mental es producto de una serie de variables externas, que pueden ir de situaciones estresantes hasta de marginalidad o privación de la estimulación normal.

Eventos estresantes: desde mitad de la década de los cincuenta se desarrollaron diversos métodos y técnicas para el estudio de la relación entre sucesos vitales, estrés y enfermedad. Pero no fue hasta final de los sesenta cuando se empezó a evaluar el papel de los sucesos vitales con relación al inicio de la esquizofrenia. Hay tres grandes bloques de estudios:

- Diseños en los cuales los sucesos vitales e inicio de la esquizofrenia se comparan con otros pacientes psiquiátricos (generalmente con alteración del estado de ánimo). Los resultados obtenidos fueron: no hay evidencia de que los sucesos vitales que preceden al inicio de la enfermedad relatados por los esquizofrénicos sean más frecuentes que los relatados por enfermos con otro diagnóstico.. Los sucesos relatados por los pacientes esquizofrénicos fueron menos peligrosos o problemáticos que los relatados por los deprimidos.

- Diseños donde se compara la frecuencia de los sucesos vitales entre personas con esquizofrenia y personas normales. No se obtuvieron resultados concluyentes. Simplemente destacar un estudio que observó que, aún no habiendo diferencias en la frecuencia de sucesos vitales, entre los pacientes con esquizofrenia en el período final de 3 semanas antes de la enfermedad se daba una acumulación de sucesos que no se producía en la población general.

- Diseños donde se comparan sucesos vitales y curso de la enfermedad entre personas con esquizofrenia con y sin recaídas. En general, los investigadores que estudiaron los sucesos vitales y el curso de la enfermedad encontraron más sucesos asociados a recaídas, aunque también observaron pacientes que no relataron sucesos vitales y que recayeron. Entre los pacientes con esquizofrenia crónicos de la comunidad se encontró un elevado número de sucesos en aquellos que tenían un mayor deterioro.

Según las investigaciones expuestas, se descarta la hipótesis de un mayor número de sucesos vitales estresantes remotos que influyan en un aumento de probabilidad en sujeto para desarrollar una esquizofrenia en un futuro. Sin embargo, sí que se encuentra un mayor número de eventos estresantes en las semanas previas al inicio del trastorno, en comparación con la población normal.

Estos estudios presentan algunos problemas metódicos sobre sucesos estresantes (cómo medir lo estresante de un momento, el momento de evaluación, etc.) Pero existe otro problema importante: definir el inicio de la esquizofrenia, esto es importante para determinar los sucesos vitales que puedan precipitar la esquizofrenia y diferenciarlos de aquellos que han resultado de la enfermedad. Además, muchos de los síntomas del trastorno son estresantes (alucinaciones auditivas, delirios de persecución...)

En los últimos años la investigación se ha centrado en el papel del estrés de los sucesos cotidianos: planificar las comidas, tomar decisiones, perder algo, estar solo sin tener nada que hacer o las interacciones sociales debido a la carencia de habilidades sociales. Estos resultados parecen ser alentadores, pero sin esclarecer muchas de las dudas.

Emoción expresada: hace algunos años se llegaba a firmar que la familia era la única responsable de la enfermedad, con lo que el sentimiento de culpa en los familiares se incrementaba. Pero no podían hacer otra cosa, solo llevar de la mejor manera posible el haber sido la causa de la enfermedad mental de su hijo. Diversos autores observaron que había personas con esquizofrenia que eran traídos por sus familiares cuando recaían, y muchas de esas familias tenían unas características comunes a las que denominaron “emoción expresada”: es el conjunto de actitudes de algún miembro de la familia hacia otro caracterizado por:

- Criticismo: manifestación sarcástica continua de cualquier comportamiento del sujeto, sea lo realizado positivo o negativo.
- Hostilidad: amplía la crítica anterior implicando una generalización constante. Se critica no tanto la conducta sino a la persona.
- Sobreimplicación emocional: es un comportamiento que refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada en el familiar. Implica una conducta sobre protectora de su familiar y de control excesivo.

- Calor: son aquellas manifestaciones de empatía, comprensión, afecto e interés hacia el paciente.
- Comentarios positivos: son las expresiones valorativas que implican aprobación o aprecio de la conducta del familiar o de la persona como tal.

Hay una evidencia de que la atmósfera emocional que se genera en el hogar por los parientes importantes para el paciente ejerce una influencia significativa en la aparición de los síntomas. Existe una clara interacción entre los hechos vitales y las actitudes emocionales de los familiares en el período anterior al inicio de la esquizofrenia. Parece ser que una mala emoción expresada produce un estrés suficiente, de manera que el inicio o la recaída de la esquizofrenia está asociada a una alta emoción expresada o a sucesos vitales independientes.

Para concluir, decir que los estudios experimentales no han determinado aún si la emoción expresada es una reacción de adaptación posterior a la situación de enfermedad o es un estilo familiar.

Otras variables sociales y ambientales: este modelo se basa principalmente en la diferencia de incidencia y prevalencia de la esquizofrenia en distintos grupos de población (clases sociales desfavorecidas, menores niveles educativos o vivir en las urbes). Es evidente que los factores sociales influyen en el inicio del trastorno. Sin embargo, la mayor prevalencia del trastorno esquizofrénico en las clases sociales más desfavorecidas o en emigrantes puede considerarse como causa de la esquizofrenia o como efecto. Por ejemplo, ser de una clase social desfavorecida puede suponer un acceso restringido a una serie de oportunidades y una menor capacidad económica para afrontar los problemas (infecciones, inadecuada alimentación, deficiente cuidado de la salud...), además de la discriminación social, escasa educación o situaciones frecuentes de abuso, que pueden facilitar la aparición de una crisis. Pero también se podría decir que el enfermo y su familia van descendiendo de clase social por la situación generada por propio trastorno.

5. Tratamiento de la esquizofrenia

Como ya se ha mencionado anteriormente, la esquizofrenia es un trastorno complejo que presenta un componente bioquímico cerebral y que empeora con el estrés. Por lo tanto, el plan de tratamiento deberá considerar tanto la corrección del desequilibrio químico (tratamiento farmacológico), como la disminución del estrés vital (tratamiento psicológico).

5.1 Tratamiento farmacológico

En los años cincuenta se introdujeron las medicaciones psicotrópicas. Desde entonces, éstas se han convertido en el componente principal del tratamiento de la esquizofrenia, y también de otras enfermedades psiquiátricas. Los efectos de estos fármacos han sido muy evidentes: disminución del número y duración de los ingresos hospitalarios, reducción, e incluso en algunos casos eliminación de las recaídas sintomáticas, y sobretodo, una mejora en la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

Los principales psicofármacos utilizados en la esquizofrenia se denominan neurolépticos o antipsicóticos. A pesar de que hay diferencias químicas entre ellos, los efectos terapéuticos son similares. Algunos de los más utilizados son:

(Nombre comercial)

- Largactil®
- Sinogán®
- Meleril®
- Eskazine®
- Majeptil®
- Haloperidol®
- Orap®
- Modecate ®
- Leponex®
- Rispardal®
- Cisordinol®
- Zyprexa ®

Estos dos últimos fármacos han sido comercializados recientemente en España, como consecuencia de las investigaciones farmacológicas en este campo.

La intensidad de estos medicamentos es diferente según el que se utilice, por ejemplo, 100 Mg de Largactil tienen la misma fuerza que 5 Mg de Eskazine.

La acción química de los neurolépticos se concentra en los receptores (dentritas) de la dopamina cerebral.

Hay dos motivos por los que se utiliza la medicación en el tratamiento de la esquizofrenia. El primero es para reducir los síntomas del episodio agudo. Cuando los síntomas positivos se han reducido (delirios, alucinaciones y dificultades para pensar) se utilizan, con menor dosis, para prevenir recaídas posteriores.

Los neurolépticos tienen efectos beneficiosos en un 75% de los pacientes. Los síntomas que más probablemente mejoren son:

- Delirios
- Alucinaciones
- Dificultades para pensar
- Reír o llorar sin motivo
- Agitación
- Hostilidad
- Desconfianza

Los síntomas que menos probablemente mejoren los neurolépticos son:

- Apatía
- Falta de energía y de iniciativa
- Retraimiento social
- Enlentecimiento psicomotor
- Falta de ilusión y satisfacción al hacer las cosas
- Cuidado personal
- Aplanamiento afectivo
- Empobrecimiento cognitivo

Es importante destacar que aunque estos fármacos ayuden a la mejoría del paciente, no son suficientes para el tratamiento de esta enfermedad.

5.2 Efectos secundarios de los neurolépticos

Los neurolépticos son un tipo de medicación que afectan a bastantes áreas del cuerpo humano. Algunos, como el Largactil, tiene efectos en casi cada sistema del cuerpo: en el cerebral, circulatorio, alimentario, neuromuscular y endocrino. Se utilizan porque actúan en la química cerebral, pero ello conlleva un efecto secundario o colateral en el resto de sistemas del organismo.

La aparición de estos efectos secundarios es muy molesta, pero debido a que la medicación es muy efectiva, el paciente debe aprender a combatirlos.

Efectos secundarios más frecuentemente dados en pacientes con esquizofrenia durante el tiempo de medicación:

- Somnolencia o sedación: aunque puede llegar a ser beneficiosa cuando existe hipertensión o hiperactividad, causa un Enlentecimiento psicomotor que puede dificultar la ejecución de tareas cotidianas (conducir, trabajar,...). Por ello el médico tiene que ajustar la dosis, para que no interrumpa dichas actividades.
- Síntomas extrapiramidales: se manifiestan con rigidez muscular, temblores en manos o piernas, expresión facial perpleja y acatisia . Estos síntomas cuando afectan a músculos del cuello o de los ojos se pueden producir en forma de espasmos. Para aliviar estos síntomas se recetan fármacos antiparkinsonianos.
- Efectos en el sistema endocrino: estos efectos pueden provocar un aumento del apetito, irregularidades en la menstruación, dificultades erectivas y disminución de la eyaculación.

Hay otro grupo de efectos secundarios que son menos frecuentes:

- Hipotensión: manifestada en forma de cansancio, mareos y vértigos. Este efecto empeora cuando la persona consume alcohol o fármacos hipnóticos.
- Discinesia tardía: es un efecto que puede aparecer en personas que hayan estado tomando durante años altas dosis de neurolépticos. Se manifiesta con movimientos circulares de la lengua y de los labios, o también a otros músculos.

A pesar del gran número de efectos secundarios que producen estos fármacos, son muy necesarios porque sus efectos beneficiosos son superiores. Además, es importante que el paciente conozca que dichos efectos son transitorios. Cabe

destacar que un enfermo no padece todos los efectos a la vez, sufrirá uno o dos de ellos. Cada persona tendrá una reacción distinta con un mismo neuroléptico.

5.2.1 Estrategias para afrontar los efectos secundarios

1. Esperar un tiempo. La mayor parte de los efectos son peores los primeros días de tomar la medicación. Pasadas unas semanas desaparecerán, sin que los efectos beneficiosos lo hagan.
2. Ponerse en contacto con el psiquiatra. Para el médico no es fácil al principio del tratamiento calcular la dosis exacta. Cuando aparezcan síntomas molestos que no muestran indicios de mejora, es necesario explicárselo. Muchas veces la dosis idónea, será aquella con la que no aparecen efectos secundarios o se manifiestan levemente.
3. Idear métodos para no olvidar la dosis diaria. Los efectos secundarios también empeoran cuando no se toma la medicación diaria o cuando se varían las dosis día a día. Para no olvidarla existen varios métodos: desde colocarla en un lugar visible de la cocina, hasta poner un cartel en la pared. Hay personas a las que les sirve de mucho que algún familiar se lo recuerde si se olvidan. Esto último puede causar situaciones de tensión si se le recuerda muy a menudo.

Es importante destacar llegados a este punto, que este tipo de medicación no produce ningún tipo de adicción, y que las dosis irán disminuyendo con el tiempo.

5.3 Causas del abandono del tratamiento farmacológico

A) Por los efectos secundarios. Algunas personas pueden dejar el tratamiento uno o dos días, y sentirse mejor que con él. Esto es debido a que los efectos secundarios desaparecen, pero los beneficiosos tardan más en eliminarse, de manera que la recaída puede no ser inmediata. Esto puede hacer que la persona llegue a pensar que los fármacos son más negativos que positivos para su recuperación, sobre todo si no tiene la suficiente información acerca de la enfermedad y de su tratamiento.

Es importante recordar que la probabilidad de recaída cuando no se toma la medicación es de un 70%, mientras que siguiendo su tratamiento la probabilidad está en el 30%.

B) Se interpreta como un recordatorio de la enfermedad. El enfermo tiene la obsesión de que al tomar la medicación, se le está recordando que tiene una enfermedad. Esto puede ser muy molesto sobre todo cuando la persona ya se siente bien, y los síntomas han desaparecido. Al tomarla cada día se asegura de que estará bien.

C) Se buscan otros tratamientos. Esto suele pasar cuando aun siguiendo el tratamiento farmacológico, los síntomas psicóticos se mantienen (ideas delirantes, alucinaciones). Esta situación es muy difícil de llevar tanto por el paciente como por su familia, se sienten frustrados al no ver mejoría en la persona. Debido a esto se puede perder la confianza en el tratamiento y dejar la medicación. Es importante saber que el proceso de mejoría puede ser lento, pero lo que sí es que está claro es que abandonando la medicación se producirá una crisis tarde o temprano.

D) Se inicia una recaída. Algunas veces la persona abandona el tratamiento porque ya se encuentra recuperado y cree que puede estar sin él, de hecho se puede mostrar hiperactiva. La familia y el médico pueden llegar a variar el tratamiento para este momento, y evitar así la recaída. La dosis de mantenimiento dependerá de cada paciente (de su capacidad de absorción de sustancias químicas), pero también es importante que el médico conozca los cambios que se producen en la vida del paciente, para así ajustar el tratamiento y mantenerse bien o tener protección para afrontar los estresores vitales. De esta manera, queda claro, que la dosis óptima es la que prescriben en conjunto el médico con la familia y el paciente.

5.4 Otras medicaciones

A pesar de que los neurolépticos son los principales psicofármacos para el tratamiento de la esquizofrenia, algunos psiquiatras consideran que otros tipos de medicamentos pueden ser también útiles de manera complementaria, en combinación temporal:

- a) Las sales de litio (Plenur), prescritas para las alteraciones afectivas.
- b) Los hipnóticos, para el insomnio.
- c) Los antidepresivos, en depresiones.
- d) Los ansiolíticos, para momentos de alta ansiedad.
- e) La medicación antiepiléptica (Tregretol), que regula el humor y aumenta el efecto de los neurolépticos. Se consigue así poder disminuir la dosis.

5.5 La terapia electroconvulsiva (TEC)

Esta terapia consiste en aplicar unas descargas eléctricas en la cabeza del enfermo, antiguamente se creía que se curaría.

En un principio, se utilizaron para la terapia convulsiva sustancias químicas como el cardiozole y el metrazol. Se administraban en forma de inyección. Con la aparición de la electricidad surgió el aparato de electrochocs, que modula la corriente eléctrica para regular su voltaje y amperaje y poderlo aplicar al ser humano sin peligro para su vida. Durante muchos años se creía que esta terapia era beneficiosa para estos enfermos. El médico colocaba los electrodos en las zonas temporales del cráneo, y apretando un botón hacía que se produjera la descarga eléctrica. El paciente se convulsionaba y entraba en un sueño profundo. Al cabo de un rato se despertaba con una pérdida de memoria transitoria y hacía su vida habitual. Con el paso del tiempo se ha demostrado que no era cierta la hipótesis de que las convulsiones era lo que curaba la enfermedad, sino que lo que curaba era el paso de la corriente por el cerebro. Este hallazgo permitió que se profundizara en el estudio científico acerca de qué efectos reales produce la electricidad en el cerebro, y que en la actualidad los electrochocs no se apliquen directamente, sino que previamente se inyecta al paciente un inductor al sueño y un relajante muscular, por lo que el paciente no se angustie ante los preparativos, y al mismo tiempo desaparece el riesgo de fracturas causadas por las convulsiones.

El paciente se duerme y al cabo de una media hora despierta pudiendo continuar con su vida normal.

Se puede afirmar que el electrochoc ha servido durante años para recuperar a enfermos que estaban en manicomios, considerados irre recuperables. La aparición de los neurolépticos (principalmente del Haloperido®) ha hecho que el uso del electrochoc haya casi desaparecido. Hoy en día solo se utiliza esta técnica en los siguientes casos:

- En el tratamiento de la fase aguda de la esquizofrenia, cuando hay gran confusión mental y agitación y el paciente no responde al tratamiento con neurolépticos.
- Se aplica asociado a los neurolépticos para potenciar su efecto.
- En las formas catatónicas de esquizofrenia es el tratamiento de primera elección.
- En las depresiones graves con riesgo de suicidio y en aquellas que no responden al tratamiento con antidepresivos, o también cuando el paciente no tolera los efectos secundarios.

5.6 El internamiento en una clínica

El internamiento en una clínica es aconsejable en los siguientes casos:

- Para tener al paciente en observación, ya que al principio de la esquizofrenia muchas veces los síntomas aparecen de manera confusa y es necesario valorar la respuesta al tratamiento de manera rigurosa.
- Cuando existe un riesgo físico relacionado con la vida del paciente o de las personas que lo rodean. En crisis de agresividad, intentos de suicidio, o cuando la conducta que presenta el paciente es incompatible con una vida en libertad.

Antes de la aparición de los neurolépticos, el internamiento de las personas con esquizofrenia en clínicas o instituciones psiquiátricas era prácticamente inevitable. La agitación, la agresividad, el estado delirante y las alucinaciones hacían imposible la vida del individuo en la sociedad.

Durante mucho tiempo los manicomios han sido depósitos de enfermos mentales de diferentes enfermedades. Los recursos terapéuticos eran casi inexistentes, y se limitaban muchas veces a medidas de contención: camisas de fuerza, duchas de agua fría, celdas de aislamiento y inyecciones de trementina para las fases de

agitación. Se utilizaban los electrochocs sin anestesia, tenían una doble función: calmar al enfermo y suprimir los delirios y las alucinaciones.

Otra causa que justificaba el ingreso es tener que instaurar un tratamiento que si el paciente estuviera en casa no haría, debido a que el paciente muchas veces no es consciente de su enfermedad, y por tanto no tienen necesidad de tomar las pastillas.

Muchas veces se realizan ingresos en el hospital para lograr relajar el ambiente tenso, de crisis, que se produce en la familia. Un distanciamiento puede ayudar a aliviar la tensión familiar, reducir el estrés y favorecer la estabilidad.

El alta de la institución se da cuando han desaparecido los síntomas que propiciaron el ingreso y el tratamiento puede ser seguido en casa, cuando no exista agresividad ni ideas de suicidio y cuando el paciente tenga un ambiente familiar adecuado (compresión y apoyo).

Actualmente no se puede ingresar ningún enfermo psíquico en una clínica psiquiátrica sin su propio consentimiento. Al entrar en la clínica el enfermo tiene que firmar una hoja de ingreso en la cual acepta su ingreso de manera voluntaria. Hay veces que el paciente se niega a firma esta hoja; se le puede retener un máxima de 72 horas, en las que un familiar puede tramitar el ingreso mediante una orden judicial. Esto consiste en avisar al juez de las circunstancias que se dan y éste envía un médico forense que decidirá si finalmente hay ingreso o no.