

Tratamientos  
Psicológicos y  
R e c u r s o s  
utilizados EN LA  
**Esquizofrenia**

**GUÍA breve**  
para **Profesionales y Familiares**

**T O M O**

**I**

© COPCV - Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana

Edita: COPCV - Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana

Carrer Comte d'Olocau, 1 · 46003 Valencia

www.cop-cv.org

Coordinador: Francisco Santolaya Ochando

Secretaria Técnica: Lidia Tena Espada

Autores:

Salvador Perona Garcelán

Elisa Gallach Solano

Oscar Vallina Fernández

Francisco Santolaya Ochando

Obra Completa I.S.B.N.: 84-688-9893-7

Tomo I - I.S.B.N.: 84-688-9894-5

Depósito Legal: V-5091-2004

Impreso en España

Diseño e impresión:

Gráficas Antolín Martínez S.L.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo el autor.

*Sobre los autores:*

**Elisa Gallach Solano**

*Doctora y especialista en psicología clínica, trabaja como profesional estatutario de la Generalitat Valenciana. Colabora con la Universitat de Valencia como tutora de practicum, proyectos de investigación y docente de diferentes masters de postgrado relacionados con rehabilitación psicosocial. Coordinadora de proyectos europeos de rehabilitación psicosocial.*

**Salvador Perona Garcelán**

*Psicólogo clínico, trabaja en la Unidad de Rehabilitación área Virgen del Rocio del Servicio Andaluz de Salud. Profesor Asociado de la Facultad de Psicología*

**Francisco José Santolaya Ochando**

*Doctor en psicología y especialista en psicología clínica, trabaja en el Centro de Salud de la Malvarrosa del Servicio Valenciano de Salud de la Generalitat Valenciana, es tutor de Psicólogos Internos Residentes.*

**Oscar Vallina Fernández**

*Doctor en psicología y especialista en psicología clínica, Centro de Salud Mental Servicio Cantabro de Salud de Torrelavega - Cantabria.*

TOMO I  
**Guía Breve para Profesionales**

**Presentación ..... 7**

**PRIMERA PARTE**  
**Estrategias centradas en el individuo**

**1 Introducción ..... 11**

1.1 Breve recorrido histórico por los modelos teóricos de la Esquizofrenia. .... 12

1.2 La importancia del empleo de los psicofármacos. .... 15

**2 El entrenamiento en habilidades sociales en esquizofrénicos ..... 19**

2.1 Definición y principios básicos. .... 19

2.2 Componentes de las habilidades sociales. .... 21

2.3 Objetivos de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. .... 22

2.4 Modelos de programas de entrenamiento en habilidades sociales. .... 23

    2.4.1. Modelo básico de entrenamiento. .... 23

    2.4.2. Modelo centrado en la atención. .... 24

    2.4.3. El modelo de solución de problemas ..... 26

2.5 Condiciones para la aplicación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. .... 27

2.6 Currículo de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. .... 28

2.7 La generalización de las habilidades. .... 30

2.8 Eficacia de los programas de entrenamiento en habilidades sociales. .... 32

**3 Psicoeducación de pacientes ..... 33**

3.1 Introducción. .... 33

3.2 Descripción del Programa de Intervención. .... 37

3.3 Problemas más frecuentes en la ejecución de grupos psicoeducativos. .... 42

3.4 Investigación sobre la eficacia. .... 48

3.5 Conclusiones. .... 49

<b>4</b>	<b>Estrategias de manejo del estrés .....</b>	<b>51</b>
4.1.	Introducción.....	51
4.2.	Programa de entrenamiento.....	53
4.2.1.	Objetivos del programa.....	54
4.2.2.	Módulos.....	55
4.2.3.	Estructura de las sesiones.....	59
4.3.	Conclusiones.....	60
<b>5</b>	<b>Tratamiento psicológico de los síntomas positivos de esquizofrenia</b>	<b>63</b>
5.1.	Teorías de las alucinaciones.....	63
5.2.	Teorías de los delirios.....	65
5.3.	Tratamiento psicológico de los síntomas positivos de la esquizofrenia.....	68
5.3.1.	La Terapia de Modificación de Creencias.....	68
5.3.2.	Terapia de Potenciación de las Estrategias de Afrontamiento.....	75
5.3.3.	La Terapia de Focalización.....	75
5.4.	Resultados de los estudios sobre eficacia.....	76
<b>6</b>	<b>El tratamiento psicológico integrado de la esquizofrenia (IPT). .....</b>	<b>79</b>
6.1.	Descripción General.....	79
6.2.	Desarrollo de la terapia.....	81
6.2.1.	El módulo de diferenciación cognitiva.....	81
6.2.2.	El módulo de percepción Social.....	83
6.2.3.	El módulo de comunicación verbal.....	83
6.2.4.	El módulo de habilidades sociales.....	84
6.2.5.	El módulo de solución de problemas.....	86
6.3.	Resultados obtenidos con la terapia psicológica integrada.....	88
<b>7</b>	<b>Terapia cognitiva para la adaptación a la psicosis (COPE).....</b>	<b>91</b>
7.1.	Fundamento teórico.....	91
7.2.	Terapia cognitiva para la psicosis temprana.....	92
7.2.1.	Compromiso.....	93
7.2.1.1.	Problemas en la implicación del paciente en su recuperación.....	93
7.2.2.	Evaluación.....	94
7.2.3.	Adaptación a la psicosis.....	95
7.2.4.	Psicoeducación.....	97
7.2.5.	Morbilidad secundaria.....	98
7.2.6.	Finalización.....	99
7.3.	Desarrollos de la COPE.....	99

## SEGUNDA PARTE

# Estrategias centradas en el entorno

<b>8</b>	<b>Las intervenciones familiares con esquizofrénicos. ....</b>	<b>103</b>
8.1.	Desarrollo histórico de las intervenciones con familiares. ....	103
8.2.	Tipos de intervenciones familiares. ....	105
8.2.1.	El paquete de intervenciones sociales en familias de esquizofrénicos de Leff. ....	106
8.2.2.	La terapia familiar conductual de Falloon. ....	108
8.2.3.	El modelo psicoeducativo de Anderson. ....	109
8.2.4.	El modelo de intervención cognitivo-conductual de Tarrier. ....	112
8.3.	Eficacia de las intervenciones familiares en esquizofrénicos. ....	115
8.4.	Conclusiones. ....	117
<b>9</b>	<b>La rehabilitación laboral .....</b>	<b>119</b>
9.1.	Introducción. ....	119
9.2.	Principales obstáculos a la integración laboral. ....	121
9.4.	Módulos de Rehabilitación Laboral. ....	124
9.4.1.	Modulo de desarrollo de habilidades sociolaborales. ....	124
9.4.2.	Modulo de ajuste laboral. ....	124
9.4.3.	Módulo de orientación laboral y búsqueda de empleo. ....	126
9.5.	Principales alternativas de inserción laboral. ....	127
9.5.1.	Talleres de formación e inserción laboral para personas con discapacidad (TFIL). ....	127
9.5.2.	Centros especiales de empleo. ....	129
9.5.3.	Empleo con apoyo. ....	130
9.5.4.	Enclaves (Proyectos de inserción a través de CEE + I). ....	131
9.5.5.	Empresas de Inserción. ....	131
9.5.6.	Empleo normalizado. ....	132
9.6.	Eficacia de estos programas. ....	132
9.7.	Conclusiones. ....	134
<b>10</b>	<b>Programas de intervención comunitaria en rehabilitación psicosocial</b>	<b>135</b>
10.1.	Programas de gestión de casos. ....	136
10.2.	Los programas de Ocio y Tiempo Libre. ....	139
10.3.	Los clubes psicosociales y grupos de ayuda mutua (GAM). ....	142
10.4.	Programas para disminuir el estigma social. ....	143
10.5.	Conclusión. ....	147

<b>11</b>	<b>A modo de resumen</b> .....	<b>149</b>
<b>12</b>	<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>153</b>

**TOMO II**  
**Guía Breve para Familiares**

<b>13</b>	<b>Qué saber sobre la esquizofrenia y cómo hablar de ella con nuestros hijos enfermos</b> .....	<b>177</b>
<b>14</b>	<b>Preguntas y dudas más frecuentes</b> .....	<b>181</b>
<b>15</b>	<b>Dónde acudir en caso de necesidad</b> .....	<b>201</b>
15.1	Red asistencial para la atención de la esquizofrenia: tipos de servicios y recursos sociosanitarios .....	201
15.2	Recursos Existentes en la Comunidad Valenciana .....	205
	Recursos Sanitarios .....	207
	Recursos Sociales .....	217
	Asociaciones y Agrupaciones de Familiares de Enfermos Mentales .....	225
15.3	Recursos Existentes en otras Comunidades .....	229
	Asociaciones y Agrupaciones de Familiares de Enfermos Mentales .....	231
	Hospitales Generales de España .....	255
<b>16</b>	<b>Legislación vigente de interés para el paciente y su familia</b> .....	<b>279</b>
<b>17</b>	<b>Dónde informarse</b> .....	<b>285</b>
17.1	Direcciones de interés en Internet para Familias .....	287
17.2	Libros y Publicaciones .....	295

## Presentación

Hablar de Esquizofrenia y de Psicosis en general, es adentrarse en un mundo que confunde la realidad y lo imaginario en su sentido más delirante, que une la angustia psicótica del paciente con la angustia de la desesperanza de su familia, es hablar de uno de los problemas más gravosos y difíciles de resolver que afectan a la humanidad dentro del campo de los trastornos mentales; que conlleva graves repercusiones sociales y laborales, costes económicos directos e indirectos permanentes, y una carga difícil de soportar por la familia que la lleva a encontrarse desbordados ante el problema que supone tener un «enfermo esquizofrénico en casa».

Tanto es así, que en los últimos años ha habido un desarrollo espectacular en la investigación sobre este tema, con proliferación de nuevas técnicas, tanto de carácter psicológico como farmacológico, que tienden si no a eliminar al menos a mitigar en gran medida las consecuencias negativas de esta patología que ya viene descrita en gran parte en el año 1400 A.C. (Rendueles, 1990)

Este interés actual se ha demostrado en numerosas publicaciones de carácter científico, ya sean de índole médico o psicológico, así como en numerosas guías de gran utilidad para los familiares.

La presente obra es una breve guía que trata “sobre qué se puede hacer con los pacientes esquizofrénicos en la actualidad” desde el ámbito de lo psicológico y “con que recursos cuentan los familiares” a la hora de comprender esta enfermedad y pedir la ayuda necesaria.

No se trata de una guía de cómo se hace el tratamiento, si no de un “directorio de intervenciones psicológicas”, en el cual y reconociendo la importancia de lo “farmacológico”, que en este tipo de patología es imprescindible para un

adecuado tratamiento y control del paciente esquizofrénico, no se incluyen por tratarse tal como lo indica el título, de una guía sobre terapia psicológica, cuyo objetivo es aportar una síntesis de conocimientos en un intento de mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familias en el «día a día», reducir el estigma y la discriminación social que inciden negativamente en el pronto diagnóstico y curso de la enfermedad, así como procurar una mejor comprensión y análisis por parte de los profesionales implicados en su tratamiento.

Los autores





PRIMERA PARTE

# Estrategias centradas en el individuo





## Introducción

“No es tan fuerte como la realidad. Es como si estuviese soñando despierta, es como un cuento. No es realmente real, es como otro mundo. Pero falta como el sentirse unida a ello”.

“Mi cabeza no es la mía... yo sólo tengo nariz, una nariz nueva”.

CH. Scharfetter, 1976.

No hace falta recordar que posiblemente la Esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más complejas tanto en su dinámica como en su tratamiento, ya que es un trastorno que implica un conjunto de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales que incluyen tanto la percepción, como el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización del comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención o la conducta motora. Ningún síntoma aislado es patognómico de la esquizofrenia y el diagnóstico implica el reconocimiento de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social, (DSM-IV-1995).

Con esta definición quedan perfectamente definidos los perfiles de esta enfermedad: alteración de la práctica totalidad de las funciones cognitivas y de los roles fundamentales del desarrollo personal. Estamos pues, ante una alteración holística del individuo, alteración que ha ido siendo abordada desde distintas ópticas teóricas y conceptuales a lo largo del tiempo (Zubin y Spring 1977; Zubin y Steinhauer 1981; Lemos, 1985; Hemsley, 1995).

En cuanto a los datos que la definen se puede decir según el DSM IV que las estimaciones de la prevalencia varían entre el 0.2 y el 2.0% en todo el mundo, actualmente se estima entre el 0.5 y el 1% y según Plumed Domingo, J.; Pérez Prieto, F.; Llorens Rodríguez, P. y Selva Vera, G. (1997), el riesgo de padecer la enfermedad a lo largo de la vida se estima entre el 0,7% y el 0,9% en los países

Europeos, siendo la prevalencia puntual entre el 2,5 y el 5,3 por 1000 habitantes. Los distintos estudios sugieren que el curso de la esquizofrenia es de carácter crónico con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos no siendo la remisión completa lo más habitual en este trastorno.

El inicio de la enfermedad tiene una mayor incidencia entre los 18 y 35 años presentándose antes en hombres que en mujeres, los cuales tienen un peor pronóstico. Para un diagnóstico correcto de la enfermedad, la alteración debe de persistir al menos seis meses y al menos un mes con síntomas de la fase activa (delirio, alucinaciones, comportamientos desorganizados, etc.), así mismo para un correcto tratamiento psicológico de la enfermedad se debe de tener en cuenta y conocer en profundidad los distintos subtipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada, y residual.

## 1.1 Breve recorrido histórico por los modelos teóricos de la Esquizofrenia.

El esquizofrénico es visto actualmente como un individuo esencialmente vulnerable, y la esquizofrenia ha sido y es estudiada desde distintos puntos de vista y se han desarrollado diversos modelos teóricos sobre la misma, muchos modelos a lo largo de la historia han tratado de explicar los fundamentos de la esquizofrenia, y todos ellos eran consecuentes con los supuestos teóricos de partida tanto culturales como científicos de la época.

De hecho, hasta la primera mitad del siglo XIX la esquizofrenia se veía bajo un enfoque puramente biológico y se pensaba que su aparición se debía a factores endógenos; pero a partir de la segunda mitad de dicho siglo, se plantea (Arieti, 1974) que los shock emocionales pueden tener una relación con el inicio de la esquizofrenia y que los sucesos estresantes pueden actuar como precipitantes.

A partir de este planteamiento, el modelo médico tradicional se vuelve más flexible y acepta que dentro de los factores causales pueden incluirse algunas experiencias que dejan un impacto en el funcionamiento biológico. Dichos cambios biológicos producidos por factores ambientales y experienciales pueden convertirse en permanentes y ser la base de la enfermedad. Este modelo, si bien admite que el ambiente y la experiencia puedan intervenir a nivel causal, no admite que intervenga como precipitante de la enfermedad; dependiendo la aparición de la misma sólo de la tendencia biológica que tenga el sujeto (vulnerabilidad).

En otro sentido, los denominados modelos conductuales estrictos (Salzinger, 1973; Ullman y Krasner, 1974) afirmaban que eran siempre necesarios hechos recientes para la aparición de la enfermedad, y que dichos cambios en las contingencias que refuerzan la conducta psicótica, en ciertos contextos, son el principal agente causal.

Para Salzinger (1973), los preesquizofrénicos responden de modo habitual a los estímulos presentes de un modo inmediato; y en cambio responden más lentamente a estímulos temporales y espacialmente remotos, por lo que se puede suponer una sensibilidad muy fina para los cambios en el contexto de respuestas inmediatas. A partir de aquí, son las contingencias ambientales las que producen y mantienen la esquizofrenia, y por tanto no ven la necesidad de estudiar los hechos remotos ni la tendencia a la vulnerabilidad.

Hay otros autores que no se expresan de modo tan radical. Así, Mednick (1958) ve la esquizofrenia como un trastorno mental aprendido basándose en que el preesquizofrénico tiene un sistema nervioso que no reacciona eficazmente ante la ansiedad. El preesquizofrénico, tendría tres características que lo definen: el bajo umbral para la ansiedad, la recuperación lenta frente a situaciones de ansiedad y la tendencia a generalizar con excesiva facilidad.

Para Mednick (Zax y Cowen, 1979), el hecho de que tengan un bajo umbral frente a la ansiedad, hace que el esquizofrénico se condicione más fácilmente, siendo sus respuestas más rápidas y de mayor amplitud (generalización). Es por ello que responden más fácilmente a estímulos similares, tanto adecuados como inadecuados, aprendiendo a dar por tanto respuestas correctas e incorrectas. Por otro lado, los estados de alta ansiedad estimulan los procesos mentales, pero los pensamientos resultantes suelen estar a menudo fuera de contexto, lo que hace que el paciente se plantee su «locura» y desarrolle otros pensamientos (más extravagantes) con el fin de reducir la ansiedad que le produce «la idea de volverse loco» (aprendería un patrón de evitación psicológica).

Los modelos expresados anteriormente son algo simplistas y aunque pueden explicar en parte los síntomas psicóticos, no dan un enfoque claramente global del trastorno y sobre todo no integran adecuadamente estrategias de intervención. En cambio, el modelo de la Vulnerabilidad-Estrés planteado por Spring y Coons (1984) sí que permite elaborar estrategias claras de intervención. Dicho modelo es una extensión del modelo presentado por Zubin y Spring (1977), Zubin y Steinhauer (1981) y que tienen antecedentes en Meehl (1962) y Rosenthal (1970).

En el caso de la esquizofrenia, este modelo es claramente heurístico, y en particular la relación del estrés como precursor de episodios de esquizofrenia, está constituyendo una importante línea de investigación, que ha sido fundamental a la hora de cambiar el punto de vista clásico sobre la esquizofrenia, al permitir un cambio de paradigma (Lemos, 1986 a 1995) a partir del cual se han generado diversos desarrollos teóricos que han dado lugar a nuevas formas de intervenir en la enfermedad. Ejemplos de ello tenemos, el modelo psicobiológico integrador (Ciompi, 1984), el modelo interactivo multidimensional (Lieberman, Falloon y Wallace, 1984) y el modelo de vulnerabilidad-estrés-afrontamiento-competencia (Nuechterlein y Dawson, 1984; Lieberman, 1988).

Estas nuevas formas de intervenir clínicamente se han agrupado bajo la etiqueta de tratamientos psicosociales, configurando las prácticas clínicas en el tratamiento y rehabilitación del trastorno esquizofrénico tal y como hoy las entendemos (Lieberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman y Massel, 1986; Lieberman y Corrigan, 1993; Lieberman, 1991; Bellack y Mueser, 1993; Penn y Mueser, 1996; Falloon, Coverdale y Brooker, 1996; Burns, 1997; Lieberman, Vaccaro y Corrigan, 1995; Anthony y Lieberman, 1986; Bachrach, 1992).

Estos modelos diferencian entre aquellos factores causales que contribuyen a la formación (o vulnerabilidad) de la enfermedad y que ocurrieron en la edad temprana del sujeto (rasgo de vulnerabilidad o riesgo de enfermedad), y los desencadenantes o precipitantes, los cuales no aumentaban la vulnerabilidad pero la ponen de manifiesto. Los factores causales cambian la vulnerabilidad y modifican la respuesta frente a futuros estresores. Dichas modificaciones son permanentes, estando latentes hasta que inciden sobre el sujeto los factores desencadenantes. Los factores desencadenantes, son reversibles y necesarios para que se desarrolle la enfermedad; e influyen tanto en el tiempo de aparición como en la probabilidad de que ocurra.

La interrelación entre la Vulnerabilidad y el Estrés, sigue una ley que afirma que la magnitud del estrés requerido para que aparezca la enfermedad es inversamente proporcional al grado de vulnerabilidad premórbida (Zubin y Spring, 1977).

Así mismo, existe un acuerdo general acerca del probable origen multicausal de la esquizofrenia, utilizándose la interacción entre las diferentes variables biológicas, genéticas y psicosociales para explicar la aparición no sólo de la psicopatología esquizofrénica, sino también de sus exacerbaciones y remisiones. Por tanto, la manifestación de síntomas psicóticos en un individuo vulnerable puede

aparecer al aumentar la vulnerabilidad biológica, cuando los acontecimientos biográficos son tan estresantes que sobrepasan la capacidad del individuo para afrontarlos o el sujeto carece de dichas habilidades de afrontamiento, o bien cuando los soportes sociales disminuyen (Montero, Adam, Gómez, Leal, Molero, y Santolaya 1984). Actualmente se afirma que las reagudizaciones en el curso de la esquizofrenia están asociadas a un estrés ambiental, llegándose a identificar dos tipos del mismo con potencial suficiente como para aumentar el riesgo de recaídas:

- a) Ambiente estresante, donde se incluye el medio familiar.
- b) Acontecimientos biográficos estresantes, precediendo éstos en tres semanas al comienzo de la enfermedad (Leff y Vaughn, 1981).

En este sentido, se ha venido estudiando en los últimos años la influencia del clima afectivo y de la expresividad emocional (EE) de la familia en el curso de la esquizofrenia por distintos autores (Vaughn y Leff, 1976; Leff y Vaughn, 1981; Montero, 1995) llegando a la conclusión de que las recidivas en la esquizofrenia son más frecuentes entre los pacientes que conviven con familias excesivamente críticas o demasiado sobreimplicados emocionalmente, denominándose a dichas familias de alta emoción expresada (AEE) que entre aquellos otros esquizofrénicos que conviven con familias de baja emoción expresada (BEE).

También el hecho de mantener una terapia con neurolépticos de forma continuada junto con la reducción del contacto entre pacientes y sus familias, puede proteger de nuevas recidivas al esquizofrénico que vive con su familia AEE (Vaughn y Leff, 1976; Leff y col., 1982).

## 1.2. La importancia del empleo de los psicofármacos

Es indiscutible que el empleo de los psicofármacos en las enfermedades mentales y más específicamente la utilización de los neurolépticos en las alteraciones esquizofrénicas, ha llevado a un gran avance en el tratamiento y reducción de la sintomatología psicótica propiamente dicha, variando positivamente el pronóstico de la enfermedad. Pero también es cierto que con el paso del tiempo se ha comprobado que los psicofármacos no ayudan a resolver totalmente la sintomatología positiva que presenta el paciente, ni el estado de defecto que aparece frecuentemente tras la fase activa de la enfermedad, y que se caracteriza por una apatía generalizada, falta de motivación, aislamiento social y un empobrecimiento global de la personalidad.

Está claramente establecido el impacto positivo de la medicación de tipo neuroléptica sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia, considerándose básicos e imprescindibles en el tratamiento de la esquizofrenia aguda (Carpenter, 1986; Davis, 1965; Simpson, 1984). Pero es cierto que los pacientes esquizofrénicos con dosis adecuadas de medicación neuroléptica todavía experimentan altos índices de recaídas (Hogarty, 1984; Johnson, 1976) y continúan con los déficits en el funcionamiento tanto interpersonal como social (Anthony y Liberman, 1986; Wallace, 1984). La medicación neuroléptica también tiene un impacto limitado sobre algunos de los síntomas negativos de la esquizofrenia, tales como la falta de voluntad, apatía, anhedonia, alogia, retraimiento social y aplanamiento del afecto (Crow, 1985; Kane, 1989; Simpson, 1984). Es decir, los psicofármacos no consiguen «normalizar» de un modo eficaz las relaciones que establece el enfermo esquizofrénico con su medio social, familiar y laboral, por lo que la medicación por sí sola es inadecuada para tratar los problemas de funcionamiento social.

En cuanto a la eficacia a largo plazo del tratamiento neuroléptico en la reducción de las recidivas entre la población esquizofrénica está actualmente bien establecida, aunque no así las dosis mínimas suficientes. Los neurolépticos, aunque efectivos en el tratamiento de los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios...) no lo son tanto a la hora de la rehabilitación social del paciente y de su reinserción comunitaria; de ahí que se surgiera la necesidad de combinar el tratamiento farmacológico y el psicosocial (Montero, y cols., 1984). El objetivo de un programa terapéutico debe estar dirigido no sólo a disminuir el número de recidivas y al manejo del paciente en la comunidad, sino también a mejorar su calidad de vida y la de su familia (May, y Simpson, 1980).

En 1982, Karasu, situó la psicosis esquizofrénica, con excepción de la fase aguda, en el rango de la aplicación aditiva de la psicoterapia y la farmacoterapia. En este sentido, el tratamiento combinado de tipo psicoterapéutico y farmacológico, tiene sus indiscutibles ventajas, y su efectividad ha sido verificada en los estudios de investigación (Luborsky y col., 1975; Strossova y col., 1985). Kalina (1988) expresa que en casi el 70% de los casos, la combinación de los dos métodos dio mejores resultados que un método sólo. Mientras la psicoterapia no es un sustituto del efecto de los neurolépticos para disminuir las recaídas y mantener la remisión de síntomas, mejora significativamente el efecto terapéutico en la esfera de las emociones, comunicación, estilo de vida activo y sociabilidad. Sverdlov y col. (1981) expresaron que la combinación de la farmacoterapia y la psicoterapia en esquizofrénicos debería ser guiada por el análisis de la estructura y la dinámica del fenómeno psicopatológico dentro de la personalidad total del paciente, incluyendo



su adaptación, su autoconcepto, relaciones sociales y su propia visión del mundo.

Las indiscutibles ventajas de un tratamiento combinado, han cristalizado en la última década en una gran profusión de abordajes psicoterapéuticos que se utilizan conjuntamente con el tratamiento farmacológico. Dichos abordajes se realizan desde distintas orientaciones ya sean psicodinámicas, conductuales o sistémicas, y abarcan tanto tratamientos individuales como familiares.

Sin embargo, se dispone de información suficiente para saber que no todas las técnicas dentro de la terapia psicosocial inciden significativamente en la reducción de los síntomas psicóticos, persistiendo un acuerdo casi generalizado en la necesidad de un tratamiento neuroléptico como único tratamiento capaz de mantener al paciente libre de síntomas (Montero y cols., 1984). Aún así, se considera indispensable incluir programas de orientación psicosocial en el tratamiento del paciente esquizofrénico con el fin de facilitar su reinserción social y comunitaria.



## El entrenamiento en habilidades sociales en esquizofrénicos

### 2.1. Definición y principios básicos.

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 los 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 síntomas positivos y negativos (Bellack, Morrison, Wixted y Mueser, 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).

Desde esta perspectiva, 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 nos referimos con este concepto desde una óptica conductual bajo la que se presentan. En un sentido amplio, se pueden entender como conductas o habilidades cognitivo-perceptivas que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal (Mueser y Sayers, 1992). Así, las habilidades socia-

les 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 (Liberman, De Risi y Mueser, 1989; Liberman, 1993). Queda claro, que 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 con contextos ambientales cambiantes, lo que le proporciona un gran dinamismo y motilidad en torno a aspectos como: esquema corporal, entorno físico, bagaje histórico y sociocultural del individuo y del contexto concreto de interacción, contexto social de interacción y de pertenencia, objetivos en juego de los participantes en la interacción, etc. (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 (ver tabla 2.1.). En algunos casos, como con los síntomas negativos, los efectos secundarios de la medicación y la ansiedad social, el papel del procesamiento de la información es indirecto. En otros casos, tales como la percepción social y la solución de problemas sociales, los procesos cognitivos parecen jugar un importante papel, pero incluso cuando puede ser interferida la operación de los parámetros cognitivos, hay pocos datos para documentar un importante papel de algún proceso cognitivo específico.

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	Pausas del habla o gestos.
Síntomas Positivos.	Conversaciones alteradas por descarrilamiento.
Efectos secundarios de medicación.	Akinesia, acatisia.
Motivación.	Pérdida de interés por repetición de fallos.

Tabla 2.1.: Factores que afectan a la competencia social.

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

1. Las habilidades sociales pueden ser aprendidas y enseñadas a personas con deterioros.
2. Las habilidades sociales son situacionalmente específicas.
3. Las habilidades facilitan la competencia social, pero no la aseguran.
4. Las habilidades sociales inciden sobre el funcionamiento social y sobre el curso de la esquizofrenia.

## 2.2. Componentes de las habilidades sociales.

Para Bedell y Lennox (1994), una definición comprensiva de habilidades sociales, que consolide los diversos conceptos presentados en la literatura, supone la presencia de las siguientes habilidades:

- 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 implica que las habilidades sociales comprenden dos grupos de habilidades:

- *Cognitivas*: Estas incluyen la percepción social y las habilidades de procesamiento de información que definen, organizan y guían las habilidades.
- *Conductuales*: Las habilidades 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.

Como hemos destacado hasta ahora, las habilidades sociales comprenden un extenso conjunto de elementos verbales y no verbales que se combinan en complejos repertorios cognitivo-conductuales que posteriormente son enseñados a

los pacientes en los diversos programas de entrenamiento (Mueser y Sayers, 1992). Los elementos tradicionalmente más importantes incluyen elementos expresivos, conductas no verbales, elementos receptivos (percepción social) y el equilibrio interactivo (ver tabla 2.2.).

<b>Elementos expresivos:</b>
Contenido del habla. Elementos paralingüísticos: • voz • ritmo • emisión • tono
<b>Conducta no verbal:</b>
• Distancia y postura interpersonal. • Movimientos corporales. • Contacto ocular. • Expresiones faciales.
<b>Elementos Receptivos:</b>
• Atención. • Decodificación. • Conocimiento de factores culturales y del contexto.
<b>Equilibrio interactivo:</b>
• Momento de la respuesta. • Turnos en la conversación. • Refuerzo social.

Tabla 2.2.: Componentes de las habilidades sociales.

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.

### 2.3. Objetivos de un programa de entrenamiento en habilidades sociales.

Los objetivos generales de los programas de entrenamiento en habilidades sociales 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 negativa a través 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.

## **2.4. Modelos de programas de entrenamiento en habilidades sociales.**

Es evidente que no todos los pacientes presentan las mismas disfunciones, y que por lo tanto no pueden recibir el mismo formato de entrenamiento. Partiendo de las diversas tipologías de trastornos presentados por los esquizofrénicos, Liberman, Massel, Mosk y Wong (1985) describen tres modelos de entrenamiento en habilidades sociales:

1. Modelo de entrenamiento básico.
2. Modelo orientado a la atención.
3. Modelo de solución de problemas.

Todos ellos comparten una tecnología común que incluye el uso de ensayo conductual, modelado, retroalimentación, reforzamiento e instrucciones y un formato estructural altamente sistematizado para la facilitación del aprendizaje y la construcción o desarrollo de las habilidades individuales que necesita cada paciente.

### **2.4.1. Modelo básico de entrenamiento**

Con este procedimiento, el entrenamiento se realiza normalmente en una sala con un formato grupal o de manera individual. A veces, también se lleva a cabo en aquellos escenarios naturales relevantes para el paciente con el propósito de facilitar la generalización de los efectos terapéuticos. El proceso se realiza 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 de los siguientes procedimientos:

- Instrucciones.

- Modelamiento del uso apropiado de las habilidades.
- Ensayo conductual.
- Retroalimentación positiva con tareas para realizar en casa.

Liberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman y Massel (1986), describen las 5 etapas en que se desarrolla el procedimiento:

1. El entrenador identifica el problema interpersonal del paciente a través de la formulación de una serie de cuestiones:  
¿Qué emoción, necesidad o comunicación falta? ¿Se está expresando adecuadamente? ¿Con qué frecuencia ocurre esa conducta? ¿Quiénes están implicados? ¿Dónde y cuándo ocurre el problema?
2. Para especificar las metas del entrenamiento, el terapeuta y el paciente conjuntamente seleccionan las nuevas conductas, para rectificar los déficits en la ejecución o para modular la expresividad excesiva o emocionalmente intensa. Las metas deben articularse en torno a conductas específicas de alta frecuencia para proporcionar más posibilidades de práctica y de *feedback*.
3. El paciente realiza un role play de la situación problema, para ello se implican a otros miembros del grupo en papeles relevantes. Las escenas tienen que ser relevantes para el presente o futuro próximo del paciente. Se refuerzan las conductas adecuadas y los esfuerzos realizados, a la vez que se solicita *feedback* de otros miembros del grupo.
4. A través de una serie de ensayos conductuales, instrucciones directas, modelado, moldeado e instrucción (instrucciones verbales y no verbales dadas por el terapeuta para elicitar conductas específicas en el *role play*) se pretende modificar las conductas del paciente orientadas hacia la meta.
5. El terapeuta por medio de tareas para realizar entre sesiones, promueve la generalización de las habilidades recientemente aprendidas a situaciones del ambiente natural del paciente. A la vez se fomenta la práctica repetida y el sobreaprendizaje junto con la autoevaluación y el autorrefuerzo como métodos para facilitar la transferencia de habilidades.

### **2.4.2. Modelo centrado en la atención.**

Un importante número de enfermos mentales crónicos tienen tales deterioros cognitivos, de memoria y de atención, que no pueden participar de modo colaborador en un grupo de entrenamiento en habilidades, debido a la dificultad



para adquirir conductas sociales por observación de modelos y para comprender el *feedback* del entrenador. Este método de entrenamiento ayuda a centrar la atención del paciente sobre aquellos materiales relevantes para el aprendizaje del paciente, 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 para el entrenamiento de esquizofrénicos crónicos con importantes desorganizaciones de pensamiento, institucionalizados y altamente distraibles en habilidades de conversación, área en la que ha probado su eficacia (Massel, Corrigan, Liberman y Milan, 1991). En línea con estos fines, y con el fin de paliar las carencias atencionales que suelen presentar un amplio grupo de pacientes psicóticos y facili-

1. Hiperarousal por sobrestimulación ambiental	Disminuir las distracciones externas, ruidos del ambiente, y probables interrupciones.
2. Dificultad para mantener la atención de manera continuada	Entrenamiento en tareas breves y centradas. Uso frecuente de avisos para recuperar el foco de atención. Uso de un programa de incentivos y automanejo para mejorar la atención en las metas preprogramadas.
3. Distracción por señales irrelevantes.	Mantener el sitio de entrenamiento limpio de estímulos distractores que puedan estorbar el entrenamiento de las áreas de habilidades.
4. Mala interpretación de los pasos de aprendizaje.	Utilizar gráficas que expliquen las habilidades del área a entrenar.
5. Dificultades con la rapidez de las tareas.	Proceder lentamente a través de entrenamiento de pasos sucesivos.
6. Fácil sobrecarga por tareas complejas.	Análisis de la conducta en las tareas y dividir las tareas en pasos más simples.
7. Influencia de estímulos inmediatos del ambiente.	Evitar el apareamiento accidental de variables extrañas dando <i>feedback</i> inmediato y reforzamiento. Después que ha ocurrido el sobreaprendizaje, desvanecer gradualmente el <i>feedback</i> y los reforzadores.
8. Distracciones por alucinaciones y pobres asociaciones.	Adoptar técnicas de parada de pensamiento. Automonitorización de pensamientos desorganizados y alucinaciones, y evitación de estresores que puedan exacerbarlos.

Tabla 2.3.: Estrategia para tratar algunos déficits cognitivos de la esquizofrenia..

tar su proceso de aprendizaje y de mantenimiento de la habilidad entrenada, Liberman y Corrigan (1993) han desarrollado una serie de medidas para realizar modificaciones ambientales encaminadas hacia un control estimular dentro de la sala de entrenamiento. Estas están descritas en la tabla 2.3. (Ver página 25).

### 2.4.3. El modelo de solución de problemas

La ejecución inadecuada de habilidades en situaciones sociales puede proceder de la presencia de déficits en las capacidades de solución de problemas. Desde esta perspectiva, la comunicación interpersonal se ve como un proceso con tres estadios:

- Habilidades de recepción.
- Habilidades de procesamiento.
- Habilidades de emisión (Liberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman y Massel, 1986).

Este modelo de procesamiento de información característico del comportamiento social efectivo, queda representado en la tabla 2.4., incluyendo las habilidades específicas que corresponden a cada estadio. 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. Y por último, 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. El terapeuta realiza una evaluación en cada una de las etapas por medio de una serie de preguntas específicas dirigidas a comprobar la adquisición y comprensión de la habilidad por parte del paciente (ejemplo: *¿Cómo se sentía quien habló contigo? ¿Cuál era el tema principal de la conversación? ¿Qué otras respuestas se podían haber dado?*). En todos los estadios del entrenamiento, se refuerza cada emisión correcta de las habilidades practicadas por el paciente, y el terapeuta puede dar instrucciones para su correcta realización, modelar las respuestas metas, o pedir repetir los ensayos. Cuando el paciente realiza las tres habilidades en un nivel aceptable, continúa el entrenamiento con una nueva escena.

Recepción	Procesamiento	Emisión
<p>Percibir los parámetros situacionales relevantes.</p>	<p>Generar opciones de respuesta y elegir una.</p>	<p>Emitir adecuadamente la respuesta elegida.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido de los mensajes pasados y actuales</li> <li>• Características del otro</li> <li>• Emoción, objetivos e identidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los objetivos propios</li> <li>• Generar opciones de respuesta</li> <li>• Evaluar las consecuencias de cada una</li> <li>• Seleccionar la mas adecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto visual</li> <li>• Voz:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Volumen</li> <li>Fluidez</li> <li>Tono</li> <li>Emisión</li> </ul> </li> <li>• Latencia</li> <li>• Postura corporal</li> <li>• Gesticulación</li> <li>• Expresión facial</li> </ul>

Tabla 2.4.: El modelo de procesamiento de información en habilidades sociales.

## 2.5. Condiciones para la aplicación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales

No hay datos concluyentes respecto a cuáles son las condiciones óptimas para la puesta en marcha de un programa de este tipo. No obstante, y basándonos en Gil Rodríguez y García Saiz (1993), podemos hacer algunas consideraciones generales:

1. *Planificación:* A la hora de planificar las sesiones de entrenamiento hay que tener en cuenta:
  - a. La complejidad de la habilidad meta a entrenar y el número de componentes que la integran.
  - b. Los déficits que muestra el sujeto y su influencia en el funcionamiento general del mismo.
  - c. La modalidad de entrenamiento (individual vs. grupal).
  - d. Cuestiones prácticas tales como los medios y recursos, tanto humanos como materiales, de que se dispone.
2. *Puesta en práctica:* Con el fin de crear el contexto y las condiciones de aprendizaje óptimas y en, consecuencia, que las técnicas empleadas resulten eficaces al máximo, es recomendable tener en cuenta diversos criterios con respecto a los siguientes aspectos:

- a. *Número de sesiones*: este es un dato variable, pero en el caso de personas con esquizofrenia suelen ser necesario un mayor número de sesiones que con sujetos con otros tipos de patologías. Cañamares, Castejón, Florit, González, Hernández y Rodríguez (2001) recomiendan unas 30 sesiones.
- b. *Duración de las sesiones*: La duración debe ser tal que permita aplicar por completo y de forma adecuada las distintas técnicas de entrenamiento, pero evitando aquellos factores que interfieran negativamente (el cansancio y aburrimiento). Por ello, la duración aconsejable oscila entre 45 y 90 minutos, y como recomiendan Cañamares y cols. (2001), se puede realizar un descanso de 10 a 15 minutos en medio de la sesión, a razón de una o dos sesiones por semana.

## 2.6. Currículo de un programa de entrenamiento en habilidades sociales.

El currículo de un programa de entrenamiento en habilidades sociales se refiere a aquellas áreas de funcionamiento en el que una persona con un trastorno esquizofrénico puede presentar dificultades. Si bien es cierto que dependiendo del nivel de deterioro e incapacidad, esas dificultades pueden variar de un sujeto a otro, presentamos a continuación el currículo de áreas de entrenamiento propuesto por Bellack, Mueser, Gingerich y Agresta (1997):

### 1. Habilidades conversacionales:

- Escuchar a otros.
- Iniciar una conversación.
- Mantenimiento de una conversación haciendo preguntas.
- Mantenimiento de una conversación ofreciendo información.
- Mantenimiento de una conversación expresando sentimientos.
- Finalización de una conversación.
- Continuar un tema iniciado por otra persona.
- Continuar una conversación cuando el interlocutor cambia de tema.

## 2. Habilidades para manejo de conflictos:

- Compromiso y negociación.
- Estar en desacuerdo con otra persona sin discutir.
- Responder a acusaciones falsas.
- Abandonar situaciones estresantes.

## 3. Asertividad:

- Hacer peticiones.
- Rechazar peticiones.
- Expresar quejas.
- Responder a una queja.
- Expresar sentimientos desagradables.
- Expresar enfado.
- Obtener información.
- Pedir disculpa.
- Expresar un temor.
- Rechazar una invitación para el consumo de alcohol o drogas.

## 4. Habilidades para vivir en la comunidad.

- Localizar pertenencias perdidas.
- Qué hacer si el sujeto piensa que alguien tiene algo suyo.
- Qué hacer cuando no entiende lo que otra persona le está diciendo.
- Revisar sus creencias.
- Recordar a alguien que no propague gérmenes.
- Comer y beber de forma educada.

## 5. Habilidades para acordar citas y hacer amigos.

- Expresar sentimientos positivos.
- Hacer cumplidos.
- Aceptar cumplidos.

- Encontrar intereses comunes.
  - Pedir una cita.
  - Finalizar una cita.
  - Expresar afecto.
  - Rechazar propuestas sexuales no deseadas.
  - Pedir a su pareja que use preservativo.
  - Rechazar presiones para realizar actividades sexuales de alto riesgo.
6. Habilidades de manejo de la medicación.
- Establecer una cita telefónica con su médico.
  - Hacer preguntas sobre la medicación.
  - Hacer preguntas sobre temas relacionados con la salud.
7. Habilidades vocacionales y para el trabajo.
- Entrevista de trabajo.
  - Pedir *feedback* sobre la tarea realizada en el trabajo.
  - Responder a críticas.
  - Seguir instrucciones verbales.
  - Resolver problemas.
  - Participar en las conversaciones en el trabajo.

## 2.7. La generalización de las habilidades.

La cuestión que se plantea tras cualquier intervención exitosa, hace referencia a si los resultados se mantendrán fuera del contexto de aprendizaje. Es este un punto crucial, pues de poco serviría que una persona aprendiese nuevos comportamientos o eliminase conductas inadecuadas, si después no fuese capaz de realizarlas en otros ambientes o si solo lo hiciese temporalmente. El entrenamiento en habilidades sociales persigue mejorar la competencia social y disminuir el aislamiento de las personas con un trastorno esquizofrénico, de forma que estas adquisiciones se establezcan y generalicen a distintas situaciones, permitiendo que se relacionen satisfactoriamente con su medio natural.

Las estrategias que se utilizan para obtener la generalización de lo aprendido se componen de un amplio y variado conjunto de medidas, recursos y

técnicas, cuya aplicación puede hacerse en el contexto de las sesiones de entrenamiento o en el ambiente real donde la persona vive y se desenvuelve habitualmente.

De forma resumida, y siguiendo la distinción anterior, podemos hacer las siguientes recomendaciones para cada conjunto de estrategias :

- **Estrategias aplicadas durante las sesiones de entrenamiento.**

1. Repetir de forma masiva las conductas entrenadas de forma que favorezca el sobre aprendizaje.
2. Realizar ensayos de situaciones múltiples, variadas y lo más relevantes posibles.
3. Empleo durante el entrenamiento de interlocutores diferentes, incluyendo a personas relevantes para el sujeto en su vida real.
4. Realizar el entrenamiento en diferentes contextos y los mas parecido posible a los de la vida real.
5. Enseñar conductas relevantes y funcionales que le permitan al sujeto afrontar adecuadamente las situaciones de la vida diaria.
6. Centrar el aprendizaje en estrategias generales, en formas diferentes de actuar, en la que el sujeto aprenda formas más flexibles de actuar y sea más sensibles a las contingencias naturales de su entorno.
7. Diseñar el entrenamiento de forma individualizada, adaptadas a las necesidades reales de la persona.
8. Implicar al sujeto en el entrenamiento de otras personas, de forma que adquieran un papel protagonista durante el entrenamiento.
9. Programar sesiones regulares de apoyo una vez finalizado el entrenamiento.

- **Estrategias centradas en el ambiente real.**

1. Programar tareas para practicar en el ambiente real (*Tareas para casa*).
2. Facilitar el acceso del sujeto a contextos en el que se pueda practicar las habilidades aprendidas.
3. Enseñarles a discriminar contextos y buscar ambientes de apoyo que faciliten y refuercen la ejecución de las nuevas habilidades.
4. Implicar a personas significativas del ambiente familiar (por ejemplo, familiares) para que supervisen, apoyen y refuercen los avances del sujeto.

## 2.8. Eficacia de los programas de entrenamiento en habilidades sociales.

Basándonos en Liberman (1994), podemos resumir de la siguiente manera los resultados obtenidos en las distintas investigaciones en las que se han estudiado los efectos del entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia:

1. Los pacientes con esquizofrenia pueden aprender una amplia variedad de habilidades instrumentales y afiliativas en situaciones específicas de entrenamiento.
2. Se pueden esperar moderadas generalizaciones de las habilidades adquiridas a situaciones exteriores similares a las del entrenamiento, pero la generalización es menor con habilidades de relaciones sociales más complejas.
3. Se potencia la generalización cuando se anima a los pacientes a utilizar las habilidades que han aprendido en las sesiones de entrenamiento en ambientes naturales, y cuando son reforzados por sus compañeros, familiares y cuidadores por usar esas habilidades.
4. Las habilidades son aprendidas con dificultad por los pacientes que tienen sintomatología florida y son altamente distraíbles.
5. Los pacientes informan consistentemente de disminuciones en ansiedad social después del entrenamiento.
6. La duración de las habilidades adquiridas depende de la duración del entrenamiento, y la retención es poco probable que ocurra si el entrenamiento es inferior a 2-3 meses con dos sesiones por semana.
7. El entrenamiento en habilidades sociales cuando se realiza durante 3 meses a un año, y se integra con otros servicios necesarios (por ejemplo, la medicación), reduce las recaídas y mejora el funcionamiento social.

En relación a la generalización de los resultados del entrenamiento, Heinssen, Liberman y Kopelowicz (2000), señalan que la puesta en práctica de las habilidades adquiridas en los contextos naturales se ve favorecida cuando se cambia de escenario o lugar de entrenamiento, el tratamiento se mantiene durante largos períodos de tiempo, se crean oportunidades para utilizar las habilidades dentro del ambiente del paciente y la ejecución de las habilidades es reforzada por agentes externos.



## Psicoeducación de pacientes

### 3.1. Introducción.

La Rehabilitación Psicosocial de personas con enfermedad mental crónica (en adelante EMC) es un proceso de larga duración que pretende ayudar a las personas con incapacidades a incrementar su funcionamiento y a reintegrarse en su comunidad, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas posibles (Anthony, Cohen y Farkas, 1990). La esquizofrenia puede ser una enfermedad severa y crónica, caracterizada por una disminución en la capacidad de introspección y una aceptación pobre del tratamiento. En este sentido, se han desarrollado los abordajes psicoeducacionales para incrementar la percepción consciente por parte del paciente de su enfermedad y del tratamiento. Estas intervenciones psicoeducativas han llegado a formar parte de cualquier programa de rehabilitación por las siguientes razones:

- a) Los descubrimientos sobre la Teoría de la Vulnerabilidad y sus implicaciones, sugieren formas útiles de trabajar en rehabilitación.
- b) La aplicación de modelos educativos sobre la esquizofrenia derivados de las investigaciones de Anderson y Hogarty.
- c) Los modelos actitudinales sobre conocimientos y creencias erróneas.
- d) Las propias investigaciones sobre los efectos del autoconocimiento de la enfermedad y la correcta adhesión al tratamiento.
- e) El fracaso de la farmacoterapia, principalmente con la sintomatología negativa.
- f) La altísima tasa de abandonos de la medicación y prácticas de riesgo de las personas con EMC que propicia idéntica y superior tasa de recaídas.
- g) Los importantes avances en Psicología de la Salud y la superación del

modelo médico tradicional. Estas disciplinas ponen el acento en la participación del individuo en su propio proceso de salud-enfermedad, convirtiéndose éste en agente de su propio proceso terapéutico. Estos nuevos modelos de intervención predicen mejores tasas de recuperación.

El modelo Psicoeducativo de Anderson, Reiss y Hogarty (1986) se apoya en la hipótesis de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977) y plantea fomentar todos aquellos factores *protectores* como la medicación, el apoyo social, las habilidades de comunicación, y, así mismo, disminuir los factores *riesgo* como la alta emoción expresada, el estrés familiar, etc. Proponen un programa altamente estructurado, dirigido tanto al paciente como a las familias, que permite integrar gradualmente al EMC en el medio familiar, social y profesional, y garantizar la continuidad de la atención a ambos. El programa está basado en la hipótesis psicoeducativa, que predice que el mayor conocimiento sobre la enfermedad mental genera una mayor comprensión sobre la misma, un cambio de actitud hacia ella y una mayor adherencia al tratamiento. El contenido del taller se centra en proporcionar información sobre:

- Esquizofrenia: Sintomatología, curso, etc.
- Tratamientos: farmacológicos y psicoterapéuticos.
- Enfermedad y familia: Problemas y necesidades.

En esta misma línea, Falloon, Boyd y McGill (1984) consideran que el conocimiento básico por parte de los pacientes y de sus familiares de los aspectos básicos de la enfermedad (síntomas, etiología, curso y pronóstico) y de su tratamiento (fármacos, efectos principales y secundarios), contribuye al cambio de creencias, actitudes y estrategias de afrontamiento para lograr disminución de estrés, mayor adherencia y prevención de recaídas.

Liberman (1993) desde un enfoque más intervencionista, y siempre apoyándose en la Teoría de la Vulnerabilidad y en la Hipótesis Educativa, según la cual el proporcionar información sobre la enfermedad favorece el desarrollo de actitudes favorables hacia la misma, propone el desarrollo de habilidades específicas para la adherencia al tratamiento, la comunicación eficaz con el sistema sanitario y el conocimiento de la enfermedad. Asimismo, establece a partir de un estudio realizado en 1993, las claves para *superar* la enfermedad mental a partir de los resultados obtenidos sobre los factores predictores de recaídas y favorecedores de la adhesión al tratamiento farmacológico, e introduce dichos elementos conceptuales

en las sesiones psicoeducativas (Lieberman, Wallace, Blackwell, Eckman, Baccaro y Kuehnel, 1993). Estos son los siguientes:

- *El fomento de unas relaciones familiares satisfactorias*: la tensión familiar es un factor predictivo en la recaída, mientras que la educación y el respaldo emocional de la familia disminuye la tasa.
- *Abstinencia de las drogas*: el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América, patrocinador del estudio, informó que la incidencia de consumo continuado de sustancias adictivas entre los pacientes de esquizofrenia, se encontraba en un 47%, muy por encima de la tasa de la población general. Aunque las tres cuartas partes de los participantes en el estudio declararon haber incurrido en el abuso de sustancias adictivas antes del tratamiento, sólo el 17,4% declaró seguir consumiéndolas después de la aparición de la esquizofrenia. Ninguno de los que habían superado la enfermedad habían tomado drogas ilegales el año anterior, y sólo dos, alcohol ocasionalmente.
- *Tiempo sin tratamiento*: la mayor duración de los síntomas antes del tratamiento es directamente proporcional al mayor tiempo necesario para la remisión y a un grado de remisión más bajo. Entre los participantes en el estudio antes citado, sólo el 13 % declaró un retraso de más de un año entre la aparición de los síntomas y el tratamiento.
- *Respuesta inicial*: la mejora de los síntomas al poco de recibir fármacos antipsicóticos predice significativamente los resultados del tratamiento a largo plazo. En el grupo estudiado, el 87 % declaró haber experimentado un control eficaz de los síntomas con su primera medicación.
- *Cumplimiento terapéutico*: el no tomar medicación antipsicótica tal como se ha recetado, dificulta la recuperación tanto a corto como a largo plazo. Todos los participantes en el estudio declararon cumplir con el régimen de atención psiquiátrica y de medicación.
- *Terapia de apoyo*: las relaciones positivas con los psiquiatras y los terapeutas, generan esperanza y son esenciales para la mejoría. Entre los participantes en el estudio, el 91 % declaró recibir psicoterapia continuada y el 78 % declaró que los psiquiatras y terapeutas accesibles y positivos habían contribuido a su recuperación.
- *Capacidades cognitivas*: los factores cognitivos como una memoria activa, la atención sostenida y una percepción visual eficaz, son algunos factores importantes para predecir la recuperación. Entre los participantes, todos mostraban un funcionamiento normal, o casi normal, a la

hora de resolver problemas que requieren un buen funcionamiento de la memoria verbal y de las capacidades perceptivas.

- *Destreza social*: los síntomas negativos y unas malas destrezas interpersonales se asocian con un mayor grado de discapacidad causado por la esquizofrenia. Ninguno de los participantes había mostrado signos negativos graves. Sólo algunos habían tenido síntomas leves.
- *Historia Personal*: algunos de los factores presentes antes de la aparición de la enfermedad y que afectan al tratamiento son, por ejemplo, el nivel académico y el cociente intelectual, la edad en que se ha manifestado la esquizofrenia, la rapidez de la manifestación, el historial de trabajo y las destrezas sociales.
- *Acceso a la atención sanitaria*: el tratamiento continuo, global, adaptado a cada paciente y coordinado es crucial para la recuperación.

Leff (1996) considera que el mero hecho de proporcionar información sobre la enfermedad no produce ningún efecto significativo, sino que el verdadero efecto está en involucrar al paciente y a su familia en el proceso del cambio a través de esta información.

Granado y Hernández (1997) proponen un modelo integrador que incluye las siguientes áreas:

- Información acerca de la enfermedad y la medicación.
- Administración correcta de la medicación.
- Manejo eficaz de los servicios de salud.

Así, los principales objetivos de los programas psicoeducativos para personas con EMC son (Huertas, Peris, Gallach, 1995, 1998):

1. Incrementar el conocimiento de la enfermedad y la conciencia de enfermedad.
2. Incrementar el conocimiento del tratamiento farmacológico: efectos primarios, secundarios e incompatibilidades.
3. Informar de la importancia de la Rehabilitación Psicosocial.
4. Mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y rehabilitador.
5. Prevenir recaídas: crisis y reagudizaciones.
6. Abordar la estigmatización de la enfermedad mental.
7. Mejorar la calidad de vida en lo que se refiere a sintomatología y tratamiento.

## 3.2. Descripción del Programa de Intervención.

### 3.2.1. Módulo sobre relación con los servicios sanitarios.

Gran parte de los pacientes presentan dificultades para establecer el vínculo terapéutico, por lo que en ocasiones, el objetivo primario de cualquier programa de intervención pasará por establecer la relación de confianza y colaboración que apoye al paciente y clarifique las metas de intervención. Desde este módulo se les entrena a utilizar de forma competente los servicios sanitarios. Sin embargo, también es necesario tener en cuenta algunos aspectos relacionados con los propios servicios asistenciales:

- Los profesionales deben dar consignas claras.
- Los servicios sanitarios deben resultar accesibles y próximos, con horarios flexibles y compatibles.
- Los servicios sanitarios deben trabajar en equipos interdisciplinarios superando dificultades ideológicas y teóricas.
- Los servicios deben poder ofrecer respuestas operativas a los problemas vitales de los usuarios.
- Es necesario una formación especializada de los profesionales para garantizar una atención altamente cualificada.

En la tabla 3.1. se ofrecen algunas indicaciones básicas que pueden mejorar la adhesión al tratamiento de nuestros usuarios (Fernández y Santolaya, 2003).

- Dar en primer lugar la información más importante.
- Utilizar frases simples, cortas y sin tecnicismos.
- Decir lo que el paciente debe hacer y cómo debe hacerlo.
- Repetir las instrucciones importantes.
- Proporcionar información escrita.
- La medicación debe adaptarse al estilo de vida del paciente.
- Jerarquizar los objetivos y priorizar metas.
- Fomentar el papel activo del paciente en el tratamiento.
- Reforzar los esfuerzos y los éxitos que vaya consiguiendo.
- Seguimiento exhaustivo de la evolución del paciente.

*Tabla 3.1.: Indicaciones para la mejora de la adherencia al tratamiento.*

### 3.2.2. Módulo informativo sobre la enfermedad.

La psicoeducación consiste en proporcionar información sobre la enfermedad a una persona con alteraciones psiquiátricas con fines terapéuticos y rehabilitadores. También han sido utilizados los términos *educación del paciente*, *enseñanza del paciente* e *instrucción del paciente*, para denominar a esta misma estrategia terapéutica. En general, es un proceso gradual por el cual una persona obtiene conocimiento y comprensión a través del aprendizaje. Este aprendizaje, sin embargo, conlleva más que conocimiento, y puede involucrar procesos cognitivos, psicomotrices y afectivos, implicando además, cambios de comportamiento, destreza o actitud. La educación del paciente puede tomar una variedad de formas dependiendo de los intereses y habilidades del paciente y la familia. Por ejemplo, la educación puede darse en pequeños grupos o discusiones individuales, o mediante el uso de videocintas, carteles o la combinación de éstos. El objetivo de la educación es habilitar al paciente para comprometerle en un cambio de comportamiento respecto de su enfermedad que le permita alcanzar máximos niveles de bienestar. Por otra parte, se ha constatado que el entrenamiento en habilidades de comunicación de información relevante sobre los síntomas y la medicación es altamente beneficioso. Muchos pacientes carecen de habilidades para informar a su psiquiatra de cómo se encuentran, o de los efectos secundarios que la medicación les ocasiona, por lo que el entrenamiento en esas habilidades es altamente recomendable introducirlo en este módulo (Cuevas, Rivas y Perona, 1996).

A continuación presentamos una propuesta de los temas a tratar:

- Visión general de la esquizofrenia: descripción clínica, sintomatología, etiología, curso y pronóstico.
- La vulnerabilidad. Factores de protección y de riesgo. Modelo biopsicosocial.
- Prevención de recaídas. Identificación de pródromos. Afrontamiento a las crisis. Eficacia personal.
- Afrontamiento de síntomas específicos y conductas problemáticas.
  - Alucinaciones.
  - Delirios.
  - Falta de motivación.
  - Ansiedad.
  - Depresión.

- Pensamientos suicidas.
- Agresión y violencia.
- Mejora de la comunicación en casa.
- Programa de Rehabilitación Psicosocial como recurso.
- Asociaciones familiares y de autoayuda.

### 3.2.3. Módulo sobre medicación.

Los problemas fundamentales que suponen los tratamientos farmacológicos para la esquizofrenia en el proceso de rehabilitación son los siguientes: dificultad para tolerar los efectos secundarios, dificultad por parte de los profesionales para explicarles que el tratamiento está contraindicado con el consumo de alcohol y otras drogas, su elevado coste económico, que la familia no esté de acuerdo con la medicación prescrita, etc. (Cañamares y cols, 2001).

Por ello, la adherencia al tratamiento es uno de los aspectos fundamentales que debe incluirse en los programas con el objetivo de conseguir el mantenimiento de la medicación, aumentar la tolerancia y manejar los efectos secundarios. Se sabe que los tratamientos que peor se acoplan con el ritmo de vida del sujeto, están peor planificados y supervisados o que son más complejos o duraderos, son los que tienen menos probabilidades de ser seguidos fielmente (Brannon y Feist, 2001). Y al contrario, el apoyo social y emocional es un factor predictor del cumplimiento de las indicaciones médicas y terapéuticas, mejorando las cifras de cumplimiento en pacientes crónicos que deben seguir tratamientos molestos y revisiones, como es el caso de las personas con EMC.

La información contenida en el módulo se divide en cuatro *áreas de habilidad* (ver tabla 3.2.). Este término alude a bloques de información útil sobre un aspecto concreto de la cooperación activa en el control de la medicación.

Información acerca de la medicación.
Cómo autoadministrársela correctamente.
Identificar los efectos secundarios.
Tratar los temas de la medicación.

Tabla 3.2. Áreas de habilidad

Estas áreas son las siguientes:

*Área de habilidad 1: obtener información acerca de la medicación.* Su objetivo es llegar a entender cómo funcionan los antipsicóticos, por qué se usan, por qué el mantenimiento de la terapia y qué tipo de beneficios se obtienen. Lo más importante es que los pacientes entiendan por qué el tratamiento debe ser mantenido.

*Área de habilidad 2: cómo autoadministrársela correctamente.* El paciente debe aprender a tomar los medicamentos a la hora correcta y en la dosis prescrita. Además deben aprender a evaluar los efectos de la medicación e informar al equipo terapéutico.

*Área de habilidad 3: identificar los efectos secundarios.* Se enseñan los efectos secundarios más comunes. Se ayuda a distinguir entre los leves y los graves. Se sugieren remedios caseros para los menos graves. Se proporciona una lista de los que deben ser comunicados al médico inmediatamente.

*Área de habilidad 4: tratar los temas de la medicación.* Los pacientes aprenden a pedir ayuda cuando tienen problemas con los medicamentos. Aprenden a llamar al hospital o al médico, a contar los síntomas y a comunicarse con efectividad.

Asimismo, cada área de habilidad está dividida en siete *actividades de aprendizaje*. Las actividades de aprendizaje son técnicas para enseñar y aprender el contenido de las áreas de habilidad, por lo que se repiten en cada una de ellas. Estas son las siguientes:

- 1. Introducción al área de habilidad.* Su objetivo es motivar al paciente. Se explican los objetivos del módulo y los beneficios que se alcanzarán cuando se dominen las actividades correspondientes. Se introduce la terminología que se empleará.
- 2. Vídeo, preguntas y respuestas.* Se pasa un vídeo con la demostración de la habilidad de forma correcta. Luego se hacen preguntas para evaluar el grado de atención y comprensión de los participantes.
- 3. Representación o juego de roles.* Se pide al participante que practique las habilidades que acaba de aprender. Es recomendable grabarla en vídeo para luego repasarlo y evaluar las habilidades de comunicación que se habrán enseñado en la primera sesión. Siempre hay que proporcionar *feedback* positivo y hacer sugerencias para mejorar.



4. *Gestión de recursos.* Se hace una serie de preguntas para que los pacientes consideren qué recursos son necesarios para desarrollar una actividad (tiempo, dinero, transporte, material, personas, etc.). También debe discutirse cómo obtener cada uno de los recursos.
5. *Cómo resolver los problemas.* Se trata de enseñar a los participantes a resolver problemas concretos, pero utilizando una estrategia sistemática que permita generalizarla a todo tipo de situaciones. Se entrena en la formulación de problemas concretos, la búsqueda de alternativas, la evaluación de los pros y los contras de cada alternativa y la elección de una que sea apropiada y realista.
6. *Ejercicios en vivo.* Se proporciona la oportunidad a los pacientes de practicar en su entorno natural las habilidades aprendidas, para que puedan ser generalizadas a la vida real. Las habilidades que se practican sólo en el contexto clínico son de escaso valor. Un miembro del equipo o un familiar pueden supervisar el ejercicio en vivo.
7. *Las tareas asignadas.* La meta del programa es que los pacientes puedan funcionar de forma más independiente. En éste último paso el paciente debe desarrollar la habilidad aprendida en su entorno natural.

La metodología de trabajo se compone de:

- Sesiones informativas, principalmente con soporte audiovisual.
- Ejercicios prácticos durante la sesión.
- Ejercicios de simulación y practicas reales.
- Prácticas de resolución de problemas y de eficacia personal.
- Tareas para casa.

La frecuencia de las sesiones y duración puede ser variable, dado que el ritmo de trabajo lo marcan los propios participantes. No obstante, debido al objetivo fundamental de este módulo y su importancia en la prevención de recaídas, se constata la importancia de realizarlo cíclicamente, de modo que nunca pueda llegar a olvidarse la adherencia al tratamiento farmacológico (Gallach, 2000). Es frecuente, que cuando se produce una prolongada mejoría, las personas con EMC confundan este periodo de estabilidad con una recuperación absoluta y esto les lleve al abandono de la medicación.

También es importante realizar este módulo de forma paralela al de intervención familiar, para establecer una adecuada alianza terapéutica que se refuerce en el ámbito doméstico.

Para desarrollar este programa de intervención se necesita:

- Uno o dos monitores, con tiempo suficiente cada semana, dedicado y programado para el entrenamiento.
- Un espacio lo suficientemente grande y libre de distracciones.
- Una pizarra o tablero grande.
- Un reproductor de videocasete, televisor y cámara de video con cinta virgen para grabar el juego de roles.
- El manual del monitor, la cinta de video y copias suficientes del cuaderno.
- Y también: lápiz y papel, un teléfono falso, medicación falsa, servilletas o pañuelos de papel, sillas y mesas para los juegos de roles.

Es recomendable utilizar un formato grupal y el número ideal de participantes es de tres a ocho pacientes y dos monitores (el segundo monitor es deseable, aunque no imprescindible). Un número mayor de pacientes dificulta que todos participen activamente y aumenta el tiempo que se necesita para cada sesión, y un número menor disminuye el poder terapéutico de la estructura grupal (relación interpersonal, modelación mutua y *feedback*).

En general, los grupos serán cerrados, es decir, no se añadirán nuevos miembros una vez haya comenzado el grupo. No obstante, se pueden hacer excepciones, en cuyo caso el nuevo participante precisará de un entrenamiento individual previo a su incorporación, o deberá esperar al siguiente ciclo.

Se debe comenzar con un pequeño repaso de lo aprendido en la sesión anterior y finalizar con un breve resumen de lo tratado ese día. Nunca hay que olvidarse de revisar las tareas que hayan sido asignadas.

La evaluación del progreso se lleva a cabo de tres formas: mediante la observación de la asimilación de la información, de la interacción en el grupo y de la capacidad de llevar a cabo las actividades del módulo; mediante las hojas de evaluación, que deben ser rellenadas por los monitores tras la finalización de cada sesión y mediante la determinación del grado de adhesión al tratamiento.

### **3.3. Problemas más frecuentes en la ejecución de grupos psicoeducativos**

Cuando se inicia un programa psicoeducativo hay que tener en cuenta que los métodos que se utilicen para impartir los conocimientos deben adaptarse a

las características de los enfermos mentales. Para evitar problemas, es recomendable seguir unos principios generales:

- Animar a cada paciente a participar según sus posibilidades.
- Tener expectativas claras y realistas.
- Elogiar cada pequeño logro conseguido.

Los problemas más frecuentes que podemos encontrarnos en la puesta en práctica de estos programas son los siguientes (ver tabla 3.3):

No respetar el formato del grupo
Reticencia a participar en el juego de roles
Dificultades en proporcionar refuerzos adecuados
Incumplimiento de las tareas
Las dificultades presentadas por pacientes muy sintomáticos
Absentismo
Dificultades de comprensión
Distraibilidad
Interrupciones
Pasividad
Las dificultades con los pacientes de mejor nivel de funcionamiento
Dificultad en admitir la necesidad del tratamiento
Problemas relacionados con el abuso de tóxicos
Interferencia de otros problemas

*Tabla 3.3.: Problemas más frecuentes*

Pero veámoslo de un modo más específico:

### **No respetar el formato del grupo.**

Este problema se presenta sobre todo al principio del programa. Los pacientes creen que se trata de un grupo en el que se habla sobre los problemas individuales, y no permiten que se avance con el contenido de la sesión. Para afrontar este problema existen unas estrategias sencillas, como son:

- Recordar el esquema al principio de cada sesión y recordar cada paso del esquema según avance la sesión.
- Reconducir al asunto tratado cuando se desvíe el foco de atención.
- Proporcionar el esquema del grupo por escrito.

No obstante, es imposible evitar que los pacientes hablen sobre sus asuntos en el grupo, por lo que es recomendable reservar un espacio para permitirles hacerlo (por ejemplo la pausa para el café o un espacio aparte).

### **Reticencia a participar en el juego de roles.**

Es normal que al principio los pacientes (y los monitores novatos) sean reticentes a participar en las representaciones, y es conveniente tratar con naturalidad los problemas de timidez. La mayoría de los pacientes participarán pronto en los juegos de roles si el ambiente del grupo es cálido y no crítico, pero algunos de ellos pueden tener problemas mayores con esta actividad. En estos casos podría ayudar:

- Permitir que al principio los pacientes con mayores dificultades sólo observen y den *feedback* a otros.
- Comenzar con un juego de roles sencillo y corto.
- Ir aumentando la dificultad progresivamente.

### **Dificultades en proporcionar refuerzos adecuados.**

Para que todas las actividades se lleven a cabo correctamente, es necesario que el paciente no se sienta nunca juzgado ni ridiculizado. El enfermo mental crónico ya tiene suficientes experiencias negativas fuera del grupo como para acumular más dentro de él. A todos nos gustan los comentarios elogiosos sobre nuestras habilidades y cualidades, y nos estimulan a utilizarlas más. Esto constituye lo que se llama refuerzo positivo en la terapia de conducta, y es un instrumento fundamental en los grupos psicoeducativos. Para mantener los refuerzos adecuados durante las sesiones pueden ser de ayuda ciertas estrategias:

- Servir de modelo, y no olvidar elogiar cada logro de los pacientes por pequeño que éste sea.
- Guiar a los demás participantes preguntando sobre asuntos concretos.
- Proporcionar información escrita.
- Si ya se ha producido la crítica puede intentarse transformarla en un comentario constructivo.
- A veces es imprescindible impedir enérgicamente algunos comentarios.

### **Incumplimiento de las tareas.**

Es muy habitual la reticencia a realizar las tareas. Para intentar evitar este problema es útil:

- Empezar por tareas simples y adecuadas a cada individuo, de manera que la tarea sea siempre factible para él.
- Practicar las técnicas de resolución de problemas para solucionar las dificultades concretas que han impedido que se hagan las tareas.
- Pedir ayuda a otras personas (equipo o familiares).
- Ser constante en asignarlas y revisarlas.
- Darlas por escrito.
- Especificar el plan para llevarlas a cabo.

### **Las dificultades presentadas por pacientes muy sintomáticos:**

Algunos pacientes tienen más problemas para participar en el grupo y aprender la información que se pretende enseñar. En este sentido, conviene seguir unos principios generales:

- Mantener una comunicación concisa y adecuada al objetivo concreto.
- Ser consistente y mantener la estructura del grupo a la misma hora y lugar.
- Elogiar el esfuerzo y cada pequeño avance hacia la mejoría.
- Enseñar y repasar las habilidades básicas frecuentemente.
- Aunque se sigan estos principios, algunos problemas son frecuentes en los grupos psicoeducativos, y particularmente con los pacientes más sintomáticos.

### **Absentismo:**

Estrategias que mejoran la asistencia al grupo:

- Favorecer la asistencia con una actitud cálida y entusiasta (es muy importante la actitud del monitor).
- Establecer objetivos pequeños.
- Utilizar refuerzos como elogios, comida, recompensas.
- Solicitar la ayuda de otros miembros del equipo o de familiares.

- Tratar de identificar los motivos del absentismo.
- Insistir reiteradamente al paciente para que acuda.

### **Dificultades de comprensión**

Algunos participantes pueden tener síntomas o problemas cognitivos que dificulten la asimilación del material. Es importante evitar que ningún participante se vaya quedando rezagado y en una actitud progresivamente más pasiva. Para ello son útiles las siguientes estrategias:

- Evitar sesiones sean excesivamente largas.
- Comprobar con frecuencia si los participantes han comprendido el material presentado.
- Simplificar el lenguaje y las instrucciones al máximo.
- Dar a todos los pacientes oportunidad de observar y practicar las habilidades.

### **Distraibilidad**

Existen unas técnicas que ayudan a mantener la atención:

- Evitar distracciones externas en la medida de lo posible.
- No dar explicaciones largas.
- Utilizar ejemplos y juegos de roles para ilustrar los asuntos tratados.
- Recordar cuanto sea preciso el asunto tratado.
- Diseñar juegos de roles parecidos a situaciones reales.
- Utilizar un tono de voz adecuado, agradable y suficientemente elevado.
- Asignar tareas también a los espectadores en los juegos de roles.

### **Interrupciones**

Los pacientes más sintomáticos pueden interrumpir constantemente el grupo con comentarios o conductas inapropiadas, hasta el punto de impedir el transcurso del mismo. En estos casos puede ayudar:

- Recordar la seguridad del entorno del grupo.
- Reconducir suave pero firmemente hacia el asunto tratado.

- Cuando sea apropiado, relacionar el asunto tratado con el síntoma causante de la interrupción.
- Sugerir tratar los problemas individuales después de la sesión.
- Enseñar habilidades para controlar los síntomas.

En ocasiones puede ser imposible que un paciente permanezca en el grupo. En esta situación es necesario conminarle amable y firmemente a que abandone el local, invitándole siempre a regresar cuando esté en condiciones de hacerlo.

### **Pasividad**

Algunos pacientes se muestran pasivos y tienen dificultad para participar en las actividades del grupo. Es recomendable:

- Comprender que es una consecuencia de la enfermedad, no una crítica personal.
- Abordarlo de forma empática.
- No atosigar.
- No intentar interpretar unilateralmente el motivo de la pasividad.

### **Las dificultades con los pacientes de mejor nivel de funcionamiento**

Paradójicamente, el tener un mayor nivel de funcionamiento puede ser un obstáculo para que un paciente se beneficie de un grupo psicoeducativo. Con este grupo de pacientes conviene seguir unos principios generales:

- Relacionar la asistencia al grupo con la consecución de objetivos concretos.
- Elegir juegos de roles y tareas más complejas.
- Permitirles servir como modelo para el resto del grupo.

### **Dificultad en admitir la necesidad del tratamiento**

Incluso con una adecuada conciencia de enfermedad estos pacientes pueden aducir que el contenido de los grupos es demasiado simple y no aceptar participar en ellos. Es aconsejable:

- Evitar la confrontación.
- Concentrarse en los objetivos.

- Buscar paralelismos entre el entrenamiento en habilidades sociales y otro tipo de aprendizajes.
- Elogiar su capacidad para servir de modelos para pacientes más disfuncionales.

### **Problemas relacionados con el abuso de tóxicos**

Entre los enfermos mentales es frecuente el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas ilegales que pueden distorsionar gravemente el funcionamiento del paciente en el grupo. Esto ha provocado que los enfermos mentales, que además son consumidores de drogas, hayan sido excluidos de multitud de programas de rehabilitación. No obstante, el consumo de drogas es un aspecto más de la enfermedad mental y no debe ser tratado de forma moralizante ni punitiva. El consumo continuado de drogas dentro o fuera del grupo, realmente pone a prueba la capacidad del equipo terapéutico de resolver problemas. Para afrontar este problema podemos seguir los siguientes principios:

- Tener en cuenta que el proceso de recuperación tiene varias fases, determinar en cuál de ellas se encuentra el paciente e intentar ayudarlo a progresar de una a otra.
- Evitar confrontaciones.
- Favorecer un ambiente protector.
- Enseñar técnicas efectivas para afrontar situaciones relacionadas con el consumo de tóxicos.

### **Interferencia de otros problemas**

Los problemas familiares, sociales, económicos, legales y de salud provocan que se desvíe el interés por los temas tratados en el grupo. Estrategias para intentar evitarlo:

- Coordinación con otros centros o profesionales.
- Establecer una persona de contacto.
- Buscar apoyos entre la familia y los amigos.

## **3.4. Investigación sobre la eficacia**

Las investigaciones han tratado de clarificar los efectos de las inter-



venciones psicoeducativas sobre la adherencia al tratamiento y el curso de la enfermedad, aunque no son muchos los estudios controlados. Se han obtenido las siguientes evidencias:

- Los programas psicoeducativos reducen la tasa de reincidencias y reingresos (Pekkala y Merinder, 2000).
- Mejoran el funcionamiento psicosocial (Pekkala y Merinder, 2000).
- Se ha encontrado una correlación positiva entre la transmisión de información y la adherencia al tratamiento (Hornung, Franzen, Lemke, Wiesemann y Buchkremer, 1993), no importa si esta información es verbal o escrita, y si se ofrece o no información escrita adicional, en cualquier caso, la información mejora la adherencia al tratamiento (Brown, Wrigth y Christensen, 1987).
- También se han observado cambios en la sintomatología negativa, pero no en la positiva (Goldman y Quinn, 1988).
- Mejora la comunicación del paciente con el médico (Dow, Verdi y Sacco, 1991).

La evidencia a partir de los estudios sugiere que los abordajes psicoeducacionales son de utilidad como parte del programa integrado de tratamiento para personas con esquizofrenia y enfermedades relacionadas (García Olmos, Mellizo Cuadrado, Basurte Villamar, Jarne García, González Mellizo, 2003).

En general, estos programas contribuyen a mejorar la autoestima y a clarificar expectativas del paciente ante su enfermedad, a reducir sus miedos frente a los efectos secundarios de la medicación y promueven estilos de vida más saludables (Cuevas, Rivas y Perona, 1996).

### 3.5. Conclusiones

Los programas psicoeducativos para la esquizofrenia, desde la perspectiva de la intervención comunitaria, supera el papel clásico de la relación médico-enfermo, y el individuo con EMC se convierte en agente activo y copartícipe de su propio proceso de rehabilitación. Se trata de afrontar el problema de un modo coordinado entre el sujeto, su familia y los profesionales de la salud mental para desarrollar nuevas competencias de afrontamiento, luchar contra antiguas creencias relativas a la *incurabilidad* y alcanzar una calidad de vida satisfactoria. Son, por otro lado, intervenciones poco costosas, haciéndose atractivas para usuarios, profesionales, administradores y legisladores.



## Estrategias de manejo del estrés

### 4.1. Introducción

Una de las dificultades más importantes que presentan las personas que padecen un trastorno psicótico es el estrés que sufren a lo largo de sus vidas. Está bien documentado en la literatura científica, que el inicio de este trastorno suele coincidir con acontecimientos estresantes que desbordan las capacidades de afrontamiento de estas personas (por ejemplo, Morrison, Frame, Larkin, 2003). Pero desgraciadamente, a lo largo del curso del trastorno, siguen experimentando situaciones igualmente estresantes que tienen que ver con el malestar ocasionado por los mismos síntomas psicóticos positivos y negativos (por ejemplo, Norman y Malla, 1994), y con los ingresos hospitalarios, que son vividos por ellos como auténticos trastornos de estrés postraumáticos (por ejemplo, Lundy, 1992).

No obstante, lo más difícil probablemente sea el estrés de cada día. Esto es, las personas con psicosis, suelen ser muy vulnerables a los acontecimientos cotidianos, como por ejemplo, las relaciones sociales y familiares, los compromisos, las realización de tareas, la actividad ocupacional y laboral, etc. Estas situaciones, si bien, pueden ser poco intensas, ellos las valoran como difíciles y muy angustiantes, y además, no se sienten capaces de afrontarlas.

Lo anterior nos lleva a destacar dos conceptos muy importantes a tener en cuenta en el abordaje de la psicosis, uno es el concepto de estrés y el otro el de afrontamiento. Aunque el estrés, según los autores, se ha considerado como estímulo o como respuesta (ver Labrador, 1992), actualmente, la visión más ampliamente aceptada (aunque esto no quiere decir también que no haya recibido críticas, ver Galán Rodríguez y Perona Garcelán, 2001) es la formulada inicialmente por Lazarus y Folkman (1986).

Desde esta perspectiva ambos conceptos están muy estrechamente vinculados. El afrontamiento se define como *aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo* (Lazarus y Folkman, 1986, página 164). Estos autores han formulado un modelo transaccional del estrés y del afrontamiento, en el que se destaca la relación bidireccional entre la persona y su ambiente. El presupuesto principal de este modelo es que un evento no es estresante por sí mismo, sino que su importancia está determinada por el significado que el individuo le atribuye a partir de procesos cognitivos de valoración. En este sentido, distinguen dos tipos de valoraciones: la primaria, que tiene que ver con la evaluación que hace el sujeto del evento, y la secundaria, que tiene que ver con la evaluación que hace de sus recursos para afrontar ese evento, en el caso que sea considerado como amenazante o peligroso.

Una característica de esta concepción del estrés y del afrontamiento es que son procesos muy relacionados con los contextos donde aparece el problema. Desde esta perspectiva, el afrontamiento, por ejemplo, no es un rasgo, sino más bien un estado constantemente cambiante que evoluciona según las demandas actuales de la relación del individuo con su ambiente o consigo mismo, especialmente cuando el objetivo de las actuaciones son los propios síntomas psicóticos o los trastornos cognitivos básicos ocasionados por la enfermedad.

Lazarus y Folkman (1986) destacan dos funciones básicas del afrontamiento que permiten establecer una clasificación de las estrategias en dos grupos: a) *afrontamiento dirigido al problema*, que se refiere a aquellos comportamientos orientados a manipular o alterar el problema; y b) *afrontamiento dirigido a la emoción*, que recoge aquellos comportamientos cuya función es la de regular la respuesta emocional a que el problema da lugar.

Si bien la teoría de Lazarus y Folkman no se diseñó específicamente para ser aplicada en psicosis, hay algunos estudios realizados en este ámbito. Concretamente, en las investigaciones con sujetos con este diagnóstico, se ha empleado esta taxonomía en varios trabajos en relación con el afrontamiento de los trastornos cognitivos básicos (por ejemplo, Brenner, Böker, Müller, Spichtig y Würigler, 1987) y de los síntomas psicóticos y el estrés (por ejemplo, Middelboe y Mortensen, 1997).

En este contexto de trabajo, la denominación utilizada ha variado ligeramente, usándose las expresiones *esfuerzos compensatorios orientados a la resolución de problemas* y *esfuerzos compensatorios no orientados a la resolución de problemas* para referirse a las categorías propuestas por Lazarus y Folkman (1986) de afrontamiento

dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción respectivamente. En este sentido, el primer concepto ha sido definido por Brenner, Böker y cols. (1987) como *esfuerzos autoprotectores conscientes y directamente dirigidos a enfrentarse con la fuente del trastorno*; y el segundo como *esfuerzos conscientes para negar, aislarse o alejarse, y en general, evitar las consecuencias emocionales del trastorno*.

Por otro lado, el otro gran marco teórico en el que se ha apoyado la investigación y la intervención en psicosis es el modelo de Vulnerabilidad-Estrés de Zubin y Spring (1977) y Nuechterlein y Dawson (1984). Este modelo defiende la hipótesis de que todo individuo con un trastorno psicótico está predispuesto, o es vulnerable, a padecer crisis cuando entra en contacto con situaciones estresantes que le desbordan y que hacen, por tanto, que la sintomatología psicótica aflore. Pero también se afirma desde este modelo, que el individuo vulnerable no está indefenso ante las agresiones del entorno, postulándose la existencia de una serie de variables protectoras que evitarían que el sujeto pudiera tener una recaída. Entre estas variables se encuentran los protectores biológicos como por ejemplo, la medicación antipsicótica, los sociales como las redes de apoyo social, y los personales como son en general las habilidades del sujeto para adaptarse a su medio (habilidades sociales, laborales, asertivas, instrumentales, etc.).

Por tanto, la idoneidad de este modelo está en proporcionar al profesional una conceptualización integral del trastorno psicótico en el que se compatibilizan perfectamente las perspectivas biológica, psicológica y social. Pero además, permite hacer predicciones sobre qué estrategias pueden ser adecuadas desde este ámbito.

En este contexto se enmarca una de las estrategias utilizadas en el abordaje de la psicosis y que vamos a desarrollar en este capítulo. Esta tiene que ver con entrenar a estas personas a poner en práctica una serie de conductas de afrontamiento cuya finalidad a corto plazo es la reducción del estrés cotidiano y, a medio y largo plazo, la reducción de recaídas y facilitar que la persona se integre en su entorno social y familiar inmediato.

## **4.2. Programa de entrenamiento.**

El programa de entrenamiento en estrategias de afrontamiento o de manejo del estrés para pacientes psicóticos puede llevarse a cabo individualmente o en formato grupal. Es deseable el segundo tipo de formato pues presenta una serie de ventajas que solo son posibles de este modo: la primera ventaja se deriva de la naturaleza educativa de este tipo de terapia y del hecho de que las instrucciones e indicaciones del terapeuta son más fácilmente explicadas a los pacientes con este

tipo de formato. La segunda ventaja es que el formato grupal facilita en intercambio de experiencias y permite al terapeuta un mayor acercamiento a los paciente a partir del apoyo ofrecido por otros pacientes a través de comentarios y sugerencias de éstos. Por último, muchas de las estrategias de afrontamiento requieren de técnicas conductuales como el ensayo de conducta, el modelado, etc. para ser aprendidas eficazmente, y evidentemente, el formato grupal es ideal para ello.

Desde nuestro punto de vista, estas terapias pueden aplicarse en cualquier contexto institucional, sea público o privado, pero especialmente su realización es más idónea en un centro de salud mental y en un centro de día de las unidades de rehabilitación, debido a la facilidad de acceso de los pacientes a dichos recursos y también porque se pueden establecer sesiones frecuentes y de mayor duración según las necesidades del momento.

Es recomendable una o dos sesiones semanales, de una hora u hora y media de duración. El número total de sesiones y la duración del programa en el tiempo, puede ser variable, en función de las características del grupo. Normalmente el entrenamiento en el manejo del estrés con personas con psicosis suele ser más prologado que con otras patologías, debido a que requieren un mayor e intensivo número de sesiones, para que comprendan la *lógica y sentido* del uso de determinadas estrategias de afrontamiento y para que automaticen lo aprendido en el entrenamiento. Además, no debemos olvidar que las personas con este trastorno, suelen necesitar un seguimiento más amplio y sesiones de recuerdo frecuentes, especialmente en situaciones de crisis.

Por otro lado, para la aplicación del programa, se requiere el uso de apoyos materiales, como vídeo, folletos explicativos, pizarras, etc. Si bien la dinámica del grupo es muy pedagógica, es conveniente que el terapeuta tenga un conocimiento y experiencia en el manejo de grupos que facilite la adherencia de los pacientes al programa y se convierta transitoriamente un punto de apoyo social. Por último, hemos de puntualizar que para la puesta en práctica de este tipo de intervenciones no debemos perder una visión práctica y realista, es decir, debemos procurar en todo momento que estén ajustadas a sus necesidades reales y a sus características culturales.

#### **4.2.1. Objetivos del programa.**

Los objetivos de este tipo de intervenciones son los siguientes:

- Capacitar al paciente en el manejo de la ansiedad y de un mayor control emocional.

- Mejorar la capacidad de afrontamiento tanto de aquellas situaciones que tienen que ver con el estrés provocado por los síntomas, así como con situaciones de la vida diaria y eventos vitales.
- Mejorar sus habilidades de resolución de problemas.
- Mejorar el uso del tiempo libre y la realización de actividades gratificantes.

#### 4.2.2. Módulos.

El programa que presentamos a continuación es una adaptación de los llevados a cabo por Hodel, Brenner, Merlo y Teubel (1998) y Norman, Malla, McLean, McIntosh, Neufeld, Panth y Cortese (2002), que son los únicos que hasta la fecha han sido validados empíricamente y con resultados positivos sobre su eficacia.

La intervención está formada por dos grandes módulos de entrenamiento. Con el primero se pretende enseñar a los participantes del grupo estrategias y herramientas básicas para afrontar el estrés, y con el segundo, se trata de aplicar esas estrategias y herramientas a todas aquellas situaciones estresantes más frecuentes que sufren estas personas.

Los módulos son los siguientes (Tabla 4.1):

Técnicas de desactivación fisiológica.
Reestructuración cognitiva.
Resolución de problemas.
Afrontamiento del estrés relacionado con la medicación.
Afrontamiento de los síntomas.
Fomentar la práctica del ejercicio físico y hábito de sueño adecuados.
Fomentar hábitos de alimentación sanos y su relación con el estrés.
Administración del dinero.
Administración del tiempo.
Resolución de problemas personales.
Resolución de problemas y su aplicación al desarrollo y mantenimiento de amistades.
Afrontamiento del estigma de la enfermedad mental.
Afrontamiento de las relaciones interpersonales.

Tabla 4.1. Módulo de Apendizaje

Pero veámoslo de un modo más específico:

## Módulo 1: Aprendizaje de estrategias de afrontamiento (ver tabla 4.1.).

### 1. Técnicas de desactivación fisiológica.

- *Relajación Progresiva de Jacobson*. El objetivo es que aprendan a diferenciar entre estados de tensión y relajación para que puedan cortar activamente la contracción muscular, generando una respuesta de relajación.
- *Técnicas de respiración*. Es otra técnica de desactivación fisiológica, siendo una vía de acceso rápido y eficaz para conseguir una respuesta del sistema parasimpático, que disminuya la respuesta de activación y propicie, a nivel psicofisiológico, un efecto de mayor tranquilidad y control (para una descripción de tallada de ambos procedimientos léase Davis, McKay y Eshelman, 1985).

Para conseguir un mayor beneficio con estas técnicas es necesario su práctica diaria y un seguimiento mediante autorregistros. Se puede llevar a cabo de dos formas:

1. Una con el objetivo de disminuir la tensión en situaciones puntuales en las que se padecen niveles de ansiedad medios y bajos, siendo poco efectivas en situaciones con niveles altos o muy altos de ansiedad.
2. La otra forma, y con la que se obtienen mejores resultados, es cuando se hace con una función preventiva. Esto es, cuando se realiza de forma continua, todos los días, para conseguir mantener unos niveles bajos de ansiedad, y un estado de relajación y tranquilidad prolongados.

### 2. Reestructuración cognitiva.

El objetivo es enseñar a los pacientes a modificar la valoración primaria y secundaria de los eventos y situaciones estresantes que padece el sujeto, influyendo necesariamente en la disminución del malestar emocional e incrementado el bienestar psicológico de la persona. El procedimiento es el mismo que el utilizado en otras patologías, que básicamente se resumen en los siguientes pasos:

- Entrenar al paciente en distinguir entre situación estresante, creencias sobre la situación y sobre su capacidad para afrontarla y la emoción resultante de esa valoración.
- Enseñar al paciente a detectar esas valoraciones en cada una de las situaciones en las que se siente estresado.
- Enseñarle a debatir esos pensamientos y valoraciones disfuncionales.
- Enseñarle a plantear pensamientos alternativos más funcionales y ajustados a la situación.



- Aplicación de las nuevas formas de conceptualizar las situaciones estresantes a nuevas situaciones que puedan aparecer en el futuro.

### 3. Resolución de problemas.

El objetivo de esta técnica es enseñar al paciente una forma sistemática y estructurada de resolver problemas y analizar situaciones conflictivas y generar alternativas de respuesta eficaces. Los pasos a seguir para poner en práctica esta técnica son:

- Definir el problema de forma operativa.
- Plantear la mayor cantidad posible de alternativas de solución.
- Valoración de cada una de esas alternativas, teniendo en cuenta sus ventajas e inconvenientes.
- Selección de la alternativa que se considera más adecuada ante el problema en cuestión.
- Ponerla en práctica y valorar sus resultados.

Una vez que se han enseñado al paciente esas estrategias de afrontamiento, se pone en marcha el segundo módulo del programa, que consiste en practicar esas técnicas aprendidas en el módulo anterior en situaciones de estrés que tienen que ver con los siguientes temas:

#### **Afrontamiento del estrés relacionado con la medicación.**

- Se practica el informar sobre los problemas, dudas y preocupaciones sobre la toma de la medicación; se enseñan estrategias para afrontar las presiones de otras personas para no tomar o abandonar la medicación, etc.
- Se practica las habilidades necesarias para explicar a otros la enfermedad y el tratamiento que está tomando.

#### **Afrontamiento de los síntomas.**

- Se practica el reconocimiento de síntomas y el informar sobre el incremento de los mismos.
- Se enseña a reconocer y evitar situaciones que disparen o agraven los síntomas.
- Se ponen en práctica estrategias de afrontamiento para su reducción (por ejemplo, distracción, focalización, pruebas de realidad, etc.).

### **Fomentar la práctica del ejercicio físico y hábito de sueño adecuados.**

- Información sobre la importancia de la práctica de hábitos de sueño y ejercicio físico adecuados para conseguir un buen estado de salud.
- Estrategias para fomentar buenos hábitos de sueño y para afrontar los problemas de insomnio.
- Programación de actividades deportivas y ejercicio físico.

### **Fomentar hábitos de alimentación sanos y su relación con el estrés.**

- Reconocer que los hábitos de alimentación y bebida pueden influir en la habilidad para afrontar el estrés.
- Identificación de hábitos de alimentación y consumo de bebidas no saludables.
- Estrategias para mejorar los hábitos de alimentación y consumo de bebidas.

### **Administración del dinero.**

- Identificación de los problemas para realizar un presupuesto de gastos y desarrollo de un presupuesto por escrito.
- Identificación de prioridades para la realización de un presupuesto y estrategias para reducir el gasto.

### **Administración del tiempo.**

- Identificación de la forma de administrar el tiempo de cada miembro del grupo e identificar metas y prioridades.
- Mantenimiento de un registro de actividades.
- Hacer un valoración del buen uso de la administración del tiempo y recompensarse por los objetivos alcanzados.

### **Resolución de problemas personales.**

- Reconocer que determinadas formas de plantearse las cosas puede interferir en un afrontamiento efectivo y en la resolución de problemas.
- Aplicar la estrategia de resolución de problemas a ejemplos concretos.

### **Resolución de problemas y su aplicación al desarrollo y mantenimiento de amistades.**

- Identificación y práctica de estrategias para hacer y mantener amigos.

- Estrategias para afrontar los malos entendidos y desacuerdos interpersonales.

#### **Afrontamiento del estigma de la enfermedad mental.**

- Reconocimiento de la importancia de la propia apariencia y comportamiento para crear una buena impresión en los demás.
- Mantenimiento de una apariencia limpia y presentable, y aprender a comportarse de una manera socialmente aceptable.

#### **Afrontamiento de las relaciones interpersonales.**

- Aprender a reconocer cuando y cómo hablar con otros sobre la propia enfermedad y otras circunstancias personales.
- Responder al desacuerdo interpersonal de forma apropiada y con el mínimo estrés.

Para finalizar la intervención es conveniente dedicar la última sesión a revisar lo aprendido durante los meses de entrenamiento, planificar el seguimiento y finalizar formalmente del programa. Para ello se hace:

- Una revisión de lo aprendido en el programa poniendo especial énfasis en aquellos temas que hayan sido más relevantes para los miembros del grupo.
- Acordar sesiones individuales de seguimiento.
- Realización de una actividad de despedida que ponga final al programa.

#### **4.2.3. Estructura de las sesiones.**

Cada sesión comienza con la revisión de las tareas para casa. Si un miembro del grupo las ha realizado con éxito se le refuerza, si no, se analizan los problemas y dificultades que haya tenido y se vuelve a proponer una nueva tarea entre sesiones con ayuda de un coterapeuta para asegurar su práctica y éxito.

A continuación se practica de 20 a 25 minutos de relajación y se comentan los efectos y dificultades que se haya tenido durante el ejercicio y su práctica en casa.

Después de la relajación se introduce un tema a debatir. A través del debate del tema propuesto, el terapeuta proporciona información útil y se discuten las dificultades y estresores relacionados con ese tema, se comentan las experiencias de cada uno y se plantean formas de afrontarlas.

Después de un pequeño descanso, se practican mediante ensayo de conducta las estrategias de afrontamiento propuestas y se ofrece *feedback* correctivo y se diseñan tareas para casa.

### 4.3. Conclusiones.

La intervención que hemos descrito en este capítulo se puede incluir como una intervención más dentro del paquete de tratamientos que hasta la fecha se están aplicados en personas con un trastorno psicótico. Hay que tener en cuenta que este tipo de programas son un complemento dentro del marco general de intervenciones y nunca debería aplicarse de forma aislada.

Su utilidad fundamental es proporcionar al paciente herramientas útiles para la disminución del estrés, mejorar el bienestar de la persona y facilitar su ajuste a su entorno social y, por qué no, facilitar y propiciar que el paciente esté más relajado y abierto a aceptar otras intervenciones que le pueden beneficiar.

Aunque los programas de manejo del estrés han sido muy utilizados en personas con otras patologías y se ha podido evaluar su efectividad sistemáticamente (por ejemplo, Johnston, 1991), no ocurre lo mismo en el caso de la esquizofrenia. Son escasos los estudios realizados hasta la fecha, sin embargo, podemos concluir de los resultados de las investigaciones realizadas lo siguiente:

1. Los pacientes con psicosis pueden aprender técnicas de relajación y de resolución de problemas (por ejemplo, Starkey, Deleone y Flannery, 1995, Bellack, Morrison, y Mueser, 1989). A pesar de la creencia existente durante mucho tiempo de que no era recomendable utilizar la relajación en personas con psicosis (por ejemplo, Woolfolk y Lehrer, 1984), tanto la investigación como la experiencia clínica demuestra que es un recurso útil para combatir el estrés en esta población. Tal vez, y como recomiendan Cañamares, Castejón, Florit, González, Hernández y Rodríguez (2001), haya que tomar algunas precauciones cuando algunos integrantes del grupo puedan tener alguna limitación psicomotriz, como por ejemplo, permitir tener los ojos abierto, limitar el tiempo de relajación, realizar técnicas abreviadas, centrarse en determinados grupos de músculos al principio sin tener que llegar a una relajación profunda, etc. Respecto a las técnicas de resolución de problemas también pueden existir algunas dificultades. Como demuestra nuestra experiencia clínica y además está bien documentado en la literatura científica, las personas con esquizofrenia, tienen dificultades en el procesamiento de

la información durante la realización de tareas de razonamiento probabilístico. Concretamente, el déficit que se ha demostrado, es que presentan más dificultades que los controles en la búsqueda de alternativas a la hora de resolver un problema, pero si se les ayuda, pueden realizar la tarea como cualquier otra persona (Garety y Freeman, 1999).

2. Los pacientes psicóticos de forma espontánea son capaces de poner en práctica estrategias de afrontamiento dirigidas tanto a los síntomas, como a sus dificultades en el procesamiento cognitivo y el estrés (Perona Garcelán y Galán Rodríguez, 2001).
3. Los resultados de los estudios controlados han demostrado que los programas de manejo del estrés consiguen fundamentalmente reducir las recaídas y número de hospitalizaciones (Hodel, Brenner, Merlo y Teuber, 1998; Norman y cols., 2002), mejoran el funcionamiento cognitivo (Hodel, Brenner y cols., 1998) e incrementan sus estrategias de afrontamiento dirigidos a los problemas (Andrés, Ptammatter, Garst, Teschner, Brenner, 2000), así como las habilidades de afrontamiento en general y disminuyen los síntomas positivos (Lecomte, Cyr, Lesage, Wilde, Leclerc, y Ricard, 1999).

Por último, hay que destacar que el perfil de usuarios de estos programas son fundamentalmente personas que padecen un trastorno esquizofrénico, compensados o con sintomatología psicótica residual moderada o leve, con un apoyo familiar y que están integrados dentro de un programa de tratamiento rehabilitador y psicoterapéutico.



## Tratamiento psicológico de los síntomas positivos de la esquizofrenia.

Desde hace pocos años se está empezando a aplicar terapias de corte cognitivo-conductual para el abordaje de los síntomas positivos de la esquizofrenia, especialmente de los delirios y de las alucinaciones. Este desarrollo ha surgido principalmente en la última década del siglo XX, en la que psicólogos clínicos y psiquiatras, principalmente británicos, han adaptado toda la tecnología psicoterapéutica de autores como Beck y Ellis al trabajo con personas que padecen un trastorno psicótico. No obstante el mérito de estos autores no ha sido únicamente en adaptar y aplicar dicha tecnología a estas patologías, sino también el haber desarrollado intensos programas de investigación que han permitido, por un lado perfeccionar y enriquecer estas terapias con aportaciones de la investigación básica del estudio de los síntomas psicóticos, y por otro, el desarrollar durante esos años estudios controlados para demostrar su eficacia.

En este capítulo vamos a hacer, en primer lugar, una descripción de las principales aportaciones teóricas de estos últimos años a la investigación de las alucinaciones y de los delirios, para pasar en segundo lugar, a presentar al lector, las estrategias terapéuticas aplicadas a estos tipos de síntomas.

### 5.1. Teorías de las alucinaciones.

Las alucinaciones pueden definirse como un tipo de experiencia perceptiva que ocurre en ausencia de un estímulo apropiado, que tiene la fuerza y el impacto de una percepción actual, y no es sensible al control directo y voluntario de la persona que la experimenta (Slade y Bentall, 1988).

Las alucinaciones, y en concreto, las auditivas, han sido descritas en una gran variedad de trastornos psiquiátricos. Romme y Escher (1996), por ejemplo,

realizaron un estudio en una amplia muestra de pacientes psiquiátricos holandeses e informaron que las alucinaciones auditivas se presentaban en el 53% de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia, en el 28% de los trastornos afectivos, en el 80% de los disociativos y en el 13% de los trastornos de personalidad. No obstante, las alucinaciones no están específicamente vinculadas a personas con una patología psiquiátrica. Hay investigaciones que demuestran que pueden aparecer en la población general, especialmente si concurren circunstancias especialmente estresantes. Johns, Nazroo, Bebbington y Kuipers (2002), por ejemplo, encontraron en una muestra de sujetos de Inglaterra y Gales, que el 4 % de los mismos habían tenido alguna vez alucinaciones, pero sólo el 25 % cumplían los criterios para ser diagnosticados de psicosis. Para muchas de estas personas *normales*, estas experiencias pueden ser concebidas, incluso, como dones espirituales en el seno de su entorno cultural o grupo de referencia.

No obstante, tradicionalmente se las ha considerado un síntoma asociado a la esquizofrenia. Schneider las incluyó como un síntoma de primer rango de este trastorno si se demostraba la ausencia de patología cerebral. De hecho, en un estudio financiado por la OMS, las alucinaciones auditivas era el segundo síntoma más frecuente en el diagnóstico de esquizofrenia (presente en el 74% de los casos) después de la carencia de *insight* (presente en el 97% de los casos) (Sartorius, Shapiro y Jablensky, 1974).

Sin embargo, al ser consideradas como un síntoma dentro de un trastorno más general, no se han desarrollado, hasta hace poco tiempo, modelos y teorías específicas sobre las alucinaciones como fenómeno psicológico por su propio derecho e independientemente de otros síntomas psicóticos.

La mayoría de los autores que han investigado las alucinaciones auditivas verbales, han explicado este fenómeno partiendo de la hipótesis de que son eventos cognitivos internos que son erróneamente atribuidos a fuentes externas (por ejemplo, Slade y Bentall, 1988; Frith, 1992). Esta hipótesis se basa en el hallazgo de que las alucinaciones suelen aparecer acompañadas de subvocalizaciones o movimientos encubiertos de la musculatura que intervienen en el habla (por ejemplo, Inouye y Shimizu, 1970). Si las alucinaciones auditivas son algún tipo de habla interna que es erróneamente atribuida a una fuente externa, esto explicaría el hallazgo de por qué las tareas verbales que bloquean las subvocalizaciones, también inhiben la ocurrencia de las alucinaciones auditivas (por ejemplo, Margo, Hemsley y Slade, 1981). Sin embargo, si bien hay un cierto consenso sobre la unión entre eventos mentales internos y alucinaciones auditivas, no está claro qué mecanismos están involucrados en el desarrollo y mantenimiento de esa atribución errónea acerca del origen de los propios pensamientos.



Hay actualmente dos grandes líneas de trabajo, una de ellas, parte del supuesto de que esta atribución externa está provocada por un déficit en el funcionamiento cognitivo del sujeto (Frith, 1992). La otra línea parte del supuesto de que se produce un sesgo en la monitorización de los eventos internos (Slade y Bentall, 1988).

Se han realizado numerosos trabajos experimentales que han apoyado algún aspecto de dichas líneas de trabajo. Los investigadores del déficit cognitivo, por ejemplo, afirman que se produce un fallo en los procesos de monitorización de los eventos internos (Frith, 1992). Los que estudian el sesgo, afirman que los problemas de discriminación de la realidad son el producto de procesos *top-down*, como creencias metacognitivas y disonancia cognitiva (Slade y Bentall, 1988).

## 5.2. Teorías de los delirios

Los delirios son también un conjunto de síntomas muy frecuentes en los trastornos esquizofrénicos, siendo los más frecuentes los delirios de referencia, de persecución y de control (Garety y Hemsley, 1994).

Hasta la fecha se han propuesto una serie de teorías para explicar este fenómeno psicopatológico. Maher (1988), sugirió que las creencias anormales eran producto de intentos racionales de explicación las percepciones anómalas, y por tanto, propuso que las creencias delirantes estaban motivadas por anomalías perceptivas. Esta teoría puede ser útil para comprender delirios como el de Capgras en el que la persona cree que un ser querido ha sido sustituido por un impostor, ya que esta clase de delirios van acompañados por sutiles déficit perceptivos que específicamente afectan al reconocimiento de caras (Ellis y Young, 1990). Sin embargo, como una teoría general de los delirios, la explicación de Maher es incompleta pues no explica todos aquellos delirios en los que no hay anomalías perceptivas.

El equipo de investigación de Garety ha demostrado que las personas con delirios muestran un sesgo en su capacidad de razonamiento. Concretamente, sus ejecuciones suelen caracterizarse por saltar a conclusiones rápidamente, sin haber reunido la evidencia suficiente en las tareas de razonamiento (Huq, Garety y Hemsley, 1988). Sin embargo, si se analizan conjuntamente todos los estudios que se han realizado sobre este tema, el cuadro que emerge es que las personas con delirios muestran una tendencia a buscar menos información para tomar una decisión, pero cuando se les presenta, son capaces de usarlas. Por tanto las personas con delirios no parecen tener un sesgo en el razonamiento probabilístico como Garety y cols han propuesto, sino más bien un sesgo en la obtención de datos (Garety y Freeman, 1999).

Esta disposición a aceptar una hipótesis sobre la base de un menor número de evidencias que los controles, está apoyada no solamente en los estudios de razonamiento bayesiano, sino también en otros estudios en los que se han empleado paradigmas diferentes. Por tanto, parece ser que el sesgo en el razonamiento encontrado en personas con delirios, pueden conducir a la aceptación de hipótesis incorrectas. Más aun, el sesgo de *desconfirmación* encontrado en varios de los estudios en los que se ha utilizado el paradigma bayesiano, sugiere que las personas con delirios están dispuestas a abandonar rápidamente las hipótesis existentes en la resolución de una tarea experimental y formar otras nuevas, pero otra vez sobre escasas evidencias. Por último, cuando se han utilizado materiales salientes emocionalmente, se ha observado que en general este tipo de material afecta al razonamiento en todas las personas, pero en mayor medida en los sujetos delirantes (Garety y Freeman, 1999).

Otra línea de investigación ha sido llevada a cabo por Bentall y sus colegas de las universidades de Manchester y Liverpool. Ellos proponen que los delirios persecutorios se forman como un mecanismo de mantenimiento de la autoestima, evitando discrepancias entre cómo se perciben estas personas así mismos (yo actual) y cómo les gustaría ser (yo ideal). Ellos argumentan que los delirios persecutorios son atribuciones causales externas que son evocadas por los eventos negativos, los cuales podrían incrementar la accesibilidad a las autorrepresentaciones negativas subyacentes. La hipótesis de Bentall y colaboradores se basa en dos clases de hallazgos experimentales: el primero tiene que ver con el estilo atribucional y el segundo, con las investigaciones que estudian las discrepancias entre la autoestima abierta y la encubierta.

Los resultados encontrados en los estudios sobre el sesgo atribucional, confirman la hipótesis de Bentall que los pacientes con delirios persecutorios presentan un sesgo atribucional: ellos muestran un sesgo externo para los eventos negativos cuando el material utilizado para medirlo es autorreferente (ASQ o el IPSAQ). Cuando se intenta especificar más qué tipo de atribución externa es la que presentan estas personas, se demuestra que existe una tendencia a hacer atribuciones personales frente a situacionales, esto es, tienden a culpar de los eventos negativos a otras personas más que a la situación o a la mala suerte. Por otro lado, a partir de la evidencia aportada por la investigación, las personas con delirios persecutorios no parecen estar particularmente más sesgada a la internalización cuando atribuyen las causas de los eventos positivos. Lo cual quiere decir que globalmente no muestran un sesgo autosirviente (*self-serving bias*). En resumen, las

personas con delirios de persecución cuando se confrontan con material autorreferente, ven a las otras personas como responsables de los malos eventos.

La segunda clase de evidencia experimental, que han investigado para apoyar su hipótesis de que los delirios persecutorios tienen una función defensiva, tiene que ver con los estudios sobre la discrepancia entre los niveles de autoestima o autorrepresentación abiertos y encubiertos. Esta parte de la investigación es fundamental para explicar por qué los pacientes con delirios de persecución hacen atribuciones personales externas. Siguiendo su hipótesis, estos sujetos deberían mostrar por un lado, un nivel de autoestima normal o alto en los cuestionarios diseñados para este fin en condiciones en las que el sujeto sabe qué es lo que se está midiendo. Pero por otro lado, cuando se les aplican pruebas indirectas para medir la autoestima en las que de alguna manera el sujeto no es consciente de las intenciones del experimentador, debería mostrar una autoestima baja. En concreto, ellos defienden que las atribuciones personales externas tienen la función de proteger al individuo de una baja autoestima o de autorrepresentaciones negativas, produciendo para ello un incremento de la autoestima y de las autorrepresentaciones positivas.

Los resultados de estas investigaciones no han sido muy claros y definitivos, y han provocado bastante controversia entre defensores y detractores de esta teoría. Mientras parece claro que los sujetos con delirios de persecución muestran unos niveles bajos de autoestima en las pruebas encubiertas, también lo muestran cuando se les aplican de forma abierta. Esto último contradice claramente la hipótesis defensiva en este tipo de delirios.

En los últimos trabajos realizado por el equipo de Bentall y Kinderman, se ha criticado la validez de los cuestionarios que valoran este tipo de constructos, pues destacan que dicho concepto no es homogéneo de unos autores a otros. Por otro lado, apoyándose en Trower y Chadwick (1995), plantean la hipótesis de la existencia de dos tipos de paranoia, la que ellos denominan de persecución (en la que el individuo piensa que la persecución es injusta e inmerecida) y la de castigo (en la que la persecución es justa debido a malas acciones realizadas en el pasado). Esta distinción explicaría por qué en algunos estudios se han encontrado niveles bajos de autoestima manifiesta, debido a que los sujetos con paranoia de castigo están además deprimidos.

Por último, estos autores argumentan para defender su teoría, que en los trabajos realizados no se tiene en cuenta los aspectos dinámicos de la autoestima. Según ellos, las fluctuaciones en la autoestima global pueden ser tan importantes

en psicopatología como sus niveles promedios. Kernis (1993), han demostrado que estas fluctuaciones en la autoestima están asociados con una tendencia a hacer atribuciones extremas sobre los problemas de la vida diaria, y los individuos con niveles altos, pero fluctuantes de autoestima, tienen una tendencia a atribuir las experiencias negativas a causas externas. Estas observaciones levantan la posibilidad de que las autorrepresentaciones en pacientes con delirios de persecución puedan ser muy inestables en el tiempo y que esos pacientes puedan estar enzarzados en una intensa lucha por mantener autorrepresentaciones positivas que a menudo fracasan.

Estas justificaciones a las críticas anteriormente expuestas, están dirigiendo las pesquisas de estos autores al rechazo de los modelos que ellos denominan estáticos, para plantear un nuevo modelo en el que se tienen en cuenta las propiedades dinámicas y las relaciones recíprocas entre las autorrepresentaciones y las atribuciones. Este es el estado actual de la investigación y es por donde se dirigirá probablemente en los próximos años.

### 5.3. Tratamiento psicológico de los síntomas positivos de la esquizofrenia.

En términos generales, los tratamientos cognitivo-conductuales aplicados a pacientes psicóticos residuales para abordar sus delirios y sus alucinaciones se pueden clasificar en tres grupos:

1. Los basados en la *modificación de creencias*, derivados de la terapia de reestructuración cognitiva de Beck y Ellis (por ejemplo, Chadwick, Birchwood y Trower, 1996).
2. Aquellos basados en enseñar estrategias de *frontamiento* de los síntomas psicóticos positivos residuales (por ejemplo, Yusupoff y Tarrier, 1996), que pueden ser aplicados tanto a los delirios como a las alucinaciones.
3. La *Terapia de Focalización*, que ha sido diseñada específicamente para el abordaje de las alucinaciones (Bentall, Haddock y Slade, 1994).

#### 5.3.1. La Terapia de Modificación de Creencias

Respecto a la primera modalidad terapéutica, esto es, a la terapia de Modificación de Creencias, se han desarrollado tres versiones. Estas son las siguientes:

- La Terapia Cognitiva de Chadwick, Birchwood y Trower (1996).
- La Terapia de Normalización Racional de Kingdon y Turkington (1994).
- La Terapia Cognitivo-conductual para la psicosis de Fowler, Garety y Kuipers (1995).

Estos tres programas de tratamiento se basan fundamentalmente en la terapia cognitiva de Beck y Ellis, y cualquier psicólogo con experiencia y entrenado en estas técnicas, aunque las haya aplicado a otras patologías, puede en poco tiempo reciclarse y poder aplicarlas competentemente en pacientes psicóticos.

La terapia de Modificación de Creencias se puede definir como un tipo de aproximación sistemática, orientada hacia los problemas y limitada en el tiempo para el abordaje de los síntomas psicóticos resistentes a la medicación. Sus objetivos básicos son reducir la angustia y la incapacidad asociada a la sintomatología psicótica residual, reducir el trastorno emocional y fomentar la participación activa del paciente en la prevención del riesgo de recaída y de incapacitación social (Fowler, Garety, y Kuipers, 1995).

En general la estructura de las sesiones de la terapia aplicada a pacientes psicóticos es muy parecida a la aplicada en otros trastornos. Teniendo en cuenta la heterogeneidad de los problemas de las personas con un trastorno psicótico, la terapia debe estar adaptada a las necesidades individuales de los pacientes. En este sentido, sus objetivos y metas dependen del análisis funcional realizado durante la evaluación y de la formulación del caso, es por ello que no se presenta como un paquete de intervención estandarizado (Cuevas Yust y Perona Garcelán, 1995).

El número de sesiones y la duración de la terapia variará en función de la complejidad y severidad de los problemas presentados por el paciente y del grado de adherencia de éste al tratamiento. Fowler y cols. (1995), por ejemplo, recomiendan un mínimo de 10 sesiones, estableciendo un promedio de entre 20 y 25 sesiones, con un contacto semanal durante los seis primeros meses, seguido posteriormente de sesiones quincenales. Distanciándose gradualmente las sesiones a medida que se vayan alcanzando los objetivos terapéuticos. No obstante, nuestra experiencia clínica nos muestra que las indicaciones de los autores británicos son difíciles de seguir. Desde nuestro punto de vista el promedio puede estar muy por encima de lo afirmado por ellos.

La duración de las sesiones suelen ser más cortas que con otras poblaciones. Aunque algunos pacientes pueden tolerar tiempos más largos, en general suelen durar entre 25 y 35 minutos. Según Morrison (1998), debido a los déficit cognitivos causados por este tipo de trastornos y por los efectos secundarios de la

medicación, lo más idóneo son sesiones cortas y frecuentes y con resúmenes por escrito de lo tratado durante las mismas.

La intervención sobre los síntomas psicóticos positivos se estructura sobre dos ejes fundamentales: el análisis y disputa verbal de los delirios y las creencias sobre las alucinaciones y la comprobación empírica o pruebas de realidad de dichas creencias.

### La disputa verbal.

En general el procedimiento de disputa verbal de los síntomas positivos se basa en cinco estrategias:

1. La identificación de las creencias y sentimientos asociados a esas creencias.
2. El cuestionamiento de las evidencias o supuestos *hechos* en los que se basa el paciente para mantener sus creencias sobre los síntomas positivos.
3. El análisis y valoración, junto con el paciente, de la coherencia y lógica interna de sus creencias.
4. La elaboración, a partir de las explicaciones alternativas aportadas por el paciente, de un nuevo modelo personal que dé una respuesta comprensible, y socialmente adaptada, de todos los eventos y experiencias que anteriormente el paciente valoraba de forma delirante.
5. Análisis de la experiencia psicótica bajo el prisma del nuevo modelo. Las creencias sobre la experiencia psicótica y el nuevo modelo se comparan, y se examinan en función de la información disponible.

### La comprobación empírica.

Es muy importante combinar las estrategias verbales descritas anteriormente con la comprobación empírica de las mismas. Estas estrategias, también denominadas en la literatura sobre el tema como pruebas de realidad o experimentos conductuales (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979), consisten en planear y llevar a cabo una actividad o tarea que ponga a prueba una determinada creencia.

Según Chadwick, Birchwood y Trower (1996), es necesario que el paciente tenga un marco conceptual alternativo previo, para poder asimilar y dar sentido a la refutación empírica y para que pueda repercutir eficazmente sobre las creencias delirantes.

Chadwick y cols. (1996), proponen el siguiente procedimiento para llevar a cabo la comprobación empírica del delirio:

1. Especificación de la inferencia que la prueba va a evaluar.
2. Hacer una predicción basada en la inferencia que se quiere poner a prueba y se revisan las evidencias a favor y en contra de dicha predicción.
3. Diseñar un experimento específico para comprobar la validez de la predicción.
4. Registrar detalladamente los resultados del experimento.
5. Sacar conclusiones de la prueba realizada.

Cuando intentamos probar una determinada inferencia delirante, es recomendable poner a prueba la alternativa no delirante, ideando para ello otra prueba de realidad siguiendo el mismo procedimiento.

Lo descrito hasta ahora es el procedimiento general aplicado a las creencias delirantes en general, pero su concreción al tratamiento de las voces tiene una serie de peculiaridades que hay que tener en cuenta, tanto en la fase de disputa verbal como de comprobación empírica.

En concreto, respecto a la fase de disputa verbal, se plantea un abordaje distinto en el que consideran a las voces como los antecedentes en el análisis funcional de cada episodio, y se centran la atención en las creencias que el paciente tiene respecto a las voces como antecedentes. Desde esta perspectiva el objetivo de la intervención no son las voces en sí mismas, sino el significado y las creencias que el paciente tiene respecto a ellas (Chadwick y cols., 1996; Fowler y cols., 1995).

Para Chadwick y cols., esta última estrategia es de suma importancia para la comprensión y tratamiento psicológico de las voces, pues deja claro que la angustia que padece el paciente y sus conductas de afrontamiento no son consecuencia directa de las voces sino, como hemos afirmado anteriormente, de las creencias que tiene sobre sus alucinaciones. En este sentido y desde un punto de vista formal, las creencias sobre las voces son delirios secundarios, y por tanto, la aproximación que estos autores proponen para su abordaje es la misma que para los delirios, pero para una clase concreta, aquellos que son secundarios a un mismo tipo de antecedentes, es decir, las voces o alucinaciones auditivas verbales.

La investigación realizada hasta la fecha (por ejemplo, Chadwick y Birchwood, 1994) ha identificado cuatro tipos de creencias que marcan de forma

considerable el impacto emocional que las voces tienen sobre el paciente que las padece. Estas creencias son:

- Creencias sobre la identidad de las voces.
- Creencias sobre los propósitos y significados de las voces.
- Creencias sobre el poder y omnisciencia de las voces.
- Creencias sobre las consecuencias del sometimiento o resistencia a las voces.

Por tanto, la intervención debe ir dirigida a cada una de estas creencias centrales, y aunque sólo se consiga modificar una o dos de dichas creencias, por lo general es suficiente para producir resultados positivos en términos de reducción de ansiedad y trastorno.

En este sentido, Chadwick, Birchwood y Trower (1996) sugieren que las creencias sobre las voces deben ser afrontadas en un determinado orden. Aunque esta idea aun no ha sido comprobada empíricamente, recomiendan comenzar el tratamiento por las creencias relativas al poder de las voces (especialmente aquellas sobre sumisión y control), dejando para el final las creencias sobre la identidad y el significado, pues son mucho más resistentes que las anteriores, y su abordaje prematuro puede perjudicar seriamente la adherencia del paciente al tratamiento.

El procedimiento a seguir en la comprobación empírica de las creencias de las voces es muy similar a la descrita para los delirios. Sin embargo y siguiendo las recomendaciones de Chadwick, Birchwood y Trower (1996), habría que tener en cuenta dos tipos de aproximaciones: una consistiría en una aproximación general a la comprobación de cualquier tipo de creencia asociada a las voces y otra sería específica a la creencia sobre la omnipotencia de las voces.

Un tipo de creencias muy susceptible de ser comprobada empíricamente durante la terapia son aquellas que tienen que ver con las consecuencias de obedecer o resistirse a lo que ordenan las voces. Es muy frecuente que estas creencias de sumisión sean fácilmente puestas a prueba ya que no se adaptan a la experiencia del paciente, sin embargo, debido al impacto emocional que provocan el resistirse a ellas, hace que el paciente no las abandone.

Chadwick y Birchwood (1994) demostraron que cerca del 70% de las personas entrevistadas en su investigación, afirmaban que las voces eran muy poderosas y no podían activarlas o pararlas a voluntad. Por esta razón, han desarrollado un procedimiento específico para refutar la creencia: *no puedo controlar mis voces*.



El procedimiento consiste en diseñar entre el terapeuta y el paciente situaciones que activen o incrementen la probabilidad de escuchar voces y al mismo tiempo ser capaces de pararlas o reducirlas. El objetivo es que el paciente obtenga un mayor grado de control de las voces.

Este procedimiento está basado en la investigación respecto a las técnicas de contraestimulación. Dentro este término, autores como Slade y Bentall (1988), incluyen un variado conjunto de procedimientos, de los cuales, algunos de ellos tienen como objetivo, o bien cambiar el foco de atención del paciente de las voces y dirigirlo hacia otros estímulos menos perturbadores (como por ejemplo, escuchar música, ruido blanco, llevar puesto un walkman estéreo, etc.); o bien enseñarle a utilizar las cuerdas vocales para controlar las alucinaciones auditivas (como por ejemplo, tararear, hacer gárgaras, nombrar objetos del alrededor, conversar, leer en voz alta, etc.), pues se parte de la hipótesis de que las voces son una consecuencia de una mala interpretación por parte del paciente de su propia habla subvocal (Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1996).

Antes de iniciar el diseño de este tipo de comprobación empírica debemos remitirnos a la evaluación funcional de las voces que se ha realizado antes del tratamiento. En ella podemos obtener los antecedentes o señales que activan las voces en el paciente. Por otro lado, hemos de comprobar qué técnicas de contraestimulación son más efectivas en un determinado paciente. En la literatura se citan como más eficaces las siguientes técnicas (Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1996):

- Conversar con otra persona.
- Hablar en voz alta, por ejemplo, describiendo objetos de la habitación en la que se encuentra el paciente.
- Escuchar un *walkman* estéreo con música agradable para el paciente.
- Escuchar un *walkman* estéreo con relatos agradables o autoinstrucciones para el paciente.
- Leer en voz alta un material que *capte* la atención del paciente.
- Utilización de tapones en los oídos.
- Tararear y hacer gárgaras.

Toda esta información nos permite diseñar un procedimiento de prueba de realidad basado en los siguientes pasos:

1. Identificar las señales que activan las voces.
2. Practicar dentro de la sesión el uso de estrategias de contraestimulación.

3. Proponer al paciente que la idea de control supone la demostración de que las voces pueden ser activadas y desactivadas.
4. Animarle durante la sesión a iniciar o incrementar la actividad de las voces por periodos cortos y después reducirlas o pararlas.
5. Una vez que el paciente ha logrado algún control, considerar las implicaciones para las creencias de poder y control de las voces.

Lo anterior ha sido una exposición breve del procedimiento descrito por Chadwick, Birchwood y Trower (1996), pero que en líneas generales coinciden con los procedimientos descritos por Kingdon y Turkington (1994) y Fowler, Garety y Kuipers (1995). No obstante, los procedimientos descritos por estos autores también presentan una serie de peculiaridades que merece la pena mencionar.

La terapia de Modificación de Creencias diseñada por Kingdon y Turkington (1994) presenta una aportación muy importante en relación a las otras terapias mencionadas. En concreto consiste en el destacado papel que les concede estos autores a la normalización de la experiencia psicótica de los pacientes, con el objetivo de desestigmatizar los síntomas y dejarlos abiertos a argumentos racionales (Kingdon y Turkington, 1994). En este sentido, el terapeuta identifica los eventos estresantes previos a la aparición de la psicosis y se apoya en ellos para explicar la enfermedad de manera no estigmatizadora. Se discuten las distorsiones cognitivas presentes durante la aparición de la enfermedad, y se aplican las técnicas estándar de la terapia de modificación de creencias. Durante la terapia se realiza un esfuerzo dirigido a descatastrofizar la psicosis, enfatizando el *continuum* de los síntomas psicóticos con las experiencias normales, y reduciendo el miedo y la angustia asociada a los síntomas y la enfermedad.

La terapia de Modificación de Creencias desarrollada por Fowler, Garety y Kuipers (1995), aporta al procedimiento la utilización de las estrategias de afrontamiento de los síntomas psicóticos el que se emplea, por ejemplo, técnicas conductuales como los programas de actividad o entrenamientos en relajación. Otro aspecto importante de esta terapia es el desarrollo de una conceptualización, compartida por terapeuta y paciente, sobre los síntomas. Dicha conceptualización puede incluir el modelo médico de la esquizofrenia o una explicación coherente con la visión del paciente. Además, para modificar las apreciaciones y creencias del paciente respecto a sus síntomas positivos, se utilizan técnicas cognitivas como el desafío verbal. Por último, se da una gran importancia al desarrollo de estrategias para la prevención de recaídas.

### 5.3.2. Terapia de Potenciación de las Estrategias de Afrontamiento.

En la literatura sobre el tratamiento de los síntomas psicóticos hay un enfoque que cada vez está teniendo mayor aceptación, que consiste en enseñar a los pacientes estrategias y métodos para afrontar y reducir sus alucinaciones y delirios (Por ejemplo, Yusupoff y Tarrier, 1996). Como hemos comentado, este método ha sido fundamentalmente desarrollado y sistematizado por Tarrier y sus colaboradores de la Universidad de Manchester y se ha denominado en la literatura científica como *Potenciación de las Estrategias de Afrontamiento (Copying Strategy Enhancement)*.

Desde esta aproximación, pacientes con síntomas positivos se esfuerzan, desde un marco de colaboración, a trabajar en su reducción y en las perturbaciones emocionales asociadas a ellos (Tarrier, Beckett, Harwood, Baker, Yusupoff, y Ugarteburu, 1993). En el contexto de una entrevista semiestructurada se evalúan los síntomas, sus antecedentes y consecuentes, y las estrategias de afrontamiento que el paciente pueda estar empleando. Después, el terapeuta enseña al paciente a identificar y monitorizar sus síntomas psicóticos. Los síntomas que se seleccionan para ser tratados, lo son en función de la importancia que el paciente les otorga y por su respuesta potencial al tratamiento. Una vez seleccionado un síntoma, se elige la estrategia de afrontamiento, que puede ser la habitualmente empleada por el sujeto u otra que parezca apropiada y fácil. Entre estas estrategias se incluyen técnicas cognitivas como las autoinstrucciones o las técnicas de distracción de la atención. También se incluyen técnicas conductuales como lo son el incremento del nivel de actividad o la reducción de la actividad social; y estrategias sensoriales que modifican el *input* sensorial o estrategias fisiológicas como la relajación o la respiración controlada.

Se instruye al paciente, durante las sesiones y tareas para casa, en la práctica de las estrategias de afrontamiento. Posteriormente, durante las sesiones, se revisan los resultados de la estrategias empleadas y, según la experiencia que el paciente haya tenido, pueden efectuarse modificaciones. Por cada síntoma tratado se usan al menos dos estrategias, y durante la terapia se anima al paciente a generalizar el empleo de las estrategias a otros problemas, así como a anticipar futuras dificultades.

### 5.3.3. La Terapia de Focalización.

También durante la última década se ha desarrollado un procedimiento terapéutico específico para el tratamiento de las alucinaciones auditivas verbales.

Mientras que los tratamientos descritos hasta ahora, parten de los procedimientos estándar de la terapia cognitiva aplicado en depresivos y personas con trastornos de ansiedad, este tratamiento ha surgido de las investigaciones de autores como Bentall, Haddock y Slade sobre la etiología de las alucinaciones y los factores que las mantienen. Más concretamente Bentall y Slade (1988) desarrollaron un modelo teórico del que una de sus aportaciones prácticas ha sido la terapia de focalización que vamos a describir muy resumidamente.

El objetivo de este tratamiento son las alucinaciones auditivas persistentes y se ha centrado en la reducción de su frecuencia y del malestar con ellas asociado (Bentall, Haddock y Slade, 1994). El tratamiento incluye un procedimiento de intervención secuenciado, que sigue a una evaluación de la sintomatología y de las actividades diarias del paciente, y se centra en una exposición gradual de éstos a diferentes aspectos de las alucinaciones auditivas. Este procedimiento se organiza en las siguientes fases:

1. Exposición a las características físicas de las voces, como por ejemplo, el volumen, tono, género, etc.;
2. Exposición al contenido de las voces;
3. Exposición a las creencias y pensamientos en torno a las voces; y por último;
4. Se explora con el paciente el significado que tienen las voces en relación con los eventos presentes y pasados de su vida. El objetivo de todo este proceso es conseguir la reformulación de las voces como un evento generado por el propio paciente.

#### **5.4. Resultados de los estudios sobre eficacia.**

Respecto a los resultados empíricos obtenidos sobre la eficacia de estas técnicas, tenemos datos procedentes de estudios de casos, de estudios experimentales de replicación intrasujeto y de ensayos controlados con grupo control. Evidentemente los estudios de casos, si bien son interesantes pues aportan información respecto a la aplicabilidad de estas técnicas y nos proporcionan hipótesis interesantes para su posterior comprobación, no nos dice nada respecto a la eficacia de estas técnicas (Perona Garcelán, Cuevas Yust, Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2003). No obstante, se han realizado en los últimos diez años un serie de estudios controlados de los que podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede reducir los síntomas psicóticos positivos y la angustia asociada a ellos en mayor medida que la ausencia de tratamiento.

2. La información de que disponemos sugiere que la TCC es más efectiva sobre los síntomas psicóticos positivos residuales resistentes a la medicación, no estando aún nada claro que puedan ser útiles en los pacientes con sintomatología aguda.
3. La TCC no produce un empeoramiento de los síntomas psicóticos positivos, pero tampoco reduce el riesgo de recaídas en estos pacientes.
4. La TCC no es superior a la terapia de apoyo en la reducción los síntomas negativos y en la mejora del funcionamiento social.
5. Por último, no hay evidencias sobre qué estrategia cognitivo-conductual (CSE, RP o Modificación de Creencias) puede ser más efectiva con los síntomas psicóticos (Perona Garcelán, Cuevas Yust y Martínez López, 2003).



## El tratamiento psicológico integrado de la esquizofrenia (IPT).

### 6.1. Descripción General.

Los programas de tratamiento que traten de mitigar los efectos de la esquizofrenia deberán dirigirse a mejorar tanto las anomalías neuropsicológicas y cognitivas como los aspectos conductuales y sociales. La integración y articulación de estas variables es imprescindible para abordar adecuadamente los deterioros y discapacidades que genera la esquizofrenia, debido al grado de imbricación entre todas ellas. De esta manera, un déficit en las habilidades sociales que impide el establecimiento de relaciones interpersonales, puede provocar el desarrollo de esquemas negativos: *siempre estaré aislado, no apporto nada a los demás*, y estos esquemas, a su vez, facilitar el surgimiento de alteraciones cognitivas básicas: distracción, dificultades de concentración, etc. Pero el ciclo también podría ser a la inversa. Así, los trastornos básicos (dificultades de comunicación, distraibilidad, alteraciones perceptivas) podrían producir esquemas defectuosos: *soy incapaz de poder mantener una conversación normal, no me puedo fiar de mi mente*, que a su vez, producirían una evitación del contacto interpersonal y una reducción del nivel de funcionamiento psicosocial (Chambon, Marie-Cardine y Dazord, 1996). Para eliminar estos círculos viciosos entre habilidades cognitivas básicas (percepción, pensamiento, atención, etc.), estilos atribucionales y esquemas (evaluaciones personales, esquemas interpersonales y del mundo), y habilidades sociales o repertorios conductuales, surge la Terapia Psicológica Integrada (IPT).

Este, es un programa de intervención grupal, orientado al mejoramiento de las habilidades cognitivas y sociales de pacientes esquizofrénicos (Roder, Brenner,

Hodel, y Kienzle, 1996), que se ha experimentado con éxito en más de 700 pacientes y que consta de cinco subprogramas: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales (desde ahora hhss) y solución de problemas, diseñados para mejorar las disfunciones cognitivas y los déficits sociales y conductuales, característicos de la esquizofrenia. Los subprogramas de intervención están ordenados jerárquicamente; de modo que los primeros módulos se dirigen a las habilidades cognitivas básicas, los intermedios transforman las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales, y los últimos módulos entrenan a los pacientes a resolver los problemas interpersonales más complejos. La aplicación de estos subprogramas, se puede seleccionar también, en función del perfil del paciente que se está tratando. De esta manera, aquellos pacientes más deteriorados, con más carga de sintomatología negativa y con un importante déficit cognitivo se presentan más adecuados para la aplicación de los tres primeros módulos de tratamiento, mientras que aquellos otros con unas habilidades cognitivas más conservadas y con mayor movilidad social, se presentan como más indicados para la aplicación de los dos últimos módulos del paquete. La tabla 6.1, especifica las características diferenciales de los pacientes y los módulos indicados para cada uno de estos perfiles. Cada subprograma contiene pasos concretos que prescriben tareas terapéuticas para mejorar las habilidades sociales y cognitivas.

<p><b>Terapia Cognitiva</b> (Diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal parte I)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Graves temores sociales</li> <li>• Grave deterioro cognitivo</li> <li>• Sintomatología predominantemente negativa</li> <li>• Escasa motivación para la terapia</li> <li>• Larga duración de la hospitalización</li> </ul>
<p><b>Entrenamiento en competencia social</b> (Comunicación verbal II, HH.SS, Solución de problemas interpersonales)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HH.SS insuficientes</li> <li>• Hospitalizaciones cortas recurrentes</li> <li>• Pacientes jóvenes</li> <li>• Alta motivación para el tratamiento</li> <li>• Pacientes que acaban con éxito el entrenamiento cognitivo</li> </ul>

Tabla 6.1. Indicaciones para la realización de la IPT.



## 6.2. Desarrollo de la terapia.

La puesta en práctica de las sesiones del IPT, en su formato original, se realiza en grupos de 5 a 7 pacientes, en sesiones de 30 a 60 minutos, tres veces por semana, durante tres meses aproximadamente. Si bien, a lo largo de su desarrollo esta modalidad de aplicación a recibido diferentes variaciones. Cada subprograma está concebido de tal manera que, a medida que avanza la terapia, aumentan gradualmente las exigencias al individuo. Se avanza desde tareas simples y previsibles hasta tareas difíciles y complejas. A la par, se va procediendo desde unos inicios de la intervención muy estructurados hasta un final muy poco estructurado. Por otra parte, y dentro de cada subprograma, se comienza utilizando materiales emocionalmente neutros y se va avanzando con otros que aumentan la carga emocional.

### 6.2.1. El módulo de diferenciación cognitiva.

Los objetivos de este subprograma consisten en mejorar las capacidades cognitivas básicas: capacidad de atención, capacidad de concentración, el pensamiento conceptual, la adquisición de conceptos abstractos y la mejora de las funciones mnésicas. Para estos fines la terapia dispone de una serie de materiales estandarizados.

#### Etapa 1. Ejercicios con tarjetas.

Esta tarea se realiza con una serie de tarjetas estandarizadas que integran cuatro características generales (color, formas geométricas, números y días de la semana). El terapeuta principal reparte las tarjetas entre los miembros del grupo y los pacientes las clasifican según una serie de diferentes criterios. Los resultados individuales de los participantes son revisados grupalmente para facilitar la atención y la implicación en la terapia. El nivel de exigencia se va incrementando a medida que aumentan el número de criterios de clasificación.

#### Etapa. 2. Sistemas conceptuales verbales.

##### 2.1. Jerarquías conceptuales.

El terapeuta introduce en el grupo una palabra procedente de una lista de palabras estandarizadas para la terapia y que están clasificadas por su complejidad y por su implicación afectiva (centradas en lo objetivo o centradas en lo afectivo). A continuación los miembros del grupo deben nombrar todas las palabras que

asocian con dicha palabra. Las palabras nombradas se van escribiendo en un encerado y posteriormente se clasifican dentro de conceptos generales que las engloben o en conceptos secundarios que las subdividen.

## 2.2. Sinónimos y antónimos.

Se introduce una palabra en el grupo, y se pide a sus miembros que encuentren palabras similares y que las anoten en una hoja, luego cada uno lee en voz alta el sinónimo que ha anotado; estos se escriben en la pizarra y cada participante hace una frase con su sinónimo. Posteriormente en la pizarra se reemplaza el sinónimo por la palabra original y el grupo decide cual es el sinónimo más acertado fundamentado su decisión. El procedimiento se realiza del mismo modo con antónimos. Al igual que en el ejercicio anterior las palabras se ordenan por nivel de dificultad y por implicación afectiva.

## 2.3. Definición de palabras.

El material de terapia incluye palabras sueltas de distintas categorías. La tarea consiste en que el grupo describa un objeto determinado de acuerdo con una serie de variables claves del mismo como por ejemplo, ubicación, función, forma, material del que esta hecho, color, etc. Al principio se utilizan conceptos concretos y sin carga emocional, y posteriormente se utilizan conceptos más abstractos y cargados emocionalmente. Para llevar a cabo el ejercicio se puede realizar un *role play* en el que los miembros del grupos simulan describir a *alguien de otro planeta* de manera detallada en qué consiste el objeto seleccionado.

## 2.4. Tarjetas con palabras.

Cada miembro del grupo recibe una tarjeta con dos palabras, una de las cuales esta subrayada, y la deberá leer en voz alta, pero solo él sabe cuál de las dos está subrayada. Posteriormente deberá generar una palabra auxiliar relacionada con la subrayada y el grupo debe adivinar basándose en esa asociación cual es la palabra subrayada. Cada uno del resto de pacientes deberá escribir su palabra pronóstico en una hoja y fundamentar el porqué de su elección.

## 2.5. Palabras con diferente significado según contexto.

El grupo debe de encontrar los diferentes contenidos semánticos de una misma palabra al modificar el contexto de una frase. En grupos avanzados el

terapeuta escribe una palabra en el encerado, y pide a los miembros del grupo que formulen frases de ejemplo al respecto. Los participantes deben encontrar contenidos diferentes según los contextos.

### **Etapas 3. Estrategias de búsqueda.**

No se utilizan materiales estandarizados. El paciente y el coterapeuta forman un equipo que busca imaginariamente un objeto en la sala de terapia. Luego se apunta el objeto en una hoja y el resto del grupo deberá descubrir de que objeto se trata a través de preguntas específicas al paciente en cuestión, quien solo puede responder con un sí o un no.

### **6.2.2 El módulo de percepción Social.**

Este módulo consiste en 30 diapositivas que representan diferentes tipos de escenas sociales y que están organizadas en orden de dificultad perceptiva y de carga emocional. Por una parte permite el entrenamiento en atención sostenida y selectiva, y por otra, el análisis y la adecuada comprensión de distintas situaciones sociales y de diversas reacciones emocionales. Durante el proceso de análisis, el paciente describe la situación en primer lugar, luego la interpreta y finalmente la titula, como resultado de los dos procesos cognitivos anteriores, poniendo especial atención en los aspectos interpersonales de la imagen en aquellos casos en los que se da. Este módulo se puede realizar con una media de una sesión semanal durante 10 sesiones, a razón de 3 diapositivas por sesión en pacientes ambulatorios. En resumen, la terapia se realiza en sesiones de grupo que se organizan en torno a tres etapas:

1. Recogida de información visual de la diapositiva.
2. Interpretación de la situación social presentada.
3. Asignación de un título que resuma los aspectos más importantes de la imagen.

### **6.2.3. El módulo de comunicación verbal.**

Con este módulo se pretende iniciar el entrenamiento en las habilidades básicas de conversación, y con él, empezar el desarrollo de la competencia social. Se pone especial atención en observar las modificaciones y alteraciones que se pueden producir en la transmisión de información a través de los mensajes, y

como estas alteraciones pueden afectar la comprensión de los mismos y en consecuencia condicionar las respuestas conductuales en las situaciones de interacción social. El objetivo de este módulo se centra entonces en desarrollar las habilidades básicas de comunicación a través de 3 funciones:

1. *Escuchar*: Prestar respeto y atención a las comunicaciones de los demás.
2. *Comprender*: Determinar correctamente el contenido de la comunicación transmitida.
3. *Responder*: Formular y enviar una respuesta relevante y adecuada.

La adquisición de estas habilidades se organiza en torno a una serie de ejercicios ordenados en cinco etapas:

1. Repetición literal de frases.
2. Repetición de frases autoformuladas según su sentido.
3. Preguntas autoformuladas con respuesta.
4. Interrogatorio sobre un tema determinado.
5. Comunicación libre.

Las tres primeras etapas de este módulo disponen de un material clínico en forma de palabras o frases. Las dos últimas etapas no disponen de un material estructurado y quedan abiertas al desarrollo en el grupo. Como en el resto de los módulos de la terapia los materiales empiezan con un bajo nivel de dificultad, sin carga emocional y con un formato más estructurado para ir avanzando hacia una mayor complejidad, mayor carga emocional y menor estructuración. En todos los ejercicios el grupo está atento al desarrollo de los ejercicios, y controla y supervisa la ejecución adecuada de sus compañeros dando *feedback* permanentemente.

#### **6.2.4. El módulo de habilidades sociales.**

La aplicación del módulo de entrenamiento en habilidades sociales se realiza dividiendo las habilidades a entrenar entre aquellas de bajo y alto riesgo emocional, para ello se sigue la clasificación establecida por los autores del IPT (recogida en la tabla 6.2). El periodo de entrenamiento comprende unas 24 sesiones, realizándose dos por semana con una duración de entre 60-90 minutos. Se respeta el orden y secuencia de las habilidades en todos los casos, y varía la cantidad de sesiones dedicada a cada habilidad en función del aprendizaje de la misma por el grupo, deteniéndose en aquellas que presentan dificultades en su asimilación y/o ejecución.

I. Situaciones sin riesgo.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inicio, mantenimiento y cierre de conversaciones.</li> <li>2. Expresar agradecimiento.</li> <li>3. Expresar alabanzas, reconocimiento, hacer cumplidos.</li> <li>4. Solicitar información.</li> <li>5. Rechazar una petición.</li> </ol>
II. Situaciones de riesgo.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hacer una reclamación.</li> <li>2. Realizar una crítica.</li> <li>3. Recibir una crítica.</li> <li>4. Disculparse.</li> <li>5. Expresar una petición o deseo.</li> <li>6. Iniciar una empresa en común.</li> </ol>

Tabla 6.2. Situaciones de entrenamiento en habilidades sociales.

Cada una de las habilidades presentadas en la tabla 6.2. se entrena en una variada gama de situaciones y con diferentes interlocutores que se extraen de la vida real del paciente, de tal manera que su buen desempeño en estas situaciones facilite y mejore el funcionamiento social del paciente. Estas interacciones se ordenan en dos planos que se combinan para diseñar las intervenciones:

1. *Familiaridad*: Se refiere al nivel de conocimiento, de intimidad y de relación emocional con el interlocutor. Este plano abarca desde interacciones con desconocidos hasta relaciones con padres, amigos o parejas.
2. *Dificultad*: Hace alusión a la resistencia que manifiesta el interlocutor a los deseos o peticiones del actor, y que va desde una aceptación inicial de sus acciones sin mayor problema a una negativa o rechazo de las mismas.

El entrenamiento se realiza en dos niveles, uno de elaboración cognitiva del entrenamiento y otro de ejecución conductual. Así, se empieza con una explicación razonada por parte del terapeuta de la habilidad que se va a ejercitar, a continuación se realiza una valoración del nivel actual de la habilidad del paciente y de aquellas situaciones en las que esta habilidad presenta déficits manifiestos o no

se produce. Paralelamente se observa aquellos pacientes que poseen una buena habilidad y que pueden servir de modelos en los entrenamientos. Posteriormente se elaboran las situaciones (sacadas de situaciones cotidianas de cada paciente) que se van a ensayar y cada paciente evalúa la dificultad que espera encontrarse en la ejecución de su ensayo de acuerdo a una escala subjetiva de dificultad. El resultado de esta valoración ordena el orden de inicio del entrenamiento, comenzando por aquellos pacientes que ven más fácil la realización del ensayo.

Tras esta primera parte de elaboración cognitiva, se pasa ya a la ejecución conductual de la habilidad, se analiza el dominio en la situación planteada, y se produce el feedback al paciente por parte del terapeuta y de los compañeros del grupo. Toda esta primera parte del entrenamiento se realiza en la sala de grupos de la unidad o centro de salud mental. Finalizados los ensayos se planean las tareas individuales a realizar por cada paciente en su medio hasta la siguiente sesión. Estos ensayos se realizan en vivo, del mismo modo que se realizan otra serie de entrenamientos en el ambiente natural acompañados por el terapeuta o coterapeuta. Siempre que es posible se opta por el entrenamiento en vivo.

## 2.5. El módulo de solución de problemas.

Las sesiones se dividen dos partes, que habitualmente se intercalan y mezclan durante las sesiones: una parte es fundamentalmente pedagógica y de enseñanza del método por el terapeuta y la otra de realización de ejercicios prácticos por los miembros del grupo incluyendo ejercicios de lápiz y papel y un amplio repertorio de estrategias cognitivas conductuales (ensayo cognitivo, *role playing*, enfoque socrático de la instrucción, manejo de contingencias). Un resumen de su desarrollo y contenido se presenta en la tabla 6.3. Cada uno de los apartados constituye una sesión de entrenamiento.

*Los objetivos* que se pretenden con este módulo son ayudar a los pacientes, y a sus familiares, a identificar los problemas como causantes de su disforia y a enseñarles un método sistemático para resolverlos basándose en la promoción de sus capacidades personales. Para conseguir estos objetivos se emplean una serie de estrategias cognitivas y conductuales que incluyen:

1. *Instrucciones verbales* guiadas por un enfoque socrático.
2. *Ensayo cognitivo*. Dirigido especialmente a la detección de riesgos que podrían pasar desapercibidos y al desarrollar la confianza de los miembros del grupo en sus capacidades.
3. *Role play e inversión de roles*. Especialmente para la solución de problemas interpersonales en los que se presenta dificultades en entender la postura de la otra persona.

4. *Manejo de contingencias.* Encaminado a enseñar procedimientos de autorrefuerzo tras el cumplimiento de tareas encaminadas a la solución del problema.
5. Proporcionar información y consejo con el fin de eliminar las interferencias en la ejecución que se pudiesen producir por ignorancia o desconocimiento.
6. *Lista de actividades.* Para su aplicación en aquellos problemas de organización temporal.

<b>I. Orientación del Problema</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Percepción del Problem</li> <li>b. Atribución del Problema</li> <li>c. Valoración del Problema</li> <li>d. Control personal</li> <li>e. Necesidad de tiempo esfuerzo</li> </ul>
<b>II. Definición y Formulación del Problema</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Búsqueda de información objetiva y relevante</li> <li>b. Comprensión del conflicto</li> <li>c. Establecimiento de objetivos y metas realistas</li> <li>d. Revaloración del conflicto</li> </ul>
<b>III. Elaboración de Soluciones alternativas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Principio de cantidad</li> <li>b. Principio de demora del juicio</li> <li>c. Principio de variedad</li> </ul>
<b>IV. Toma de Decisiones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anticipación de las consecuencias de cada solución</li> <li>b. Evaluación (juicio y comparación) de las consecuencias</li> <li>c. Preparación de un plan de solución</li> </ul>
<b>V. Implementación de la Solución y Verificación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Puesta en práctica del plan de solución</li> <li>b. Supervisión</li> <li>c. Autoevaluación</li> <li>d. Autoreforzo</li> <li>e. Revisión</li> </ul>

Tabla 6.3. El proceso de solución de problemas y sus componentes

### 6.3. Resultados obtenidos con la terapia psicológica integrada.

En la última década, se ha sometido a estudio la eficacia de la IPT con resultados bastante satisfactorios, en términos globales con pacientes crónicos moderados y severos (para una revisión detallada ver Vallina y Lemos, 2003). Los hallazgos generales de estos trabajos, indican que la IPT es superior al entrenamiento en habilidades sociales, a la socioterapia, o a terapias de apoyo en grupo, en reducir la desorganización psicótica y en mejorar las habilidades de solución de problemas cognitivo-sociales, así como en el procesamiento atencional temprano.

Los estudios experimentales llevados a cabo con la terapia psicológica integrada y recientes reflexiones de sus autores, así como nuestra propia experiencia acumulada con la utilización de esta terapia, nos permiten obtener algunas conclusiones sobre este formato terapéutico (Vallina y Lemos, 2003):

1. Las intervenciones cognitivas pueden mejorar específicamente dichas funciones, aunque no parecen relevantes para el funcionamiento social de una manera rápida y estable en un breve espacio de tiempo. Se han encontrado mejorías significativas en las variables cognitivas tras el tratamiento, mientras que sus efectos sobre los niveles conductuales han sido inconsistentes. Se sugiere, por ello, que un tratamiento adecuado de la cognición social requiere una intervención multimodal, combinando los métodos que incorporen estrategias conductuales e interpersonales, así como métodos dirigidos hacia los déficit de procesamiento de la información. Como consecuencia de esto, se ha ido realizando diversas modificaciones del formato clínico y de los procedimientos integrados en el mismo tratando de paliar las deficiencias señaladas.
2. La utilización de los subprogramas sociales de la IPT desde el principio de la intervención reducen el elevado nivel de *arousal* de los pacientes esquizofrénicos y, a la par, producen también mejoría en las habilidades básicas de procesamiento de la información. Las intervenciones sociales, desde el principio de la terapia, motivan al paciente debido a su relevancia para los problemas reales; mientras que las intervenciones centradas en funciones cognitivas no parecen ser útiles para la vida diaria. Sus autores consideran, sin embargo, que para la integración de las tareas cognitivas y sociales, se requiere una mayor ponderación de las metafunciones en el procesamiento de información.



3. Los aspectos emocionales, implicados en interacciones sociales relevantes, merecen una gran consideración en rehabilitación, por lo que incluir el manejo emocional como una parte integral del programa, potencia el efecto de la terapia sobre las funciones de procesamiento de información.
4. El impacto terapéutico de la IPT, y de otras terapias psicosociales, puede estar reforzado por el ambiente externo, natural; de modo que las habilidades sociales y la ansiedad social pueden mejorarse más en pacientes ambulatorios que en los hospitalizados.





## Terapia cognitiva para la adaptación a la psicosis (COPE).

La experiencia inicial de la psicosis, su tratamiento posterior y la respuesta personal al ambiente que queda tras el asentamiento de la enfermedad, son experiencias habitualmente traumáticas que tienen la capacidad de modificar los procesos psicosociales que utilizan las personas para la construcción del yo y de sus diversos roles. Ante esta situación, las defensas del paciente se reducen, sus respuestas de afrontamiento pueden ser mínimas o desadaptativas y empieza una búsqueda desordenada de sentido para sus peculiares vivencias. En estos primeros momentos de la enfermedad, conocer el proceso personal de construcción de la psicosis, incluyendo en ello las experiencias subjetivas relacionadas con este trastorno, el modelo explicativo personal de la enfermedad y las percepciones del impacto de la enfermedad sobre su vida y sobre su sentido del yo, son tareas clínicas fundamentales. La intervención temprana, en consecuencia, deberá abarcar las tres grandes áreas que intercedían a lo largo de la enfermedad: síntomas, funcionamiento psicosocial y funcionamiento psicológico. No obstante, este es un terreno escasamente desarrollado todavía. El formato terapéutico que presentamos en este capítulo trata de contribuir a la cobertura de esta laguna.

### 7.1. Fundamento teórico.

La hipótesis del periodo crítico (Birchwood, Todd y Jackson, 1998) es una de los pilares de esta nueva terapia. Sugiere que los tres primeros años de la enfermedad (tratada o no tratada) suponen una ocasión extraordinaria para poder impedir o limitar el potencial declive habitual de las psicosis, interviniendo tempranamente, y consiguiendo así una mejor recuperación de la enfermedad. Este parece ser el momento en el que se forman aspectos fundamentales para el posterior curso de la enfermedad. De entre estos se destacan el modelo de respuesta individual a la

psicosis que facilita o dificulta su posterior ajuste y adaptación, procesos evolutivos que pueden tener implicaciones para la prevención de la morbilidad secundaria como la depresión o el suicidio, y los orígenes y metamorfosis de los componentes de la emoción expresada de los familiares.

El segundo principio supone a la persona con psicosis unas capacidades instrumentales que le permiten participar activamente en su propio proceso de recuperación (Davidson y Strauss, 1992). De este modo, puede efectuar cambios positivos y se puede responsabilizar de sus medidas preventivas y de su propia calidad de vida. Desde esta perspectiva, el yo y su movilización se contempla como un componente central de esta nueva terapia.

El tercer principio mantiene que, en la primera presentación de la psicosis, los pacientes presentan necesidades diferentes de las que se manifiestan en las formas crónicas de la enfermedad como consecuencia de la combinación de dos elementos: el momento evolutivo y la definición del yo. Este momento evolutivo, habitualmente el inicio de la etapa adulta del individuo, como decimos, es clave en la formación de la identidad personal. Esta identidad está configurada por la presencia de una red de múltiples yo conectados (yo estudiante, yo hermano, yo pareja, yo amigo, yo hijo, etc.). Se supone que estas estructuras, en esas fases de la vida, están aun sin consolidar, y que el surgimiento de la psicosis en este momento puede mermar su posterior desarrollo. De esta manera, la enfermedad no sólo afectaría al concepto actual de sí mismo, sino también a las expectativas que se tienen sobre uno mismo (yo esperado) y a los temores sobre lo que uno puede acabar siendo (yo temido y no deseado).

## 7.2. Terapia cognitiva para la psicosis temprana.

El formato terapéutico desarrollado para obtener esa adecuada adaptación a la psicosis es la terapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana (COPE). Desarrollada por el EPPIC: *Centro de prevención e intervención temprana en psicosis* (Henry, Edwards, Jackson, Hulbert y McGorry, 2002). Esta terapia tiene como objetivo principal la recuperación del paciente de su primer episodio psicótico. Para ello, pretende ayudarle a preservar un sentido del yo (identidad) y a conservar o a incrementar su autoeficacia ante la experiencia de la psicosis. Para conseguir estos fines, utiliza la combinación de psicoeducación y de técnicas cognitivas, como procedimientos para desafiar los autoestereotipos y la autoestigmatización. Además de establecer una buena alianza terapéutica, promover un estilo de recuperación adaptativo, reducir o impedir la morbilidad secundaria y reducir las recaídas.

La terapia consta de cuatro componentes: compromiso, evaluación, adaptación y morbilidad secundaria que se desarrollan a lo largo de cuatro fases: fase de evaluación, que incluye la realización de la evaluación y el establecimiento de la alianza terapéutica; fase inicial, centrada en la colaboración y en la morbilidad primaria y la adaptación; fase intermedia, dirigida hacia la adaptación y la morbilidad secundaria; fase de finalización, destinada a la consolidación de los nuevos estilos adaptativos de comprensión de la psicosis y de las nuevas estrategias de afrontamiento (McGorry, Henry, Maude y Phillips, 1998).

### **7.2.1. Compromiso.**

El establecimiento de una alianza de trabajo con el paciente es fundamental para poder llevar a cabo la terapia. Además de las habituales características de los terapeutas (calor, empatía, tolerancia, capacidad de inspirar confianza, constancia, etc.), que suelen venir recogidas en la literatura psicológica, existen otras destrezas que se muestran de gran utilidad para la consecución de estos fines. De entre estas, quizás la más importante, para el enganche inicial con el paciente, sea el intento por parte del terapeuta de comprender el modelo explicativo personal que el paciente tiene del trastorno. Mostrar respeto por este modelo y trabajar inicialmente con él ayuda en el establecimiento de terrenos comunes entre el terapeuta y el paciente. Tomarle en serio, escuchar activamente el material psicológico sin cuestionamientos, realizar aclaraciones, ser sensible con las ansiedades y con el estado mental del paciente, son otras actitudes que también facilitan la relación inicial de trabajo.

Otro método que promueve el compromiso inicial consiste en conectar con el paciente a través de problemas actuales que esté teniendo, aunque no estén directamente relacionados con la psicosis, y ayudarle en su solución; por ejemplo, informarle y tratar con sus problemas sexuales. Esta opción es especialmente relevante en aquellos pacientes con fuertes resistencias al trabajo psicológico de sus problemas y con un estilo de afrontamiento negador o evitativo.

#### **7.2.1.1. Problemas en la implicación del paciente en su recuperación.**

Existen, sin embargo, una serie de problemas que se suelen presentar en esta fase inicial de terapia y que dificultan el establecimiento de la alianza de trabajo entre paciente y terapeuta, así como el compromiso del paciente en su propio proceso de recuperación:

El primer conjunto de estos factores lo constituyen las características de personalidad premórbida, incluyendo, además, la edad, el nivel de inteligencia, los logros académicos y la competencia social (entre la que destaca el número y la calidad de sus relaciones). Hemos de considerar aquí que, en este momento evolutivo, mayoritariamente durante la juventud, los pacientes no suelen tener experiencias en psicoterapia, y por tanto no saben qué aportar ni qué esperar de la misma, siendo especialmente difícil para ellos adoptar una postura objetiva sobre su enfermedad. Otro grupo de factores está directamente relacionado con la enfermedad del paciente, con su sintomatología positiva y negativa y con otras morbilidades (depresión, ansiedad social, consumo de drogas, etc). Estados mentales muy fluctuantes, y sintomatología caracterizada por grandiosidad o paranoia, pueden impedir, inhibir o en el mejor de los casos demorar esta fase inicial de enganche. El deterioro de las capacidades cognitivas básicas (atención, memoria, pensamiento abstracto, etc.) enlentece también notablemente el proceso, mientras que la negación de la enfermedad o la ausencia de *insight* se presenta como la mayor amenaza en esta fase.

La última barrera procede del tratamiento farmacológico, especialmente con los neurolépticos. Los prejuicios del paciente, el estigma asociado a este tipo de fármacos y sus efectos secundarios (sedación, acatisia, sobrepeso, dificultades sexuales, etc.) son otro factor que merma el compromiso y la implicación en el tratamiento y que hay que supervisar continuamente.

Podemos concluir resumiendo que, conocer la trayectoria anterior de contactos con servicios sanitarios para detectar y neutralizar experiencias traumáticas, mostrar intereses en su sintomatología y en su persona (aspiraciones, ideales, metas, miedos), ofrecer ayuda para sus problemas prácticos, aceptación de su psicosis y aliviar sus sentimientos estigmatizantes, fomentar esperanza y control sobre la enfermedad, son la base de esta primera etapa de trabajo.

### **7.2.2. Evaluación.**

Debe cubrir la sintomatología y el inicio del trastorno, el nivel de *insight* y el modelo explicativo personal, su funcionamiento en distintas áreas antes, durante y tras la psicosis, descripciones de sus posibles yo, su estructura de personalidad, su estructura cognitiva (pensamientos automáticos, estilo atributivo, esquemas, guiones y distorsiones cognitivas), sus métodos de afrontamiento y su contexto sociocultural. Habitualmente, se suele realizar en unas tres sesiones.

Henry y cols. (2002) señalan como fundamentales para el posterior trabajo de adaptación a la psicosis, el conocimiento de los siguientes aspectos del paciente:

- Estado mental actual y previo (síntomas positivos, negativos, afecto y comorbilidad).
- Grado de trauma y de pérdida experimentada durante la psicosis o posterior a ella.
- Forma de inicio del episodio psicótico.
- Respuesta al inicio de la psicosis y al tratamiento (integrador, reconocer experimentar un trastorno y querer entenderlo, o negador, negar padecer una psicosis o rechazar información sobre ella).
- Sentido del yo/ identidad (yo pasado, yo actual y yo futuro).
- Modelo explicativo (estereotipos de enfermedad).
- Repertorio de afrontamiento.
- Nivel de conocimiento de la psicosis.
- Calidad del ambiente de recuperación.
- Nivel de ilusión (cómo percibe el paciente los acontecimientos).
- Nivel de autoestima.

### **7.2.3. Adaptación a la psicosis.**

Pretende dotar al paciente de significado para sus experiencias psicóticas y de control sobre ellas, proteger su autoestima y sus diversos yoes. La intervención psicológica en esta fase de la enfermedad trata de combinar los dos principales procesos psicológicos implicados en la adaptación a la psicosis: la valoración cognitiva y el estilo de recuperación. Este modelo afirma que el ajuste a la enfermedad combina la evaluación personal del yo, de los síntomas y de la enfermedad con el estilo de afrontamiento que el individuo elige como mejor manera de abordar sus dificultades. Un buen ajuste psicológico pasará por la integración de unas valoraciones cognitivas y de un estilo de recuperación adaptativo. Dentro de las valoraciones de la enfermedad, destacan aquellas valoraciones cognitivas que se han probado claves por su influencia en una serie de acciones de gran trascendencia durante la psicosis temprana y que están relacionadas con reacciones de depresión, desesperanza y suicidio. Se trata de las valoraciones de atrapamiento, humillación y pérdida.

En cuanto al afrontamiento resultante, se consideran tres estilos de recuperación:

1. *Negación*, que suele ser el más frecuente, cuando el paciente rechaza como suyos o relacionados con él cualquiera de los síntomas o características de la enfermedad y genera una huida de cualquier intento de asumir o de regular tales disfunciones.
2. *Encasillamiento*, cuando el paciente se encierra en su rol de enfermo crónico y desesperanzado y abandona la búsqueda de cualquier acción encaminada a una mejoría o superación de los efectos de su enfermedad.
3. *Integración*, cuando el paciente asume su dolencia y se implica activa y positivamente en sus cuidados.

El ajuste que se presenta como óptimo es aquel que supone una aceptación libre de culpa de la enfermedad, junto con el fomento de un sentido de dominio sobre la enfermedad obtenidos a través de la educación y del aprendizaje, y aplicación de estrategias de control encaminadas hacia la integración de la psicosis. Las intervenciones se desarrollan a lo largo de cuatro etapas (Jackson, Hulbert, Henry, 2000):

**Etapa 1:** Se trata de instalar la esperanza en el mantenimiento o recuperación de algunas metas en el paciente, intentando mejorar su autoeficacia o creencias de influencia y control sobre el curso y resultado de la enfermedad. Un recurso útil en esta fase es la comunicación al paciente de otras experiencias personales que hayan pasado por su misma enfermedad y que hayan conseguido mantener sus metas o realizar sus expectativas, aunque estas se hubiesen reducido. La introducción de estrategias psicoeducativas, dirigidas hacia el cambio de atribuciones negativas sobre uno mismo, sobre la enfermedad y sobre el futuro, se inicia aquí y se aplica de manera individualizada y ajustada a las necesidades personales (McGorry, 1995).

**Etapa 2:** Supone el inicio del trabajo cognitivo intenso a través de la psicoeducación y del abordaje en profundidad de las distorsiones cognitivas, y reestructuración cognitiva de aquellos esquemas o creencias sobre la psicosis, el yo o la sintomatología que bloquea el acceso a las metas personales y menoscaba la capacidad de tratar con su enfermedad. Los objetivos específicos de esta fase se presentan en la tabla 7.1.



Valoraciones sobre la propia psicosis	Ejemplo: <i>"Es la peor cosa que me ha podido ocurrir"</i> .
Valoraciones sobre sucesos asociados con o preparadores del inicio de la psicosis	Pérdida del empleo, abandono de los estudios, abandono de la pareja, etc.
Estilo atribucional	Examen de los parámetros de globalidad, estabilidad e internalidad.
Habilidades de afrontamiento	Examen del rango, tipo y adecuación de las habilidades de afrontamiento del repertorio del paciente.
Posibles yo	Examen de los yo pasados, presentes y futuros, así como de los yo no deseados.
Esquemas centrales / Creencias	Especialmente sobre el yo. Ejemplo: <i>"soy un incompetente"</i> o <i>"Soy un inútil"</i> .
Temperamento y características de personalidad.	Ejemplo: Evitación severa, perfeccionismo, fantasía excesiva.

Tabla 7.1. *Objetivos para la segunda fase de adaptación a la psicosis de la COPE*

### 7.2.4. Psicoeducación.

Los objetivos generales de la psicoeducación en las fases iniciales de la psicosis se dirigen a facilitar la aceptación del tratamiento psicológico y farmacológico, a promover estrategias eficaces y adaptativas para manejar los efectos de la enfermedad, y hacer menos doloroso el proceso de adaptación al impacto que produce el hecho de padecer un trastorno psicótico, y de encararse por vez primera con su tratamiento. De una manera mas específica, pretende contribuir a reducir o eliminar los sentimientos de miedo, vergüenza y el estigma asociado a la psicosis, a la vez que promueve sentimientos de control, optimismo y esperanza sobre su experiencia psicótica individual.

En cuanto a los contenidos que se indican como más adecuados, se sugiere que contemplen la naturaleza de la enfermedad desde la perspectiva del modelo de vulnerabilidad y las posibles alternativas terapéuticas ofrecidas al paciente, las pautas y la naturaleza variable de la recuperación, las perspectivas de futuro y los servicios y personal que participaran del tratamiento. Todos estos contenidos se exponen en un contexto clínico flexible e interactivo, que considera y parte del modelo explicativo de sus alteraciones y de enfermedad que tiene el paciente.

Sin embargo su utilización en las primeras fases de la enfermedad plantea una serie de problemas. La psicosis es una situación amenazante, que genera una identidad personal inaceptable y que tienden a rechazar. Tal rechazo puede verse en gran medida como un proceso psicológico normal subyacente, un estilo de negación, en este caso con función protectora. Esto hace bastante frecuente el rechazo a recibir información sobre su sintomatología, e incluso a aceptar sus experiencias como síntomas de enfermedad. A corto plazo, esta estrategia de afrontamiento debe respetarse y desafiarla con mucho tacto en momentos posteriores. Los problemas con el establecimiento de un diagnóstico claro y la estabilidad del mismo durante estas fases iniciales es otra de las trabas.

**Etapa 3.** Supone el paso a la acción de las estrategias cognitivas trabajadas en la etapa anterior a través de tareas graduadas programadas encaminadas a encauzar nuevamente el desarrollo personal: recuperación o mantenimiento de amistades, normalización de la convivencia familiar, recuperación de las metas académicas o laborales, etc.

**Etapa 4.** Revisión de los progresos, balance de los desarrollos alcanzados destacando los logros obtenidos como evidencias de avance y recuperación personal, resaltando la autoeficacia y la capacidad de auto dirección personal.

### 7.2.5. Morbilidad secundaria.

La morbilidad secundaria surge como un fallo en la adaptación de la persona a su condición primaria. De este modo, un paciente con depresión secundaria puede estar apenado por haber perdido su trabajo y el significado que atribuye a esto (por ejemplo, pensar que nunca más será capaz de volver a trabajar). Un trastorno de estrés postraumático puede ser la consecuencia de un ingreso involuntario en el que se haya empleado violencia contra su familia o haya tenido que participar la policía. La fobia social, por su parte, puede ser el resultado de la vergüenza que supone recordar las acciones bochornosas o estrafalarias llevadas a cabo bajo los efectos de un brote psicótico agudo y el temor a la burla o al rechazo por parte de las personas cercanas al paciente (amigos, compañeros de clase, compañeros de trabajo, vecinos).

El abordaje de todos estos trastornos supone la aplicación de los procedimientos cognitivos estándar a las alteraciones secundarias a la psicosis más frecuentes (por ejemplo, depresión, ataques de pánico, ansiedad, abuso de alcohol y drogas).

### 7.2.6. Finalización.

En esta última fase de la terapia suelen aparecer el temor del paciente a no ser capaz de valerse por sí mismo en el afrontamiento de su vida diaria, sin tener al lado el apoyo de su terapeuta. Para prevenir y aliviar este problema, es fundamental que el terapeuta anime y fomente la autonomía y la consecución de metas cotidianas por el paciente durante todo el proceso anterior de terapia. De tal modo que su rol sea el de un asistente en las consecuciones vitales del paciente. El énfasis se debe poner en la construcción y fortalecimiento de las habilidades del paciente.

La prevención de recaídas, el aseguramiento de que el paciente ya cuenta con los recursos personales necesarios (en términos de habilidades de afrontamiento y de solución de problemas adecuadas) para abordar su vida, son otros elementos fundamentales en esta preparación para la finalización de la terapia. Para este fin, se pueden realizar ensayos con situaciones personales que en el pasado hayan provocado problemas en un adecuado desempeño personal o que se prevean que los pueden generar en su futuro próximo.

### 7.3. Desarrollos de la COPE.

La terapia cognitiva para la psicosis temprana es un tratamiento en evolución que se irá evaluando a lo largo del tiempo a través de sucesivos estudios. Dentro de esos futuros desarrollos destacan en especial los que se refieren a la aplicabilidad y administración del tratamiento, al propio contenido del mismo y al peso que se da a sus distintos componentes.

En lo referente a la aplicación de la COPE, conviene definir mejor el desarrollo del tratamiento, el número óptimo de sesiones, el espacio entre sesiones y la longitud y duración de las mismas. Así, por ejemplo, mientras que las aplicaciones anteriores se realizaban quincenalmente, actualmente se está estudiando el efecto de realizarlas semanalmente e incluso dos veces a la semana.

La aplicabilidad de la terapia es otro aspecto controvertido. Hasta ahora la terapia se aplicaba a pacientes estabilizados clínicamente, sin embargo, conviene determinar con mayor precisión si el tratamiento se debe aplicar a todo tipo de primeros episodios, independientemente de su severidad sintomática, fase de la enfermedad en que se hallen, y estado mental general. Relacionado con este aspecto, conviene establecer si su aplicación se debe limitar a primeros episodios o si, por el contrario, también estaría indicado su uso en segundos episodios. Este aspecto es especialmente importante ya que, como hemos dicho, en su primer episodio, los

pacientes suelen mantener una actitud de negación de la enfermedad y sus creencias de invulnerabilidad están aun muy fortalecidas, con lo que la probabilidad de rechazar tratamiento psicológico es elevada.

El contenido de la terapia es otro tema de discusión. Ya que la solución de problemas cotidianos directos e inmediatos es un objetivo clínico de primera necesidad y de gran utilidad para el establecimiento del compromiso y de la implicación de los pacientes en su proceso de adaptación y recuperación de la enfermedad, ¿estaría más indicada una orientación terapéutica menos cognitiva y más conductual? Por otra parte, ¿no estaremos ante un tipo de tratamiento demasiado disperso?, que trata de abarcar demasiados aspectos de la estructura psicológica de las personas debilitando, de esta manera, la potencia de la intervención que, de otro modo, se vería más fortalecida si se concentrase en componentes más reducidos y con contrastada relevancia. ¿No sería, quizás, más efectivo afinar en los aspectos claves de la respuesta psicológica de adaptación y focalizar en ellos el tratamiento?

Por último, queda pendiente el tema de desarrollar adecuadas medidas de evaluación psicológica. Los procesos de adaptación y de recuperación de la psicosis son aspectos que no disponen en la actualidad de adecuados indicadores e instrumentos de medida. En una situación similar se encuentra la medida de los posibles yoes. Por otra parte, y ya que uno de los objetivos de la adaptación implica la restauración, mejoría o aumento de las habilidades de afrontamiento y de solución de problemas, ¿No se deberían incluir la medida de estos constructos dentro de los protocolos de evaluación? Lo que está claro es que, sin unos adecuados instrumentos de medida, se hace muy difícil demostrar la eficacia y la eficiencia de la terapia y se obstruye de manera notable su avance ulterior. Esperemos que, en los próximos años, el grueso de estas cuestiones tengan una positiva y rápida respuesta.



SEGUNDA PARTE

# Estrategias centradas en el entorno



## Las intervenciones familiares con esquizofrénicos.

### 8.1. Desarrollo histórico de las intervenciones con familiares.

La Intervención Familiar ha demostrado ser una de las piedras angulares en el tratamiento de la esquizofrenia desde que se produjo el proceso de desinstitucionalización, incluso, algunos estudios lo sitúan como el tratamiento psicológico más eficaz frente a esta enfermedad (Vallina y Lemos, 2000).

Las familias ocupan un papel clave en el cuidado y soporte de la persona con una enfermedad mental crónica (EMC) y se estima que aproximadamente el 80% de ellas viven con sus padres. Por ello, la problemática a la que se enfrentan, el desconocimiento de la enfermedad, el estigma social y el manejo diario de situaciones críticas les conduce a vivencias dramáticas que afrontan con gran dificultad y en detrimento de su propio bienestar físico y mental. El concepto de *carga familiar* se refiere a los problemas, dificultades y acontecimientos adversos que sufre una familia como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros (Otero y Rebolledo, 1993). Todas las investigaciones han reconocido el núcleo familiar como un recurso esencial en la atención a la persona que sufre una EMC que precisa de información, asesoramiento y apoyo (Cañamares y cols., 2001).

El interés sobre la implicación de la familia en la génesis de la esquizofrenia, data de 1956 cuando Bateson publica el resultado de sus investigaciones sobre las paradojas de la comunicación que se producen entre la madre y el hijo, estando esta relación caracterizada por un *doble vínculo* paradójico, enfermizo y esquizofrenógeno. Sin embargo, con posterioridad, los descubrimientos sobre la teoría de la vulnerabilidad y los diferentes factores implicados etiológicamente en la esquizofrenia, restaron protagonismo a la familia en este sentido y comenzaron a

aparecer diferentes investigaciones centradas en estudiar la carga familiar y la influencia de la familia sobre el curso y el pronóstico de la enfermedad.

En los años 70 aparecieron los primeros trabajos sobre Emoción Expresada que han servido para ilustrar que determinadas actitudes como la hostilidad, el criticismo o la sobreprotección, contribuyen y predicen una recidiva en el paciente. Así mismo, comienzan a verificarse las primeras hipótesis sobre el modelo de vulnerabilidad, que restan culpabilidad sobre la contribución etiológica de la familia en el origen y curso de la enfermedad, y abogan por un modelo biopsicosocial en vigencia actualmente (Vallina y Lemos, 2000).

De acuerdo con esta teoría, la familia constituye una fuente de estrés, especialmente si carece de información y de manejo sobre el paciente y su enfermedad. Se clasificaron así familias de alta emoción expresada (desde ahora EE), con actitudes negativas como la crítica (desaprobación de uno o varios aspectos de la personalidad del paciente), hostilidad (resentimiento, antipatía, desaprobación o rechazo global de la persona) o sobreimplicación (actitudes exageradas de sobreprotección e implicación en la vida de su familiar), y familias de baja emoción expresada, con actitudes positivas, cálidas y afectuosas, que protegen y predicen una buena adaptación psicosocial. Los investigadores encontraron que las diferencias entre ambos tipos de familias radican en la información que disponen sobre la enfermedad. Por lo que se hipotetizó que planificando sesiones psicoeducativas y enseñándoles estrategias para el afrontamiento de los conflictos y problemas que se generan en el ámbito doméstico, se conseguiría modificar tales actitudes, prevenir recaídas y beneficiar el proceso de rehabilitación psicosocial (Vargas Aragón, Herro Sánchez y Pérez Puente, 1997).

Así, en los años 80, el papel de la familia cambió radicalmente, y adquirió una función primordial como agente preventivo y terapéutico en rehabilitación psicosocial, por dos razones: por el desencanto con los neurolépticos (por ejemplo, la tasa de recaídas es alta y la adherencia al tratamiento baja), y por otro lado, comienza a cobrar relevancia la hipótesis sobre emoción expresada como factor de riesgo en recaídas (Montero, Gomez-Beneyto, Ruiz, Puche, Adam, 1992). A partir de esos momentos, el apoyo profesional a la familia, la atención a sus necesidades, la evitación de intervenciones culpabilizadoras y la creación de una alianza terapéutica, son considerados elementos esenciales en el tratamiento eficaz (Lemos, 1985). Se reconoce la importancia del tratamiento farmacológico como factor de protección frente al estrés, pero la evidencia empírica aconseja modificar el entorno familiar, principalmente la sobreimplicación emocional de los familiares próximos.



En los años 90, comienzan a aparecer nuevos programas de intervención psicosocial (tanto individuales como familiares), y se realizan un gran número de los estudios comparativos sobre eficacia y eficiencia de los mismos (Tarrier y Barrowclough, 1995). La mayoría de ellos comparten una serie de principios (Montero, 1995) :

- Se considera la esquizofrenia como una enfermedad.
- Se enfatiza la función de la familia como elemento de *riesgo* por la expresividad emocional y como recurso terapéutico, en vez de cómo elemento etiológico.
- Se considera que el tratamiento farmacológico es una condición necesaria pero no suficiente para su recuperación.
- Se introducen diferentes *paquetes psicosociales* para abordar la sintomatología negativa.

Todos estos programas, independientemente de la orientación terapéutica, el número de sesiones, métodos de exposición, etc., combinan de un modo más o menos estructurado la administración de información y educación, la resolución de problemas y el apoyo. Sin embargo, tras diferentes revisiones realizadas, las sesiones psicoeducativas con las familias, independientemente del programa y método (Montero y cols, 1992; Lamb, 1991) consiguen mejorar el conocimiento que las familias tienen sobre la enfermedad, pero no la carga emocional. Estos resultados no coinciden con los obtenidos por Gallach (2000), donde sí obtuvo una mejora significativa de la baja EE (calidez y comentarios positivos), aunque no respecto a sobreimplicación emocional (alta EE).

## 8.2. Tipos de intervenciones familiares.

En la actualidad, todos los programas de intervención familiar combinan estrategias psicoeducativas (información sobre la sintomatología, la adherencia a la medicación, la intervención en crisis, etc.), con técnicas de resolución de conflictos y afrontamiento al estrés, junto con el adiestramiento en habilidades comunicacionales. No se ha podido demostrar cual de estas estrategias es más relevante, ya que por separado no parecen tener efectos positivos sobre el clima familiar. Parece ser, por tanto, que la combinación de todas ellas es lo que convierte en eficaz este tipo de intervenciones (Montero, 1995).

Todos estos programas presentan una serie de características comunes que probablemente contribuyan en sus resultados. Estas son las siguientes:

- Inclusión de los familiares en un clima y ambiente terapéutico cálido y no culpabilizador.
- Proporcionar información sobre el trastorno.
- Entrenamiento en habilidades comunicacionales.
- Técnicas de resolución de problemas en el contexto de las actividades cotidianas y el manejo de situaciones estresantes.
- Intervención en crisis.

En general tienen un formato pedagógico que persigue los siguientes objetivos:

1. Proporcionar información sobre aspectos tales como origen, curso, pronóstico, prevención de recaídas, factores de riesgo, etc.
2. Enseñar estrategias eficaces de relación entre los miembros de la familia para enfrentarse a las situaciones problemáticas y conflictivas que surgen.
3. Promover la participación activa de las familias en el proceso de rehabilitación psicosocial.
4. Incrementar la red social de la familia y fomentar el asociacionismo.

El procedimiento puede variar en unos modelos y otros. Estas diferencias pueden consistir en la elección de grupos multifamiliares frente a grupos unifamiliares; la inclusión o no del paciente en dichos grupos, o su realización en el propio domicilio o en el centro de salud. A continuación vamos a describir los modelos con mayor soporte experimental.

### **8.2.1. El paquete de intervenciones sociales en familias de esquizofrénicos de Leff.**

La intervención familiar diseñada por Leff y colaboradores se basa en los estudios sobre la expresión de emociones en las familias de esquizofrénicos (por ejemplo, Vaughn y Leff, 1976) En dichos estudios se encontró una fuerte relación entre el nivel de emoción expresada mostrada por los familiares y el pronóstico del trastorno en los pacientes que convivían con ellos. Se observó que la recaída en la esquizofrenia es más probable si los pacientes vivían con unos familiares excesivamente críticos y/o con una implicación emocional excesiva (sobreimplicación). Estas familias pasan, por tanto, a considerarse de alta emoción expresada, y su allegado presenta pues, un alto riesgo de recaída, por lo que son objetivos prioritarios para la intervención terapéutica.

Para el abordaje terapéutico de este tipo de familias los autores (Leff, Kuipers y Berkowitz, 1983) han diseñado un programa de tratamiento dirigido hacia los familiares de alto contacto con los pacientes y que consta de tres elementos:

1. Un programa educativo.
2. Sesiones familiares grupales.
3. Sesiones familiares individuales.

En el programa, después de la psicoeducación se le ofrecen a las familias sesiones de terapia en el hogar, y los familiares son invitados a la vez a asistir paralelamente a un grupo de familiares. En ambas modalidades se utilizan los mismos procedimientos de trabajo con familias, con la excepción de que los grupos excluyen a los pacientes. A continuación describiremos los elementos de cada uno de estos componentes.

### **1. El programa educativo**

Consiste en cuatro lecturas sobre la etiología, los síntomas, desarrollo, tratamiento y manejo de la esquizofrenia, realizadas en un lenguaje coloquial y leídas en voz alta a cada familia en su casa durante dos sesiones. Después de cada lectura se concede un tiempo para que los familiares formulen las preguntas que deseen. Este aspecto es modificado posteriormente, ya que los autores reconocen la dificultad de absorber por las familias la información que se les presenta en dos sesiones, por lo que la educación, en la práctica, continúa de un modo menos formalizado a lo largo de toda la terapia.

### **2. El grupo de familiares.**

Originariamente, se concibe como un medio de alterar los estilos de afrontamiento de los familiares con EE alta, a través de la convivencia grupal con familias de baja EE. El objetivo es facilitar el aprendizaje de estrategias de afrontamiento que les puedan ayudar a mejorar el control del estrés doméstico crónico de sus hogares. De este modo, el grupo aborda dificultades reales o potenciales, experimentadas por los familiares, dejando en un segundo plano la interpretación de la propia conducta de los familiares. La necesidad de afrontar la sensación de aislamiento experimentado por muchos familiares de pacientes esquizofrénicos, aumentando la cantidad de relaciones sociales gratificantes para las familias, es otro de los elementos centrales en la elección de un formato grupal para el tratamiento. El grupo se reúne cada dos semanas durante una hora y media, a lo largo de un periodo de 9 meses y se compone de siete miembros como máximo.

### 3. Sesiones familiares individuales.

Se visita a cada familia en su domicilio en un intervalo que va desde una a veinticinco sesiones de una hora. El enfoque de estas sesiones es pragmático, y están guiadas por los objetivos de disminuir la EE y el contacto social. Estas sesiones se realizan de forma paralela a las sesiones grupales. Las técnicas que se emplean son eclécticas, yendo desde intervenciones conductuales hasta interpretaciones dinámicas.

En desarrollos posteriores, los autores (Leff, 1996) han ido enriqueciendo su programa y presentando los contenidos que configuran su modelo de intervención y que definen como esenciales en las intervenciones con familias. En la tabla 8.1. se presentan estos componentes. Estos procedimientos se complementan con el trabajo individual que se realiza con los pacientes de forma paralela a las sesiones familiares y que incluyen entrenamiento en habilidades sociales, manejo de ansiedad y una aproximación cognitiva para los síntomas psicóticos persistentes.

- Un programa psicoeducativo sobre la esquizofrenia.
- La enseñanza de solución de problemas.
- Mejorar la comunicación.
- Reducir la alta emoción expresada y/o reducir los conflictos.
- Reducir el contacto entre familiares de alta EE y pacientes.
- Aumentar las redes sociales de familia y pacientes.
- Reducir las expectativas no realistas de las familias.
- El terapeuta como *ombudsman* de la familia.

*Tabla 8.1. Contenidos de las intervenciones familiares.*

#### 8.2.2. La terapia familiar conductual de Falloon

El tratamiento conductual de la familia deriva sus contenidos de la teoría del aprendizaje social, y aplica técnicas conductuales de desarrollo de habilidades, directivas y altamente estructuradas como: evaluación de las capacidades y déficits de cada miembro de la familia y del grupo familiar como un todo, educación, práctica repetida, formulación de objetivos, modelamiento, ensayo conductual, reforzamiento y asignación de tareas para casa. A lo largo de sesiones conjuntas y/o separadas, el paciente y sus familiares aprenden sobre la esquizofrenia y sus tratamientos, y acerca de la comunicación y habilidades de solución de problemas, las estrategias de manejo de estrés que son eficaces en su hogar, de forma que se

convierten en una parte integral de su estilo de vida (Falloon, Boyd y McGill, 1984).

Los componentes básicos del tratamiento son los siguientes:

1. Evaluación conductual de cada individuo y de la familia en su conjunto.
2. Educación sobre la enfermedad mental y su tratamiento.
3. Adiestramiento en habilidades de comunicación.
4. Adiestramiento estructurado y sistemático en solución de problemas
5. Técnicas conductuales especiales para problemas específicos.

El formato de las sesiones es de una hora de duración, si bien varía en función de la necesidad presentada y de la habilidad de los familiares. La aplicación del programa se realiza a lo largo de 10-12 sesiones semanales durante tres meses, seguido de sesiones quincenales durante otros tres meses y posteriormente mensuales hasta el periodo de un año.

El tratamiento en sesiones regulares acaba cuando existe evidencia de la incorporación de habilidades de solución de problemas por parte de la familia en la vida cotidiana. Sin embargo, suele ser habitual el mantenimiento de sesiones de monitorización de acuerdo con las necesidades de cada hogar.

### **8.2.3. El modelo psicoeducativo de Anderson**

Este programa de tratamiento está basado en la asunción de un déficit psicológico central que caracteriza a los esquizofrénicos y que incrementaría su vulnerabilidad a los estímulos externos e internos. Esta vulnerabilidad a la estimulación se exacerbaría por determinados ambientes hogareños, laborales y terapéuticos que parecen correlacionarse con altas tasas de recaída. Por estos motivos, los autores (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986) desarrollan un programa que intenta, por una parte, disminuir la vulnerabilidad del paciente a la estimulación por medio de la medicación, y por otra, disminuir la cantidad de estimulación proporcionada por la familia del paciente (al ser esta el principal contexto de funcionamiento del paciente). El exceso de estimulación, se entiende como el resultado de la alta EE de las familias (principalmente criticismo y sobreimplicación emocional) y de los patrones de comunicación familiar tendentes a ser vagos, confusos, amorfos, tangenciales o carentes de reconocimiento. La disminución de la intensidad del ambiente familiar, se pretende lograr, a través de un programa de tratamiento altamente estructurado que proporciona a las familias apoyo, información, estructura y unos mecanismos de afrontamiento efectivos para tratar con un miembro familiar psicótico.

Estos procedimientos denominados psicoeducativos, tienen como metas evitar los abandonos del tratamiento, desarrollar una buena alianza terapéutica, disminuir las tasas de recaídas y proporcionar a los pacientes una manera eficiente de funcionar en su comunidad. Las familias establecen un ambiente familiar predecible y estable, eliminando el estrés innecesario sobre el paciente, a la vez que reducen su ansiedad aumentando su autoconfianza y mejorando sus habilidades para reaccionar constructivamente ante las situaciones difíciles. El acercamiento a estas metas se produce por una serie de intervenciones que se realizan de modo secuencial, aunque se solapan en determinados momentos a lo largo de las cinco fases que componen la terapia y que guían su práctica por los siguientes principios:

- *Crear una alianza de tratamiento.* Que promueva una relación de apoyo viable con el paciente y la familia.
- *Informar.* Al paciente y a los miembros de su familia, acerca de la enfermedad y de su manejo.
- *Establecer un ambiente sosegado.* Tanto en el hogar como en el trabajo, que sustente la permanencia del paciente dentro de la comunidad.
- *Integrar gradualmente al paciente.* Tanto en sus papeles familiares, como sociales y profesionales.
- *Continuidad en la atención.* Crear tanto en el paciente como en la familia una continuidad de la atención que reciben y facilitar una *transferencia institucional*.

Estos principios se concretan a lo largo de las fases del tratamiento que exponemos a continuación:

### **Fase I: La conexión con las familias.**

Los contactos iniciales de los clínicos con los familiares son decisivos porque contribuyen al establecimiento de un vínculo terapéutico continuado. Esta etapa del tratamiento se realiza a través de cinco metas fundamentales que sientan las bases de todo el proceso de tratamiento:

1. Establecer una relación de trabajo auténtica con la familia que tenga por objeto la ayuda al paciente.
2. Comprender las cuestiones y problemáticas familiares que podrían contribuir a generar el nivel de estrés del paciente o el de los miembros de su familia.

3. Comprender los recursos que tiene la familia, así como sus intentos pasados y presentes de enfrentar la enfermedad.
4. Se destacan los puntos fuertes de la familia y se incrementan al máximo.
5. Establecer las reglas y expectativas del tratamiento mediante la elaboración de un contrato con metas específicas, asequibles y mutuas.

### **Fase II: El taller psicoeducativo.**

Está basado en la hipótesis de que la información ayuda a los miembros de la familia a adquirir una sensación de dominio sobre un proceso a veces caótico y aparentemente ingobernable. Se asocia a una disminución del miedo, la angustia y la confusión. Puede ayudar a muchos familiares a crear un ambiente más controlado, predecible y de moderada intensidad y permite establecer expectativas y planes realistas para el futuro. Importa la meta de proporcionar una reestructuración cognitiva de la comprensión de la esquizofrenia por parte de la familia, un modelo dentro del cual tengan sentido su comportamiento, el del paciente y el de los profesionales. En este programa, el taller se realiza a lo largo de una jornada intensiva, solo con las familias, excluyendo al paciente y en un momento muy próximo al episodio psicótico. En otras sesiones posteriores los clínicos acaban compartiendo toda esta información con los pacientes. El contenido del taller se centra en cuatro elementos: (1) Definición de la esquizofrenia y fenomenología de la misma, (2) Tratamientos psicosociales y farmacológicos, (3) La familia y la esquizofrenia, necesidades, problemas comunes y acciones de afrontamiento eficaces. (4) Preguntas sobre problemas específicos.

### **Fase III: Reintegración a la sociedad.**

Esta etapa se inicia en el momento del alta y dura hasta que el paciente esté en condiciones de centrarse en su funcionamiento laboral y social. Su duración vendrá determinada por su capacidad para reasumir responsabilidades en su familia. Esta capacidad se mide observando su desempeño en pequeñas tareas, convenidas entre el clínico, la familia y él. Su capacidad de cumplir de manera coherente y perseverante, sin que aumenten sus síntomas, constituye un prerrequisito para pasar a la siguiente etapa de tratamiento. Además de esta recuperación de responsabilidades gradual, se pretenden mantener unas adecuadas fronteras interpersonales, generacionales, así como entre la familia y la comunidad. Las sesiones son individuales, se mantienen de forma periódica, normalmente cada dos semanas, a través del teléfono o por contactos en crisis (normalmente producidas por la presentación

de violencia, riesgo de suicidio o agudización sintomática) e insisten en el mantenimiento de la medicación, el establecimiento gradual de metas, el desarrollo de estrategias de convivencia y la detección de señales tempranas de recaída. Cada sesión incluye cuatro componentes básicos: (1) Contacto social; (2) Revisión de la última sesión; (3) Desarrollo de solución de problemas; (4) Asignación de tareas.

#### **Fase IV: Rehabilitación social y profesional**

Es una continuación de la fase anterior centrada principalmente en el reenganche del paciente en actividades sociales y laborales e incorpora cuatro componentes: (1) Una programación laboral individualizada y flexible en consonancia con el nivel de tolerancia y el estrés del paciente. (2) Metas realistas, desarrolladas con la colaboración del paciente que tienen en cuenta los niveles de funcionamiento pasados, presentes y potenciales. (3) Se adecua la entrada social y laboral al nivel del funcionamiento del paciente. (4) En el programa de tratamiento de rehabilitación del paciente se producen los cambios de uno en uno cada vez. Si el paciente tiene una crisis o está experimentando estresores internos o externos no se realizan otros cambios hasta que las otras áreas se hayan reestablecido.

#### **Fase V: Etapa final del tratamiento.**

Ocurre cuando el paciente ha mostrado progresos en alcanzar sus metas de tratamiento y cuando estas ganancias se han mantenido durante un amplio periodo de tiempo. En este momento se plantean cuatro opciones ante el clínico, familia y paciente: (1) El tratamiento puede continuar centrándose en las metas del contrato original. (2) Puede derivar hacia la realización de temas tradicionales de terapia familiar. (3) Se puede reducir en términos de frecuencia, pero mantenerse para asegurar un funcionamiento continuado y proporcionar una sentido de apoyo permanente. (4) Puede terminar.

#### **8.2.4. El modelo de intervención cognitivo-conductual de Tarrier.**

El trabajo de estos autores se centra más en las necesidades de las familias que en la reducción de la emoción expresada (Barrowclough y Tarrier, 1992). Si bien, se mantiene que cierta comprensión de esta variable resulta útil en la práctica clínica, como método de evaluación de las estrategias de afrontamiento e indicador de las áreas de posible necesidad. Pero, el elemento central de su inter-



vención, serán las necesidades individuales y colectivas de los miembros de la familia. Así, el objetivo de estas intervenciones es doble:

1. Por una parte se busca la identificación de los componentes de alta EE y su eliminación mediante el cambio de las conductas de los pacientes o familiares que hayan elicitado la respuesta negativa original.
2. Por otra parte se pretende incrementar el nivel de funcionamiento del paciente por medio de una identificación sistemática de las necesidades y una planificación de las metas necesarias para cubrir esas necesidades.

Los familiares se consideran como agentes rehabilitadores, y la intervención se diseña para enseñarles las habilidades necesarias en el manejo de la relación con su familiar enfermo en el domicilio por medio de la reducción del estrés ambiental, así como de sus reacciones al mismo. La intervención cognitivo-conductual que utilizan consta de tres elementos:

### 1. El programa educativo

Parte del supuesto de que la información sobre la enfermedad aumenta el optimismo relacionado con la participación de la familia en el tratamiento y reduce sus síntomas de estrés, proporcionándole además una estructura teórica bajo la que encuadrar su participación en la terapia. Además, se apoya en un modelo interactivo de administración de la información (Tarrier y Barrowclough, 1985), en el que se distingue la patología objetiva que caracteriza a la enfermedad, de los efectos subjetivos en el paciente que padece la enfermedad. Esto supone que la gente desarrolla sus propios modelos subjetivos de enfermedad para dar sentido a su estado de salud, y estos a su vez, influirán en la asimilación de la nueva información que se les presente y en las estrategias de manejo que adopten. Un estilo interactivo que conozca y respete el modelo de enfermedad que cada familiar tiene, será el modo más adecuado de presentar la información a las familias. El programa educativo se realiza en dos sesiones. En la primera, solo con familiares, se pone especial atención en las creencias erróneas o las malas interpretaciones que tienen los familiares sobre la enfermedad, y la discusión con los familiares se centra en estas creencias. A la vez, se entrega un folleto con información básica sobre el trastorno. En la segunda sesión se discute en torno a la lectura sobre el folleto entregado y pueden estar juntos los pacientes y el familiar. El propósito de estas sesiones es preparar el terreno para el cambio y evaluar las áreas problemas más que *completar* la educación de los familiares.

## 2. El manejo de estrés y las respuestas de afrontamiento

Desde una perspectiva transaccional, las conductas de los pacientes se pueden ver como disparadoras de respuestas de estrés en sus familiares. Pero, el cómo valoran y responden a los problemas los familiares jugará, a su vez, un importante papel en el mantenimiento de su propia angustia. De aquí, se deducen dos formas posibles de reducir el nivel de estrés. La primera, aliviando el problema en sí mismo, a través de intervenciones específicas, que disminuyan o eliminen la conducta problema del paciente. El segundo método, ayudando al familiar a manejar las emociones negativas, pensamientos y conductas asociadas o provocadas por los problemas del paciente. Estas intervenciones podrían incluir, relajación, autoafirmaciones tranquilizadoras, revaloraciones de la conducta del paciente y aumentar el tiempo dedicado a sí mismos. En la práctica, se combinan ambas estrategias.

## 3. El programa de establecimiento de metas

A través de este programa, se trata de enseñar a los familiares una forma constructiva de aproximarse a los problemas de su familia. Esto implica la transformación de los problemas en necesidades que se pueden cubrir por medio de cambios de conducta positivos. El procedimiento se desarrolla de una forma estructurada a través de los pasos siguientes:

- Se revisan las necesidades de la familia, y esta las ordena en función de su prioridad y de la posibilidad real de conseguirlas a corto plazo. Es importante que las necesidades sean consideradas significativas para el paciente.
- A continuación de identificar la necesidad se analizan desde los puntos fuertes (habilidades, intereses y recursos), el modo de satisfacer las necesidades.
- Se establece una meta sobre la que trabajar y se formula en términos conductuales claros (quién hace qué, cuándo y cómo), si se hace necesario se descompone en pasos más pequeños.
- Se revisa la meta o sus pasos, para ello se analiza la participación del paciente y de su familia en el proceso para observar si es activa y facilitadora o por el contrario, es pasiva. Luego se establece un plan de mantenimiento, generalización y extensión de la meta.

Queda claro que todos estos componentes de la intervención, no se pueden considerar de manera aislada, ni limitados temporalmente.

### 8.3. Eficacia de las intervenciones familiares en esquizofrénicos.

En los diferentes y exhaustivos estudios sobre eficacia, parece constatado que todas las intervenciones con este tipo de metodología obtienen resultados favorables respecto a los objetivos inicialmente propuestos, es decir, mejoran el conocimiento sobre la enfermedad, favorecen un clima familiar más adecuado y optimizan el grado de participación social y comunitaria de la familia respecto a la búsqueda de recursos para sus allegados enfermos. Los diferentes modelos han sido repetidamente contrastados experimentalmente y los datos son altamente positivos y esperanzadores (Lamb, 1991).

En una investigación realizada en Aldaia (Valencia) con un grupo de familiares y estos mismos objetivos (Gallach, 2001), se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- La intervención psicoeducativa resultó efectiva y estadísticamente significativa para dos muestras relacionadas entre el inicio y el final de la intervención.
- Disminuyó la implicación emocional, principalmente mejoraron aquellos aspectos relacionados con comentarios positivos y clima familiar cálido. Sin embargo, no obtuvo una mejorara significativa el proteccionismo familiar.
- Los familiares aprendieron a relacionarse con mayor eficacia, lo cual repercutió sobre un clima familiar más satisfactorio.

En la tabla 8.2. (ver pág. 116) se muestran los resultados obtenidos en otros estudios comparando el tipo de intervención familiar realizado respecto del índice de recidiva.

Todos los tipos de intervenciones psicoeducativas disminuyeron significativamente las tasas de recaídas o reingresos 9 a 18 meses después de finalizado el tratamiento, comparados con el tratamiento estándar (Pekkala y Merinder, 2000).

En resumen, basándonos en Vallina y Lemos (2000 y 2001) las intervenciones familiares han resultado eficaces en los siguientes aspectos:

- Reducción de la carga familiar: las actuaciones dirigidas a las familias demuestran ser eficaces en reducir la carga subjetiva que soportan, favoreciendo la reorganización de la vida familiar con una mayor autonomía respecto del paciente. Además el éxito en el asesoramiento de las familias para afrontar las cargas, correlaciona con un efecto beneficioso sobre el curso de la enfermedad mental, específicamente mejorando el estado de ánimo, reduciendo la sintomatología positiva y reduciendo miedos.

Programa de intervención familiar	Periodo de seguimiento (meses)					
	9-12	18-24	36	48	60	96
<i>Estudio de Londres 1</i> (Leff y cols., 1985; 1982)						
Intervención familiar	8	20				
Tratamiento de rutina	50	78				
<i>Estudio de Londres 2</i> (Leff y cols., 1989; 1990)						
Terapia familiar	8	33				
Grupo de familiares	17	36				
<i>Estudio de California-USC</i> (Falloon y cols., 1982; 1985)						
Terapia familiar conductual	6	17				
Grupo familiar de apoyo	44	83				
<i>Estudio de Hamburgo</i> (Kottgen y cols., 1984)						
Grupo psicodinámico	33					
Grupo control	43					
<i>Estudio de Pittsburgh 1</i> (Hogarty y Anderson, 1987; Hogarty y cols., 1986)						
Intervención familiar	23 (19)	(32)				
Habilidades sociales	30 (20)	(43)				
Combinación de ambas	9 (0)	(25)				
Grupo control	41	66				
<i>Estudio de Pittsburgh 2</i> (Hogarty y cols., 1997)*						
Intervención familiar	40	4	5			
Terapia personal	13	13	0			
Combinación de ambas	19	20	28			
Terapia de apoyo	25	16	12			
<i>Estudio de Salford</i> (Tarrier y cols., 1988; 1989; 1994)						
Intervención familiar	12 (5)	33 (24)			62	67
Tratamiento educativo	48	59			83	80
Tratamiento de rutina	21	53			65	69
<i>Estudio de Sidney</i> (Vaughn y cols., 1992)						
Consejo de familiares	41					
Grupo control	65					
<i>Estudio de Amsterdam</i> (Linszen y cols., 1996)						
Intervención familiar y tratamiento estándar	16					
Tratamiento estándar	15					
<i>Estudio de Shashi (China)</i> (Xiong y cols., 1994)						
Intervención familiar	33,3	43,8				
Grupo control	60,7	64,3				
<i>Estudio de Munich</i> (Hahlweg y cols., 1995; Hahlweg y Wiedemann, 1999)						
Intervención familiar y medicación estándar	4	4				
Intervención familiar y medicación diaria	17	34				
<i>Estudio de New York</i> (McFarlane y cols., 1995)						
Grupos psicoeducativos multifamiliares	12,5	25	50			
Terapia psicoeducativa unifamiliar	22,2	44,4	77,8			
Grupos multifamiliares dinámicos	42,9	42,9	57,1			
<i>Estudio del NIMH</i> (Schooler y cols., 1997)						
Intervención familiar y dosis baja de medicación		25				
Intervención familiar y dosis estándar de medicación		25				
Intervención familiar y dosis diana de medicación		46				

\* Esos datos incluyen sólo el estudio 1 realizado con pacientes que convivían con familiares. Los porcentajes entre paréntesis se refieren a quienes concluyen el tratamiento.

Tabla 8.2. Porcentaje de recaídas durante el seguimiento, en los principales estudios de intervención familiar.

- Contribuyen a la prevención de recaídas y a su demora.
- Favorecen la adhesión al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de los pacientes.
- Incrementa el grado de satisfacción del consumidor con las intervenciones.
- Los programas de intervención familiar son más económicos que los tratamientos tradicionales.
- Los programas de intervención familiar tienen efectos beneficiosos sobre el funcionamiento social de los pacientes.
- El incremento de los conocimientos adquiridos conlleva una mayor comprensión y cuidados hacia la persona con EMC.

#### **8.4. Conclusiones.**

La intervención familiar demuestra su máxima eficacia cuando se incluye como un componente más del programa completo de Rehabilitación Psicosocial (Vallina, Lemos, García, Roder, Otero, Alonso y Gutiérrez, 1998; Huertas, Peris, Gallach, 1995, 1998).

Todos los programas de intervención familiar deberían cumplir con los siguientes requisitos (Muela y Godoy, 2001):

1. Incluir a la familia como copartícipe en el proceso de rehabilitación de la persona con EMC.
2. Aumentar el conocimiento de la familia sobre la EMC y su relación con el estrés y la vulnerabilidad.
3. Dotar a la familia de habilidades y recursos de afrontamiento.
4. Adiestrar para el reconocimiento precoz de recaídas y elaborar protocolos de actuación en estos casos.
5. Enseñar recursos para la administración de medicación y conseguir la adherencia al tratamiento farmacológico.
6. Racionalizar las expectativas generales.

Sean cuales sean las técnicas y /o modelos utilizados, el intenso y continuo apoyo psicológico a las familias es un componente imprescindible de cualquier programa de rehabilitación (OMS-WARP, 1997). Y además de los elementos específicos (dar información, ofrecer ayuda práctica, dar apoyo emocional), es im-

portante tener en cuenta los factores de *descarga y desahogo*, escuchar a las familias y ayudarles a canalizar sus necesidades.

Como conclusión, podemos afirmar que los programas de intervención familiar contribuyen a mejorar el conocimiento sobre la enfermedad mental, a mejorar las expectativas y a generar actitudes favorables frente a la personas con EMC y frente a las posibilidades de rehabilitación y de *recovery* o reconstrucción de su proyecto de vida. No obstante, es necesario tener en cuenta que no puede realizarse de modo aislado, sino que la intervención familiar debe formar parte de un programa integral e integrador dirigido a ayudar a las personas que padecen de esquizofrenia y otras psicosis, a mantenerse en su entorno en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible (Rodríguez González, 1997), complementándose con otras intervenciones individuales y comunitarias.

## La rehabilitación laboral

### 9.1. Introducción.

La Rehabilitación Psicosocial es un proceso que facilita a las personas con una EMC y un importante grado de deterioro, discapacidad o hándicap psicosocial, alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en su comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno. Es un proceso complejo y ambicioso que abarca muchos sectores y niveles, entre ellos la formación vocacional y el acceso al empleo (OMS-WAPR, 1997).

La rehabilitación laboral se fundamenta en los mismos principios básicos de la rehabilitación psicosocial: la persona con problemas psiquiátricos severos puede aprender y mejorar su funcionamiento, los abordajes que tiendan hacia su normalización deben predominar sobre los específicos y las intervenciones propiciar una mayor autonomía e independencia. La rehabilitación laboral va a dotar a la persona de un proyecto de vida, y pretende desplazar al sujeto de su arraigado rol de enfermo hacia un rol normalizado. El vehículo más eficaz para este tránsito hacia la normalización es el trabajo, en torno al cual se despliega la vida de las personas.

El empleo constituye un factor de integración. Desde el punto de vista antropológico, aparece como un proceso de realización personal en el hombre. Desde el punto de vista socioeconómico es un eje y núcleo de la actividad productiva, personal y social; y desde el punto de vista psicológico representa la realización y aplicación práctica de la capacidad humana que genera confianza y seguridad de la persona en sí misma. El facilitar a la persona con discapacidad la obtención de un trabajo remunerado en el medio ordinario, supone, además de cobrar un salario, una valoración social positiva tanto por parte de su propia familia como de la comunidad, una mayor independencia personal y un sentimiento de utilidad, la posibilidad de establecer relaciones y la experiencia de gozar de los mismos derechos y de formar parte integrante de su comunidad.

Entendemos el trabajo como un elemento de gran valor social que vértebra la vida de las personas; supone un factor de integración y normalización que puede convertir al enfermo mental crónico en individuo perteneciente a un grupo. El desempeño de una actividad representa en muchos casos la línea divisoria que distingue a quien pertenece al grupo social y a quien resulta marginado. Fomenta hábitos de conducta que identifican al sujeto como integrante de esa sociedad; y del mismo modo, genera conductas que el propio individuo reconoce como pertenecientes al grupo. Gracias al desempeño de un trabajo el enfermo mental crónico adquiere el *rol* normalizado (o *rol* de trabajador) por encima del *rol* de enfermo.

El trabajo se convierte así en un elemento de doble valor para el sujeto: por una parte, el valor intrínseco del desempeño de una actividad y sus beneficios (sociabilidad, organización del tiempo, refuerzo de la autoestima) por otra parte, el valor de elemento terapéutico por el que el trabajo va incidir directamente sobre su estado defectual, mejorar su funcionamiento, aumentar la valoración de sí mismo, normalizar sus conductas, sentirse útil, activo, estimulado por una tarea y enriquecido gracias a la relación con las demás personas. El trabajo es, a la vez, un resultado y un determinante del curso de un trastorno mental crónico (Lieberman, 1993). La fuerte asociación entre calidad de vida y ocupación añade una nueva dimensión al campo de la Rehabilitación Psicosocial y sugiere la necesidad de organizar y planificar los nuevos servicios psiquiátricos hacia tareas ocupacionales (Eklund y Hansson, 2001).

Por otra parte, la permanencia en el trabajo sirve como factor de protección contra la recaída sintomatológica, reduciendo o neutralizando los estresores y promoviendo el afrontamiento por medio de la estructuración, las experiencias de control y las relaciones sociales que proporciona el trabajo. Simultáneamente, la percepción social peyorativa que existe sobre la enfermedad mental, se invierte, al incorporarse la persona con una EMC al tejido productivo social.

Para la mayoría de las personas con discapacidad por EMC en edad laboral, el acceso al mercado de trabajo se presenta como una barrera casi infranqueable que les impide ejercer con dignidad su derecho al trabajo, y en consecuencia, obtener autonomía económica y reconocimiento social.

Un enfermo mental que consigue integrarse en la sociedad a través del trabajo, supone:

- Que, en efecto, es capaz de trabajar.
- Que hay una red de servicios asistenciales que lo apoya.
- Que hay una sociedad que lo acepta.



- Que sirve como *muestra y ejemplo* real de la enfermedad mental, que contribuye a atenuar o eliminar las falsas creencias sobre la totalidad del colectivo de enfermos mentales crónicos.

## 9.2. Principales obstáculos a la integración laboral.

Además de las dificultades propias para encontrar un puesto de trabajo para cualquier ciudadano (tasa de desempleo de las personas con discapacidad en la Comunidad Valenciana es de 90% frente a la tasa de desempleo general), las personas con discapacidad tienen otras dificultades específicas. Utilizando la clasificación de Galilea y Colis (1995) (ver tabla 9.1.) consideraremos las siguientes:

- Aquellas que provienen de las personas con EMC y sus familias.
- Aquellas dificultades que provienen de los prejuicios sociales y estigma de las propias empresas.
- La falta de una normativa legal coherente que prime la integración laboral sobre el sistema de las personas.
- Dificultades derivadas de los propios profesionales.

*Tabla 9.1. Dificultades Específicas, clasificación Galilea y Colis (1995)*

### a) Aquellas que provienen de las personas con EMC y sus familias:

- Que siguen teniendo un concepto asistencialista y sobreprotector.
- Baja cualificación profesional, dado que posiblemente, el *debut* de su enfermedad interrumpió su formación profesional o incluso sus primeros contactos laborales.
- La propia sintomatología negativa de la enfermedad que en este caso se manifiestan con una falta de motivación y de autoestima hacia el trabajo, que interacciona con la sintomatología positiva y con los efectos secundarios de la medicación.
- Ausencia de experiencia laboral previa.
- Déficits en hábitos laborales.

Anthony (1994) clasifica estos déficits en relación a:

- *La elección del trabajo*: incapacidad para identificar intereses, dificultad para planificar, no identificación de los déficits laborales, etc.
- *La consecución del trabajo*: desconocimiento de las fuentes de informa-

ción, la incapacidad para elaborar un *currículum*, la dificultad para rellenar solicitudes, no saber hacer entrevistas, etc.

- *La conservación del empleo*: descuido de apariencia personal, no saber manejar adecuadamente el transporte, poca iniciativa, baja tolerancia al cansancio, etc.

**b) Aquellas dificultades que provienen de los prejuicios sociales (Galilea y Colis, 1995) y estigma de las propias empresas**, como el bajo rendimiento laboral, el elevado absentismo, los problemas de adaptación, la falta de capacitación, etc., que hacen difícil el acceso al mercado del trabajo de todos los discapacitados y especialmente las personas con EMC. El prejuicio social supone un obstáculo importante para la integración sociolaboral de los enfermos mentales crónicos. Para la integración laboral de un colectivo marginado es necesaria la voluntad de éste para ser acogido y la voluntad de aquélla para integrarlo. Lamentablemente, la comunidad no parece preparada para albergar esa voluntad de integración. Este hecho no tiene que relacionarse necesariamente con una actitud insolidaria, pero sí con el prejuicio y la ignorancia.

La Fundación CIREM<sup>1</sup> a propuesta de Fundosa<sup>2</sup>, en diciembre de 2003 presentó los resultados del estudio sobre la realidad sociolaboral de las personas con discapacidad de la Comunidad Valenciana. Tras el análisis de las principales competencias y capacidades profesionales potenciales (aprendizaje de nuevas tareas, autonomía, rol polivalente, habilidades relacionales y comunicativas, capacidad para trabajar en equipo, capacidad para la innovación, planificación del trabajo en función de los recursos, capacidad para tomar decisiones y solución de problemas), proponen que es necesario realizar una investigación en profundidad de los factores perjudiciales que dificultan la inserción de la persona con EMC, y abordar eficazmente el estigma de la esquizofrenia a partir de ofrecer una mayor información y sensibilización comunitaria.

Los principales prejuicios que tienen los empresarios respecto de los EMC se pueden concretar en:

- Desconocimiento de la enfermedad.
- Miedo a disminución de la producción.
- Absentismo o alto nivel de bajas por enfermedad.

<sup>1</sup> Fundació Centre d'Iniciatives i Recerces Europees a la Mediaterrànea

<sup>2</sup> Fundación ONCE

- Problemas de puntualidad /fiabilidad.
  - Problemas para obtener concentración en la tarea.
  - Interferencias con el resto de la plantilla.
  - Incompetencia del empresario o supervisor en las crisis.
- c) **La falta de una normativa legal coherente que prime la integración laboral sobre el sistema de las pensiones.** Estas, en ocasiones, representan un verdadero obstáculo a la integración. Las insuficientes ayudas y subvenciones para el empleo con apoyo, para los centros especiales, los contratos incentivados, etc.
- d) **Dificultades derivadas de los propios profesionales.** Las dificultades que encuentran los profesionales para adecuar la formación y el empleo a las personas con enfermedad mental son muy variadas: falta de objetivos laborales en la planificación de actividades de las asociaciones, falta de recursos formativos y laborales específicos para este colectivo, concepciones segmentarias y parciales de la *rehabilitación* como algo diferente de la *normalización*.

Todos estos factores interactúan de un modo complejo, y exigen intervenciones diferenciales y específicas dirigidas a modular y disminuir los obstáculos y problemas existentes, y a maximizar las oportunidades de realizar actividades productivas y remuneradas de este colectivo, imprescindibles para avanzar en su integración y en la mejora de su calidad de vida.

Los programas de rehabilitación laboral implican una intervención multidimensional favoreciendo el acceso al empleo, interviniendo en todas las áreas en las que la persona se desarrolla, e introduciendo cambios en su entorno que lo lleven a disponer de su vida de la forma lo más normalizada posible (Huertas, Peris, Gallach, 1995, 1998). La Rehabilitación también está dirigida a mejorar las capacidades a largo plazo de las personas con trastornos psiquiátricos en lo que respecta a su vida, aprendizaje y ocupación (Anthony y Liberman, 1986).

Desde esta perspectiva, la rehabilitación laboral es un proceso individual, flexible, estructurado dirigido al individuo, a su familia y al entorno para favorecer su acceso al trabajo. Los principales objetivos que se persiguen son:

- Facilitar la integración laboral como un elemento vertebrador de la integración social de la persona con discapacidad: insertabilidad.
- Posibilitar la rehabilitación laboral, dotando a los usuarios de los conocimientos, destrezas y habilidades necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral.

- Articular y organizar la formación ocupacional de personas con discapacidad por EMC que permita el acceso al empleo.
- Propiciar y apoyar la inserción laboral con diferentes fórmulas de aquellos usuarios que estén en condiciones de realizar actividades laborales productivas.
- Garantizar el apoyo y orientación tanto de las personas con discapacidad como de sus a sus familias.
- Mejorar la calidad de vida de los destinatarios.
- Sensibilizar a instituciones y empresas (próximas).
- Disminuir el hándicap social del EMC.

### **9.3. Módulos de Rehabilitación Laboral.**

A continuación describimos a grandes rasgos los módulos utilizados con mayor frecuencia por los técnicos de la inserción laboral.

#### **9.3.1. Modulo de desarrollo de habilidades sociolaborales.**

Se trata de desarrollar aquellas habilidades imprescindibles en la convivencia laboral que el usuario debe adquirir, recuperar o potenciar, tales como la adecuada interacción con compañeros y jefes, la capacidad de iniciar y mantener conversaciones, solicitar y ofrecer ayuda, administración del tiempo de ocio, etc. Para los sujetos que presentan déficits cognitivos severos y problemas significativos en su repertorio conductual, podrán diseñarse entrenamientos específicos siguiendo modelos básicos atencionales y de resolución de problemas.

#### **9.3.2. Módulo de ajuste laboral.**

Se trata de talleres que reproducen el marco de trabajo normalizado, donde el usuario adquiere paulatinamente los hábitos y habilidades propias del desempeño laboral. El taller tiene carácter polivalente y multidisciplinar, los trabajos que en él se realizan no deben circunscribirse a un área laboral determinada, sino abarcar un espectro amplio de tareas, moderadamente interesantes, ajustadas a las necesidades del individuo y a sus posibilidades, que permitan un aumento de la complejidad y susceptible de desarrollarse individualmente o en grupo. Los objetivos que debe cumplir son:

- Definición de los intereses vocacionales de los usuarios, aunque teniendo en cuenta previamente su perfil Psicosocial:

1) Datos personales y de identificación.

2) Características del entorno familiar.

3) Formación:

- Formación académica.
- Nivel alcanzado.
- Razones de la finalización de los estudios.
- Formación complementaria.
- Conocimiento de idiomas.
- Conocimientos de informática.

4) Experiencia laboral:

- Tipo.
- Características de los contratos: Duración, empresa, finalización, etc.
- Adaptación al puesto de trabajo.

5) Análisis de capacidades:

- Disponibilidad para trabajar: geográfica, horaria, expectativas y preferencias laborales.
- Recursos para la búsqueda de empleo.
- Medios conocidos.
- Medios utilizados.
- Estudio de los factores relevantes en la búsqueda empleo.
- Alternativas ocupacionales propuestas.
- Valor que concede al trabajo.
- Autoestima personal y actitudes.

6) Análisis de las competencias:

- Personales.
- Sociales.
- Profesionales.

7) Análisis de la discapacidad:

- Grado de minusvalía.
- Tipo de minusvalía.
- Limitaciones personales.
- Limitaciones laborales.
- Limitaciones sociales.

8) Conclusiones: Indicación del *Itinerario Individualizado de Inserción*.

- Permitir el acceso a la formación ocupacional reglada.
- Proporcionar apoyo a la formación.
- Desarrollar habilidades laborales: puntualidad, asistencia, aseo y cuidado personal, actitud positiva frente al trabajo, desarrollo de la capacidad de comprensión de instrucciones, memoria, atención y concentración, desarrollo de capacidades laborales propiamente dichas: iniciativa, reacción al trabajo repetitivo y organización de tareas.

### 9.3.3. Módulo de orientación laboral y búsqueda de empleo.

Son módulos generalmente grupales, aunque la intervención se suele hacer de forma individualizada. Trata de determinar junto con la persona interesada y dentro de su área vocacional, cuales serían las ofertas laborales que más se ajustan a su perfil profesional, conocer y manejar las fuentes de información, inscribirse en las oficinas de empleo, elaborar currículum, etc. Contiene los siguientes objetivos:

1. *Adiestramiento en la búsqueda de empleo:* Adiestrar al individuo en la prospección del mercado laboral local y regional, sirviéndonos de las siguientes fuentes: ofertas del INEM, Cámaras de Comercio, asociaciones empresariales, páginas amarillas, prensa especializada. Se reúne información sobre las empresas que se deben visitar, procurando elegir aquellas que se encuentren en un buen momento productivo, que tengan en su plantilla trabajadores con minusvalía y que hayan demostrado tener un talante integrador.
2. *Adiestramiento en estrategias de análisis del puesto de trabajo:* Se requiere análisis inicial de tareas y habilidades que implica el puesto concreto y del ritmo de producción que dicho puesto requiere. Es im-

portante que el puesto ofrezca oportunidades de intercambio social, que no sea un puesto aislado. Es necesario comprobar las habilidades de comunicación y relación personal que requiere el nuevo empleo.

3. *Estudio de las expectativas del individuo respecto de este puesto de trabajo:* Es importante conocer cuáles son los resultados que se esperan obtener a través del empleo, ya que no todas las personas trabajan por las mismas razones. Posibles metas de obtener y mantener un empleo pueden ser: desarrollar relaciones, ganar dinero o incrementar la autoestima. En esta fase estarán evaluados todos los aspectos psicosociales que puedan potenciar o dificultar la integración laboral, así como las habilidades de ajuste laboral.
4. *Habilidades de presentación al nuevo puesto:* Ajustar el perfil del candidato al perfil de puesto y de la tarea requerida.
5. *Adaptación y entrenamiento en el puesto de trabajo:* Se analizan y controlan todas aquellas variables que contribuyen a la adaptación del sujeto al puesto de trabajo, así como al mantenimiento del mismo, asegurando en todo momento rendimiento y calidad óptimos.
6. *Seguimiento y valoración global del proceso:* Se realiza una evaluación del rendimiento y calidad del trabajo. Se estudia la implicación a la familia en el proceso de inserción laboral y se establece el seguimiento a largo plazo.

## 9.4. Principales alternativas de inserción laboral.

### 9.4.1. Talleres de formación e inserción laboral para personas con discapacidad (TFIL).

La formación y cualificación de los desempleados se considera como una estrategia de políticas activas para el empleo. Un ejemplo son los Talleres de Formación e Inserción Laboral para colectivos en riesgo de exclusión. Son acciones de formación dirigidas a personas con discapacidad cuyo objeto es favorecer el acceso al mundo laboral de aquellos colectivos desfavorecidos en situación de desempleo, mediante actividades ocupacionales, educativas y rehabilitadoras a través de la elaboración de *Itinerarios Individualizados de Inserción*. En esta misma línea, las personas con discapacidad por enfermedad mental crónica, constituyen un grupo en situación de riesgo y marginación para el acceso al mercado laboral, por su escasa cualificación profesional, la falta de motivación para buscar, iniciar y mantener un

empleo y por el *hándicap* social que rodea la enfermedad mental en torno a la peligrosidad, la falta de control, las frecuentes bajas laborales, el bajo rendimiento laboral, los prejuicios y tabúes que caracterizan también a los empresarios, y a los yacimientos de empleo que impiden el acceso al trabajo de este colectivo.

Son objetivos de éstos Talleres Formativos con respecto a las personas con EMC (Gallach, 2000):

- Facilitar el acceso al mercado de trabajo normalizado y/o protegido en condiciones igualitarias respecto al resto de población desempleada: promover la igualdad de oportunidades.
- Ampliar la formación de las personas respecto a la adquisición de capacidades, que faciliten la incorporación a la vida activa en el ámbito de una profesión.
- Desarrollar y afianzar la madurez personal, y la verdadera integración social, mediante la adquisición de hábitos y capacidades que les permita participar de forma responsable en el trabajo y en la actividad social y cultural de su entorno.
- Insertar laboralmente a un porcentaje de los destinatarios.

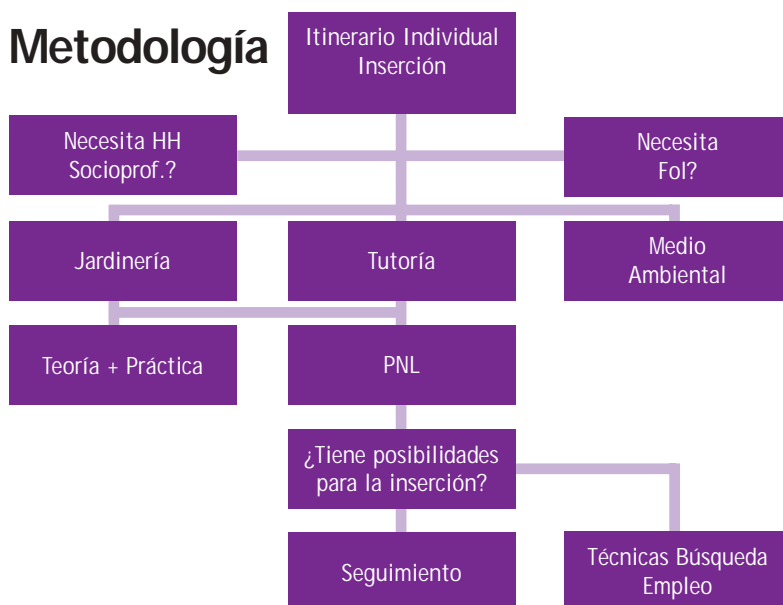


Figura 9.1. Ejemplo de Itinerario Individualizado de Inserción.



- Disminuir el hándicap social en torno a la enfermedad mental en el ámbito del mercado laboral.

En la figura 9.1. presentamos un ejemplo de *Itinerario Personalizado de Inserción* en un TFIL para adaptar al individuo los módulos de prácticas no ocupacionales (PNC): habilidades socioprofesionales, formación y orientación laboral (FOL), acción tutorial, técnicas de búsqueda de empleo y módulo de seguimiento a la inserción.

Este procedimiento representa una estrategia funcional de adaptación al empleo, entendiendo que la formación es algo inseparable del mismo. Sin embargo, en el diseño debemos tener en cuenta que debe cumplir los principios mismos de la Rehabilitación:

- *Global*: que contemple la situación actual de las personas, los conocimientos, sus referencias culturales, su historia de vida y sus necesidades sociales.
- *Individualizada y específica*: que se adapte a sus necesidades, actitudes y aptitudes, conocimientos y destrezas, y que refuerce su seguridad y su autonomía personal y grupal.
- *Por descubrimiento*: que motive la implicación de los participantes en su propio proceso formativo y de cambio.
- *Participativa y comunitaria*: que promueva su desarrollo personal en la vida social y económica, cambiando su estatus de receptor de ayudas a generador de recursos que fomente los cambios sociales.
- *Adaptada* a las necesidades reales del mercado laboral.

Estos talleres están subvencionados por la Consellería de Economía, Hacienda y Empleo de la Generalitat Valenciana que regula el procedimiento anualmente a través del SERVEF<sup>1</sup>.

#### 9.4.2. Centros Especiales de Empleo.

Los Centros Especiales de Empleo se crearon y definieron en la LISMI de 1982. Son empresas cuya finalidad consiste en asegurar un empleo remunerado a trabajadores minusválidos, siendo también un medio de transición al mundo laboral normalizado. El trabajo que realice el discapacitado deberá ser productivo y remunera-

<sup>1</sup> Servicio Valenciano de Empleo y Formación.

do, adecuado a las características individuales del trabajador, en orden a favorecer su adaptación personal y social y a facilitar en su caso, su posterior integración laboral en el mercado ordinario de trabajo. De este modo, su segunda finalidad consiste en prestar los servicios de ajuste personal y social que los trabajadores requieran: de rehabilitación, terapéuticos, de integración social y cultural y deportivos.

La plantilla debe estar integrada con trabajadores minusválidos, permitiéndose la cobertura de puestos de trabajo con personal no minusválido en la medida que éste sea necesario para el desarrollo de la actividad.

En la Comunidad Valenciana, por ejemplo, la mayoría de Centros Especiales de Empleo disponen de un plantilla mixta, compuesta por discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, y es infrecuente que se inserte a personas con EMC, por las razones mencionadas. Sin embargo, existe una empresa, creada en 1997 en Aldaia (Valencia) cuya plantilla está formada por 13 enfermos mentales, que ha sabido vincular el espíritu empresarial, la rehabilitación psicolaboral y la solidaridad social, con criterios ergonómicos, ecológicos y de rentabilidad (Real Decreto 170/2004 y Real Decreto 1451/1983 por el que se regula el empleo selectivo y las medidas de fomento de empleo de los trabajadores minusválidos).

### 9.4.3. Empleo con apoyo.

El seguimiento en el empleo originariamente surgió en Estados Unidos como el último peldaño para la consecución al acceso ordinario desde los centros especiales de empleo, y como una medida más de discriminación positiva para este colectivo. Se entiende como un conjunto de acciones que se desarrollan en el seno de estos programas, y tienden a facilitar el acceso al mercado de trabajo de este colectivo, y con el objetivo principal de mantenerlos en esos empleos.

Constituye un proceso de inserción que pasa por diferentes fases, durante las cuales se realizan actuaciones sociales, se aplican procedimientos de enseñanza y tecnología del análisis conductual aplicado, se utilizan instrumentos de registro apropiados, etc, de tal manera que el equipo técnico pueda apoyar a cada sujeto según sus necesidades, y garantizar así el éxito de su integración laboral y social. Las fases son:

- Búsqueda de empleo.
- Análisis del puesto de trabajo.
- Valoración de candidatos.

- Selección y colocación del individuo.
- Adaptación y entrenamiento.
- Seguimiento y valoración global del proceso.

Y básicamente tiene estas cuatro líneas de actuación:

1. Tratamiento personalizado de la demanda por parte de personal especializado.
2. Búsqueda activa de oportunidades de empleo por parte de prospectores especializados que cubren dos déficits: el desconocimiento de las empresas de las ayudas y subvenciones a la contratación de discapacitados, y por otro lado, la búsqueda eficaz de un empleo adecuado a la demanda del usuario.
3. Formación en el puesto de trabajo (Cook y Razzano, 1992). Esta es la variable que más correlaciona con la estabilidad en el puesto.
4. Seguimiento permanente y periódico dirigido a mantener la estabilidad en el puesto.

#### 9.4.4. Enclaves (Proyectos de inserción a través de CEE + I).

Procedimiento utilizado con éxito en el País Vasco (Cortés y Astraín, 2000) como estrategia de tránsito entre los Centros Especiales de Empleo y el empleo ordinario. Consiste en establecer un convenio regulador entre el Centro Especial y la Empresa por el que un determinado trabajador pasa a desempeñar su trabajo a la empresa ordinaria durante un tiempo limitado. Si pasado este tiempo, el rendimiento del trabajador es satisfactorio, éste es contratado por la empresa ordinaria. En caso contrario, permanece en el Centro Especial. Durante el tiempo en el que el trabajador está *enclavado*, la empresa recibe una subvención de la Administración. Esta fórmula es ventajosa para el Centro Especial, que intenta la inserción normalizada con sus trabajadores, para la empresa ordinaria que recibe una prestación económica y prueba al trabajador, y para el propio discapacitado, que se enfrenta a una empresa *ordinaria* sin los matices sociales ni protectores del Centro Especial.

#### 9.4.5. Empresas de Inserción.

Son estructuras de aprendizaje que reproducen las estructuras de trabajo y las relaciones laborales de una empresa, cuyos promotores, mediante una iniciativa empresarial, y estando sensibilizados con el problema de la integración laboral

de personas en riesgo de exclusión, proporcionan un trabajo real en condiciones empresariales. Un buen ejemplo es la empresa vasca Zeharo (Cortés y Astraín, 2000). Sus características principales son:

- Los destinatarios son colectivos en riesgo de exclusión.
- Persiguen la inserción social y laboral.
- Deben ser autosuficientes económicamente, sin fórmulas de empleo protegido ni subsidiario.
- La base de la financiación es la inversión, no la subvención.
- Son competitivas.
- Permiten unir dos fines inicialmente incompatibles, el social y el económico.
- La permanencia en la empresa es temporal, sólo mientras dure el periodo de aprendizaje.
- Los beneficios se reinvierten por entero en la generación de empleo.

#### 9.4.6. Empleo normalizado.

Es la opción de inserción laboral más deseable desde la perspectiva de la *integración*. Existen algunas bonificaciones de las cuotas empresariales a la Seguridad Social, subvenciones y deducciones por el contrato indefinido de trabajadores minusválidos (requiere el certificado de minusvalía expedido por la Administración correspondiente).

### 9.5. Eficacia de estos programas.

Al igual que en el resto de programas de rehabilitación, la investigación especializada ha tratado de dar respuesta a cuáles son las claves del éxito o fracaso en las integraciones laborales de personas con EMC y los resultados son discrepantes. Farkas realizó una investigación en 1999 para establecer la relación entre sintomatología psicótica y funcionamiento laboral, y llegó a la conclusión de que esta correlación es muy débil, y que a través de la rehabilitación vocacional se evitan dos tercios de los ingresos y unos resultados entre un 30 y un 55% mejores de lo esperado. La rehabilitación permite que el paciente recupere su identidad, es un proceso de *recovery*. Orviz y González (1992) señalan que las tres variables que correlacionan más con el fracaso laboral son: las conductas problemáticas, la falta de rendimiento y la sintomatología activa. Otros autores señalan que las variables

que predicen el buen ajuste laboral son: la ausencia de hospitalización previa, la historia laboral previa y buena adhesión al tratamiento farmacológico. Los principales elementos vinculados con el desempleo en la esquizofrenia son: la personalidad premórbida, la sintomatología negativa y el deterioro de la función cognitiva (McGurk y Meltzer, 2000). Banks (2001) realizó un estudio cuantitativo examinando las características de 243 individuos con trastornos psiquiátricos que participaban en programas de empleo protegido en los Estados Unidos de América. Los resultados indicaron que el apoyo social y los apoyos laborales naturales son los mejores predictores para el mantenimiento del empleo.

En España, Cortés y Astraín (2000) realizaron una investigación descriptiva con 122 sujetos para determinar las claves del éxito de la estabilidad en el empleo de las personas con discapacidad por EMC y los resultados revelaron que:

- En la adaptación al puesto y en el mantenimiento del mismo, no influye el tipo de enfermedad mental, sino la red de apoyos del individuo: familia, amigos y motivación hacia el empleo.
- No existe relación entre género y respuesta laboral.
- No existe relación entre formación académica y respuesta laboral.
- Se obtiene mejor respuesta laboral con individuos que toman neurolépticos de nueva generación, que con aquellos que toman los tradicionales.
- Existe una relación positiva respecto de la edad: a más edad mejor es su respuesta laboral.
- El número de bajas laborales a lo largo del año es inferior al resto de discapacitados físicos, psíquicos o sensoriales, aunque, de mayor duración.

De cualquier modo, podemos consensuar que las claves de éxito de este tipo de programas se concretan en (Huertas, Peris, Gallach, 1995, 1998):

- Elaboración de itinerarios personalizados de inserción, incluidos en los propios programas individualizados de rehabilitación, que permitan reducir factores de riesgo, generar una red social satisfactoria para el sujeto, mejorar sus dishabilidades cognitivas y ajustar sus expectativas laborales.
- Desarrollo de módulos transversales para el desarrollo de habilidades socioprofesionales y de orientación laboral.
- Acciones continuas de información y sensibilización del entorno que per-

mitan cambiar la percepción social sobre estereotipos y falsas creencias acerca del trabajador discapacitado por enfermedad mental crónica.

## 9.6. Conclusiones.

El trabajo, junto con la vivienda y las relaciones sociales es un de los ejes sobre los que se articula en proceso de rehabilitación en el contexto comunitario (Saraceno, 1995). La incorporación al empleo de las personas con EMC, exige el desarrollo de programas adecuados de rehabilitación que les preparen y capaciten para integrarse en el mundo laboral y les ofrezcan el apoyo necesario para el desarrollo de itinerarios individualizados de inserción.

Las personas con EMC forman parte del colectivo de *personas en máximo riesgo de exclusión social*, teniendo por añadidura un estigma social y unos prejuicios que sin duda, dificultan la inserción social y laboral. Por tanto, deberá tenerse en cuenta, que independientemente de la alternativa laboral que se considere adecuada, es necesario multiplicar los esfuerzos del *marketing* social y de apoyo institucional, para garantizar la verdadera inserción comunitaria y la estabilidad en el empleo de este colectivo desfavorecido.

## Programas de intervención comunitaria en rehabilitación psicosocial.

A partir de la Reforma Psiquiátrica, se inicia un modelo de atención a las personas con una EMC denominado *comunitario*. Dicho modelo exige la creación de una red organizada y coordinada de servicios y profesionales, para prestar soporte integral a todas aquellas personas con discapacidades psiquiátricas, de forma que permita ayudarles a reintegrarse en su entorno con la mayor independencia posible. Sin embargo, el término por su ambigüedad y complejidad ha ido adoptando diferentes orientaciones complementarias entre sí. En este sentido, cuando en Rehabilitación Psicosocial hablamos de *Intervención Comunitaria*, nos estamos refiriendo a:

- a. Todas aquellas acciones que planificamos en el entorno comunitario, dirigidas a potenciar las capacidades del individuo con EMC para mejorar su funcionamiento psicosocial. Sería por tanto, *comunitaria* toda rehabilitación planificada y realizada desde ámbitos extrahospitalarios, con una metodología globalizada, flexible, integral e integradora, dirigida tanto al individuo como a su familia. Desde los programas de rehabilitación psicosocial pretendemos responder al principio de *normalización*. Se trata de entender el *entorno* como un *soporte social natural*.
- b. Aquellas acciones específicas diseñadas desde los programas de rehabilitación Psicosocial, cuyo *objetivo primario* sea facilitar la *integración social* del individuo en el entorno: programas de ocio y tiempo libre, programas de ayuda mutua, habilidades sociales, etc. Es la participación activa y competente en la compleja red de instituciones, personas y relaciones, que conforman y definen a dicha comunidad (Cañamares y cols., 2001).
- b. Y aquellas acciones diseñadas para *disminuir el estigma social* que acompaña a la enfermedad mental en los diferentes entornos: vecinal, polí-

tico, profesional, empresarial, y que básicamente consiste en actividades de sensibilización, difusión y psicoeducación dirigidas al cambio de actitudes y eliminación de barreras sociales.

A lo largo de este capítulo expondremos los principales programas de intervención comunitaria que se han desarrollado a partir de los procesos de Reforma Psiquiátrica llevados a cabo en Estados Unidos e Inglaterra en la década de los años sesenta, y posteriormente en otros países de Europa (incluyendo España). Estos son los siguientes:

1. Programas de gestión de casos.
2. Los programas de ocio y tiempo libre.
3. Los clubes psicosociales y grupos de autoayuda (GAM).
4. Programas para disminuir el estigma social.

### 10.1. Programas de gestión de casos.

En los años 80 surgen los *Programas de Provisión de Servicios* que se iniciaron en los Estados Unidos (por ejemplo, Bachrach, 1981). Consisten en asignar a cada EMC un tutor o *manager* que actúa como guía o coordinador de la acción de los diversos dispositivos, recursos y programas que el paciente requiere.

También denominados *Case Management* o de *Gestión de Casos*, surgieron inicialmente para dar una respuesta al conjunto de pacientes, enfermos hospitalizados de larga duración, que tras ser externalizados debían ser reinsertados en su entorno, y su asistencia no estaba cubierta desde los Centros de Salud Mental y otros dispositivos sanitarios. Por otra parte, con estos programas se trataba también de dar soluciones a aquel grupo de pacientes *crónicos adultos jóvenes*, grandes consumidores de servicios sanitarios, que comenzaron a cronificarse en los propios Centros de Salud Mental.

El tutor, por tanto, tenía las siguientes funciones:

- Seleccionar las prestaciones más adecuadas para cada paciente.
- Garantizar el acceso a los servicios.
- Coordinar la actuación de los diferentes profesionales para garantizar la continuidad y la coherencia de cuidados.

En definitiva, es un sistema de coordinación de servicios e intervención a través de un responsable, que conecta al sujeto con los servicios. Suele ser un/a



trabajador/a social junto con un/a auxiliar de clínica los que realizan estas funciones, y en general, lo ponen en práctica a través de visitas domiciliarias. Es el modelo estándar, las ratios son de 30 pacientes por cada profesional.

Otra versión más médica de este mismo modelo es el llamado *Modelo Clínico de Seguimiento o de Gestión de Casos* (Lamb, 1980), en el que es el psiquiatra el *manager* o *tutor* del paciente y también él es el que evalúa, planifica, conecta y realiza el asesoramiento.

En España, los primeros programas vanguardistas que se pusieron en marcha en esta línea fueron los correspondientes a las áreas de Leganés, Fuentelabrada, Alcalá y Torrejón de Madrid (Fernández Liria, 1995). Sin embargo, pronto surgieron las primeras dificultades: falta de preparación técnica de los profesionales, inadecuación de programas, dificultades con los contratos y en los convenios, falta de recursos intermedios, etc., y principalmente, la falta de credulidad de los propios profesionales en este modelo de rehabilitación comunitaria. Con el paso del tiempo, y con los avances de la investigación y de la praxis, algunas de estas dificultades se han ido superando y se ha pasado a un nuevo modelo más evolucionado: *Tratamiento Asertivo Intensivo Comunitario* (en adelante TAC) (Stein y Test, 1980). Se trata de un formato de tratamiento global, de carácter clínico y social, y que presta una atención integral y continuada a los pacientes graves.

Dicho modelo está basado en una organización de equipo multidisciplinar, incluyendo trabajadores sociales, enfermeros, monitores, psicólogos, psiquiatras, etc, que atiende a un grupo definido de pacientes. Los miembros del equipo comparten la responsabilidad sobre el paciente y trabajan de forma conjunta sobre la misma persona. Tratan de proporcionar todos los cuidados psiquiátricos y sociales que el paciente requiere de forma enérgica y extensa. Se diferencia del modelo anterior en:

1. El énfasis puesto en el trabajo en equipo y la corresponsabilidad. La relación se establece entre dicho equipo y los pacientes, no entre un tutor y un paciente.
2. La ratio profesional/paciente. Ésta suele ser muy baja, y además, el equipo presenta una actitud terapéutica activa, incluso con los pacientes *refractarios*.
3. El modelo de intervención, que es el mismo para todos los profesionales del equipo, a diferencia del *Case Management*.
4. El trabajo se realiza en el entorno comunitario y no sólo en el domicilio del paciente.

Todos estos modelos de atención a las personas con enfermedad mental severa tienen una serie de ventajas (Lobato, 2003):

### **Respecto a las intervenciones:**

- Mejora la adherencia al tratamiento y al uso de servicios y recursos.
- Garantiza la continuidad de cuidados.
- Garantiza un proceso asistencia sin límite temporal.

### **Respecto a los EMC:**

- Disminuye la frecuencia y duración de los ingresos.
- Mejora la satisfacción de la familia y de los usuarios con los servicios.
- Mejora la calidad de vida.
- Mejora el funcionamiento psicosocial.

Los programas Albanta y Agora (1995-2001) de rehabilitación psicofísica y reinserción psicosocial de personas con enfermedad mental crónica, son un fiel ejemplo de este tipo de metodología comunitaria (Huertas, Peris y Gallach, 1995, 1998).

Para su comparación con otros modelos, se ha consensuado el utilizar los costes de la hospitalización y los costes directos del servicio de Tratamiento Asertivo Comunitario como índices de valoración de la eficacia y de la eficiencia (Latimer, 1999). Latimer encontró que, cuando el programa de TAC está bien planteado, puede reducir la hospitalización en un 58% comparado con otros programas de Gestión de Casos, y en un 78% cuando se le compara con otros servicios de salud mental inespecíficos disponibles en la comunidad. Así, comparado con la gestión de casos tradicional, el TAC tiene una buena relación coste/efectividad para enfermos hospitalizados. En resumen, hay una amplia evidencia que demuestra que el TAC disminuye la hospitalización y mejora la estabilidad en la vivienda. De hecho, la investigación sobre los predictores en relación a quién se puede beneficiar del tratamiento con TAC, indica que un historial de alta utilización de servicios es el predictor más importante (Marshall y Lockwood, 2000). La posibilidad de observar a los usuarios más de cerca en la comunidad y controlar la medicación parece contribuir a un moderado grado de reducción en la severidad de la sintomatología y el riesgo de hospitalización (Wilkinson, Piccinelli, Falloon y Kreakorian, 1995).

El TAC también puede resultar más efectivo que los servicios habituales en virtud de la organización de éstos, con un enfoque de equipo que integra

intervenciones de tratamiento y rehabilitación. La estrategia de intervención basada en el equipo, puede mejorar la continuidad de cuidados a lo largo del tiempo, que es uno de los problemas encontrados en los enfoques de Gestión de Casos individuales. Resulta bastante plausible pensar que una disminución en la institucionalización y un mejor mantenimiento en la comunidad, son los factores contribuyentes más importantes para la mejora en la calidad de vida reportada en varios estudios sobre el TAC.

## 10.2. Los programas de Ocio y Tiempo Libre.

Son programas de intervención comunitaria cuyo objetivo principal reside en la normalización a través de la integración social. Históricamente el ocio ha sido muy importante en la vida de los seres humanos como promotor de salud y bienestar. En la actualidad, no sólo se ha consolidado esta doble función, sino que además es un agente socializador de primer orden (Aldaz y Vázquez, 1996). A ello contribuye una serie de variables macroeconómicas y laborales (la tasa de desempleo, la desregulación del mercado laboral, los derechos sindicales, etc) que incrementan el tiempo libre y amplían el contexto de las relaciones sociales. Estas, ya no sólo se dan a través del mundo del trabajo, sino también en el ámbito lúdico.

Esas funciones de salud, bienestar y socialización, que permiten el disfrute del ocio, han de ser rentabilizadas a la hora de tratar de rehabilitar psicosocialmente a personas que tienen problemas mentales crónicos.

Haremos un uso rehabilitador del ocio cuando:

- Coadyuve a la estabilidad psiquiátrica: menos síntomas psicóticos, menos movimientos desordenados, menos irritabilidad y más competencia e interés social.
- Consigamos que la persona salga de su aislamiento y se vaya integrando con normalidad en su entorno comunitario.
- Ocupe su tiempo libre del modo más normalizado y autónomo posible.
- Favorezcamos la mejora cuantitativa y cualitativa de su red social.

La mayoría de los adultos sanos, dedican gran parte de su tiempo al trabajo, lo cual convierte sus actividades de ocio en algo reparador. Sin embargo, en el caso de los EMC encontramos el *ocio forzoso*, lo cual posee connotaciones negativas ya que no supone una *evasión al trabajo*, y por tanto, no existe la temporalidad de tiempo de trabajo/ tiempo de ocio.

El individuo con este tipo de ocio no se siente útil ni productivo y, de algún modo, la sociedad refuerza esta idea. Sin embargo, la realización de actividades lúdicas así como la ejecución de actividades sociales, convierte el ocio en un importante elemento de la Rehabilitación.

El objetivo es ocupar parte del tiempo libre del individuo a través de la realización de actividades sociales, poniéndole en contacto con su entorno, y dotándole de recursos personales que le permitan hacerlo con eficiencia. Se le proporciona el marco donde obtener soportes sociales y realizar actividades que disminuyan su sintomatología negativa.

En la figura 10.1. se presenta el Módulo de Recreo para el Ocio diseñado por Liberman (1986) dirigido a mejorar la adaptación social y a consolidar la rehabilitación Psicosocial.

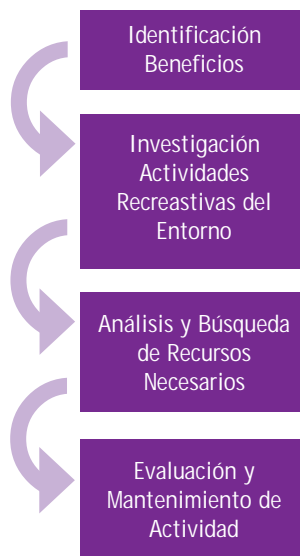


Figura 10.1. Módulo de Recreo para el Ocio de Liberman (1986).

Orviz García, Fernández Blanco, Gómez Pérez, Grande de Lucas, Sanz Caja, González Cases (2000) realizaron una investigación en un Centro de Rehabilitación Psicosocial de un distrito sanitario madrileño, para determinar la importancia del ocio en la población de personas con enfermedad mental.

Clasificaron el tiempo de ocio del siguiente modo en función del grado de estructura requerido:

- **Ocio normalizado libre:** ocio poco exigente, que demanda un bajo nivel de compromiso, se realiza sin apoyos profesionales y en compañía de otras personas. Poco estructurado, como por ejemplo, ir al cine, a un bar, al teatro, dar un paseo, etc.
- **Ocio normalizado basado en recursos:** más exigente, que demanda un compromiso de asistencia e interacción con personas ajenas a la red social básica y que se realiza sin apoyo de profesionales. Este tipo de ocio es más estructurado, y por tanto, demanda de quien lo realiza ciertas capacidades de adaptación. Algunos ejemplos serían: realizar un curso de fotografía, ir a un gimnasio, a clases de pintura, etc.
- **Ocio con apoyo:** ocio organizado, supervisado y realizado en compañía de profesionales que proporcionan apoyo antes y durante la actividad. Se pueden realizar dentro (pintura, manualidades, etc.) y fuera del Centro de Rehabilitación Psicosocial (huertos de ocio, excursiones, piscina, visitas a museos, etc.).

Los resultados mostraron que las categorías de ocio antes apuntadas, la más utilizada es la de ocio libre normalizado en el 78 % de las personas, seguida por el ocio con apoyo (54%) y por último, el ocio en recursos normalizados (37%). No obstante, sólo el 12% de ellos, antes de ser atendidos, disfrutaba de actividades de ocio.

Orviz García y col (2000) concluyeron de su trabajo que:

- La rehabilitación psicosocial, sustentada en una metodología de trabajo que tenga presente las diferencias individuales, contribuye a la consecución de los objetivos de rehabilitación y a la ocupación del tiempo libre de una forma constructiva, mejorando la socialización y normalización de la vida de las personas con problemas psiquiátricos.
- Se debe dar relevancia al tiempo de ocio situándolo en un plano rehabilitador y por tanto comunitario e integrador.
- Las personas con problemas psiquiátricos crónicos pueden participar en recursos normalizados de ocio que facilitan su integración en la comunidad. Además parecen estar capacitados para tomar sus propias decisiones e iniciativas al respecto.
- El tiempo dedicado al ocio se muestra como una vía válida para la integración y normalización.
- El ocio ofrece alternativas para la integración de una gran parte las personas con una enfermedad mental grave y persistente.

En España, la incorporación de los programas de ocio en los paquetes terapéuticos de la rehabilitación psicosocial es reciente, están dando unos magníficos resultados y permite una generalización mayor tanto de las estrategias de lucha contra los estigmas sociales, como del aprendizaje de las capacidades de funcionamiento psicosocial. Permite la integración activa del sujeto en su entorno en forma de participación social que revierte en la mejora constatada de su calidad de vida.

### 10.3. Los clubes psicosociales y grupos de ayuda mutua (GAM).

El trabajo para incrementar las redes de apoyo de los pacientes y de los familiares (*cuidar a los que cuidan*) constituye uno de los elementos fundamentales de los Planes Individualizados de Rehabilitación y Seguimiento de los enfermos mentales crónicos. Y el desarrollo y la potenciación de los grupos de autoayuda es una de las herramientas (Iraurgi, Basabe, Igartua, Páez y Celori, 1995).

Todavía son pocos los estudios que evalúan las repercusiones de estos programas sobre el tamaño y funcionalidad de la red social. Muchos de ellos se centran en la relación de las redes sociales y el uso de recursos comunitarios (Beigel, Tracy y Korvo, 1993). Otros se centran en la influencia de los programas sobre la mejora de la red social, tanto en la cantidad como en la calidad de sus contactos (Baker, 1988). Si parece existir un consenso respecto a los beneficios derivados de los grupos de autoayuda:

- Sirven para compartir experiencias entre sus diferentes miembros.
- Potencian la comunicación.
- Fomentan la participación.
- Rompen el aislamiento.
- Sirven como aprendizaje.
- Sitúan al individuo en el entramado social.

El grupo de autoayuda, desde la perspectiva de la enfermedad mental crónica, queda constituido por un grupo de pacientes con un uso escaso de recursos comunitarios, con muchas dificultades en la consecución de su autonomía personal y con una red de apoyo socioafectiva muy pobre. Esta red social, reducida a cuatro o cinco miembros, es asimétrica, sin reciprocidad afectiva ni intercambios instrumentales entre el individuo y los demás. Sin embargo, sabemos que las relaciones sociales mitigan la influencia de los acontecimientos vitales estresantes, reducen la necesidad de rehospitalización, mejoran el curso de la enfermedad y tienen un efecto primario sobre la salud.

Un programa de gran importancia, y que tuvo su origen y desarrollo en los Estados Unidos hacia los años cuarenta para la integración de los discapacitados en entornos normalizados, fue el *Club Psicosocial*. El primero que se fundó fue el *Fountain House*, a partir de la propia iniciativa de enfermos mentales y profesionales. Tanto el *Fountain House* como otros que le siguieron (*Community Lodge*, *Brentwood Job Club*, etc.), se centraron en la rehabilitación social, ocupacional y residencial de personas con una enfermedad mental severa que habían permanecido durante largos periodos en los hospitales psiquiátricos. Actualmente se trata de lugares de encuentro para EMC que ya viven en la comunidad, donde sus miembros pueden permanecer en un lugar agradable, son bien recibidos y se sienten apoyados. Por tanto, estos clubes sociales constituyen un intento de compensar las carencias de apoyo social de estos pacientes, incluyendo su participación en todas aquellas actividades necesarias para su integración social y normalización en y para la comunidad. En definitiva, se trata de grupos de autoayuda o de ayuda mutua (grupos GAM). Son fruto de iniciativas voluntarias y se plantean como objetivo la ayuda recíproca. Están formados por personas que padecen un mismo problema para hacer frente a unas necesidades comunes.

Generalmente están constituidos por un grupo estable de familiares que como cuidadores y soporte del paciente, acceden a la información y a las herramientas adecuadas para hacer frente a su nueva responsabilidad. Sus actividades podríamos resumirlas en:

- Charlas psicoeducativas.
- Adiestramiento en técnicas para ayudar en la convivencia familiar.
- Comentarios de noticias de actualidad y salud mental.
- Proyección de audiovisuales o reportajes emitidos en radio o TV y debate sobre ellos.
- Charlas por expertos y otros temas de interés para el propio grupo.

Suelen adoptar la fórmula jurídica de *asociaciones sin ánimo de lucro*, que facilita la consecución de subvenciones a través de programas a determinadas instituciones públicas y privadas.

#### 10.4. Programas para disminuir el estigma social.

Si rehabilitar quiere decir abordar al individuo desde la triple perspectiva biopsicosocial, no debemos olvidarnos que además de preparar al discapacitado para vivir en su entorno en las mejores condiciones que sea posible, hay que prepa-

rar el entorno, para que le reciba sin falsas creencias ni obstaculice su integración, cualquiera que sea la dimensionalidad de la rehabilitación, vivienda, integración social, actividades de la vida diaria, formación o empleo: es necesario *intervenir sobre la discriminación*.

La estigmatización de las enfermedades mentales, y de la esquizofrenia en particular, es uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento, el control de la enfermedad y la reintegración social. Esta se expresa de varias formas:

- Impedimentos de un grupo social para que un EMC forme parte del grupo.
- Resistencia de las empresas a contratar a EMC.
- Leyes injustas.
- La oposición de los ciudadanos al establecimiento en su barrio de centros para enfermos mentales y otros recursos parecidos.

Datos recientes han demostrado que con la ruptura de las estructuras sociales, ha disminuido la tolerancia a los enfermos mentales. Está claro que las actitudes hacia ellos varía de una cultura a otra, y está influida por la etiqueta que se le aplica a la persona con psicosis (Espinosa, 2001). A continuación presentamos algunas de estas creencias y etiquetas que forman parte del bagaje cultural y estigmatizan a las personas con EMC, impidiendo su integración social:

- Nadie se recupera de la esquizofrenia.
- Es una enfermedad intratable.
- Las personas con esquizofrenia contagian a otras su locura.
- Son personas perezosas e informales.
- La esquizofrenia es el resultado de una debilidad familiar.
- El esquizofrénico puede perder el control y ser violento en cualquier momento.

Los teóricos de la *Teoría del Etiquetaje* (por ejemplo, Ajzen y Fishbein, 1980) sostienen que cuando una persona extravagante es calificada de *enferma mental*, la sociedad responde de acuerdo con un estereotipo predeterminado que subestima la importancia de la desviación inicial y de las alteraciones inherentes a la enfermedad mental, al provocar la etiqueta y minimizar la capacidad de los pacientes mentales para sacudirse los efectos dañinos del estigma.

Las actitudes del público han ido mejorando en función de la información. De los estudios realizados en los años 90, se concluyó que era importante



incrementar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad para poder avanzar contra el estigma. Se ha demostrado que los factores que contribuyen a disminuir los prejuicios contra los enfermos mentales están asociados a: un nivel cultural alto, el contacto previo con algún enfermo, el conocimiento de la enfermedad y residencia en barrios de baja cohesión social; mientras que los factores que contribuyen a incrementarlo son: el desconocimiento sobre la enfermedad, la conducta extraña o violenta de los enfermos, y las dificultades que éstos tienen para comunicarse verbalmente.

La discriminación es una expresión de actitudes negativas que puede adoptar muchas formas. En la figura 10.2. presentamos un modelo en el que se describe el desarrollo de dichas actitudes.

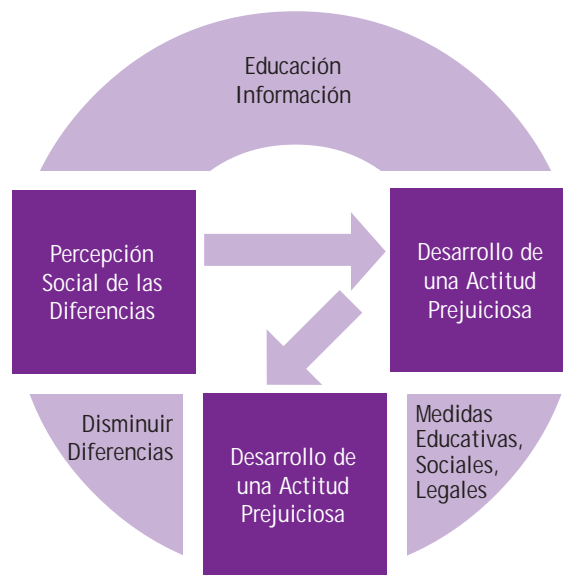


Figura 10.2. Modelo de desarrollo del estigma y modo de intervención elaborado a partir del Programa Esquizofrenia abre Puertas (2001).

La discriminación se desarrollaría según este modelo a partir de la detección de las diferencias conductuales, sociales, y desde aquí se configurarían los esquemas actitudinales y prejuicios hacia la enfermedad mental, que desembocarían en el estigma y la discriminación en diferentes ámbitos. No obstante, se puede y se debe intervenir en cada una de las fases de desarrollo:

- En la primera etapa: tratando de disminuir las diferencias. Aquí cobra especial relevancia la rehabilitación psicofísica y psicosocial en cualquiera de sus vertientes.
- En la segunda etapa: proporcionando información y medidas educacionales sobre la enfermedad mental.
- En la tercera etapa: abordando la discriminación con medidas educacionales a la población, sensibilización comunitaria y con programas de integración social específicos. Se trataría de ofrecer a la población general un marco de referencia educativo y formativo con la finalidad de motivar y concienciar a la población sobre la enfermedad mental. Las actividades del programa serían las siguientes:
  - Cursos y charlas dirigidos a profesionales.
  - Cursos y charlas dirigidos a la población en general.
  - Organización de grupos de trabajo con profesionales de diferentes áreas, educativas, sanitarias, empresariales, sociales, etc.
  - Participación en congresos y jornadas de otras entidades.
  - Organización del Día Mundial del Enfermo Mental, con actividades de difusión.
  - Participación en ruedas de prensa, radio y televisión.
  - Colaboración con el *Practicum* de la Facultad de Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Medicina.

Lamentablemente, y pese a lo que pudiese parecer, los medios de comunicación ejercen una función negativa sobre el estigma y la discriminación. Los enfermos mentales son valorados de forma negativa y dañina, y se les suele asignar funciones vergonzosas. En una investigación realizada por la Universidad de Valencia, y analizados cuatro periódicos de difusión nacional y autonómica, de diferentes tendencias políticas durante los años 1997 y 1998, se concluye que la percepción social que se tiene sobre el enfermo mental es que es peligroso, su cuidado genera gran insatisfacción a las familias y que éstas reclaman una nueva forma de custodia y control. El protagonismo de las asociaciones aparece como los nuevos agentes sociales de la reforma que potencian la búsqueda de alternativas. Indudablemente esta representación social perpetúa el estigma del enfermo mental, exacerba sus problemas, limita sus recursos, las oportunidades de empleo, etc. y conduce a un mayor aislamiento social (Mestre, Luján y Bueno Abad, 2003).

Para finalizar, en la figura 10.3. presentamos un resumen de las principales actividades para luchar contra la estigmatización que responde al esquema, según el cual para que se produzca un cambio de actitudes es necesario informar adecuadamente, y el procesamiento de esta información con los esquemas previos, son los que modifican el sistema de creencias del individuo (Azjen y Fishbein, 1980).

	Actividades de sensibilización	Actividades de Difusión	Actividades de Inserción
PERSONAS CON EMC	Psicoeducación	Asociacionismo	Uso de recursos comunitarios.Ocio y tiempo libre
FAMILIAS	Escuela Familias	Grupos de Ayuda Mutua	Psicoeducación
SOCIEDADES	Asociacionismo		Exposiciones
PROFESIONALES	Información	Congresos Investigación	
EMPRESARIOS	Asesoramiento legal Información	Medidas de apoyo al Empleo	Formación
POLÍTICOS	Información	Conocimiento directo	Ofertas de solidaridad

Figura 10.3. Actividades para el abordaje de la estigmatización.

### 10.5. Conclusión.

En los años ochenta el fenómeno de la desinstitucionalización y el paso de los enfermos mentales crónicos a la comunidad hizo evidente que los déficits y discapacidades de esta población deshospitalizada, era necesario abordarlos desde el ámbito comunitario, puesto que las familias, a menudo, único soporte, se encontraban asimismo desbordadas, desatendidas y en situación de permanente riesgo. Durante décadas el uso de las intervenciones comunitarias y sus beneficios para trabajar en rehabilitación, han sido bien conocidos y reconocidos entre los expertos (Castejón, Cendoya, Cristina, Del Campo y Ruiz-Ortega, 1994). Comprender el entorno social como un recurso de rehabilitación, proporciona la oportunidad de desarrollar soportes sociales naturales. Desaparece así el problema de la generalización, posibilita la formación de una red social, fomenta la autonomía de los individuos, con apoyos naturales, disminuye la dependencia de los propios profesionales sociosanitarios, potencia la motivación de los individuos al dar una respuesta a sus demandas y, por último, garantiza resultados positivos en la interacción con su entorno, disminuyendo el estigma social.



## A modo de resumen

Como habrá podido observarse, la presente guía ofrece un panorama general acerca de lo que se está haciendo en el tratamiento y reinserción de los pacientes esquizofrénicos, y sirve también de recordatorio de las dificultades que aparecen en su aplicación y de los problemas que presentan este tipo de pacientes y las posibles vías de solución.

No cabe duda que la transformación de los últimos 25 años del sistema sanitario español, junto al cambio de percepción social que se ha ido gradualmente estableciendo en la sociedad española, el empleo de los psicofármacos, y más específicamente la utilización de los neurolepticos en las alteraciones esquizofrénicas, y la aplicación de los tratamientos psicológicos en las enfermedades mentales, ha llevado a un gran avance en el tratamiento y reducción de la sintomatología psicótica propiamente dicha, variando positivamente el pronóstico de la enfermedad.

Se han realizado importantes esfuerzos, y desarrollado múltiples programas dedicados al tratamiento y la reinserción de los pacientes esquizofrénicos crónicos. En ellos las intervenciones psicológicas centradas en el aquí y ahora, diseñadas para incidir directamente en los síntomas tanto positivos como negativos de los pacientes esquizofrénicos, han mostrado su eficacia en combinación con el tratamiento farmacológico en la prevención de recaídas, en la mejoría del cuadro clínico y en la recuperación del funcionamiento social de los pacientes. Estos avances han permitido que la esquizofrenia dejase de ser «la niña olvidada de la terapia de conducta» como declarase Bellack y se empiece a presentar como una alteración sensible a los tratamientos psicológicos.

En nuestro país, como en otros países del mundo, se han realizado importantes esfuerzos y desarrollado múltiples programas dedicados a la reinserción y tratamiento de los pacientes esquizofrénicos crónicos, la implantación sistemática de dichos programas se debe en muchos de los casos, no al interés de la administra-

ción sanitaria, si no al interés y motivación de los profesionales y familiares de los enfermos mentales; dichos programas dependiendo de la política sanitaria de las distintas Comunidades Autónomas se llevan a cabo en centros públicos o en asociaciones y fundaciones de carácter privado.

Podemos destacar que este tipo de intervenciones han demostrado ser útiles para la mejora de la calidad de vida de muchas personas con trastornos psicóticos, no obstante estas intervenciones serían más útiles si se realizan dentro de un contexto institucional facilitando la cooperación y coordinación entre distintos servicios sanitarios y no sanitario (servicios sociales, educativos, laborales, etc.) y con la estrecha colaboración de agentes sociales comunitarios en los que se fomente el uso de redes sociales formales y no formales. Se debe de tener en cuenta que el tratamiento de este tipo de pacientes debe de ser un tratamiento integral orientado al control de la sintomatología, la reducción del numero de recidivas, tiempo de hospitalización, el buen manejo del paciente en la comunidad y la mejora de la calidad de vida del paciente y su familia; ello conlleva que los aspectos tanto de evaluación como de tratamiento sean complicados, necesitando los profesionales una formación específica en la planificación, desarrollo y puesta en marcha de este tipo de programas de tratamiento.

Así la evaluación que ha de realizarse necesariamente tanto al iniciar el tratamiento como a la finalización del mismo para observar la mejora objetiva del paciente, debe de incluir tanto al paciente como a su familia, abarcando tanto la psicopatología, como las habilidades sociales, trastornos cognitivos, estrés psicosocial, capacidad de afrontamiento, ajuste familiar y laboral, y como no, el funcionamiento social. Por otro lado en la evaluación familiar se debe de incluir la valoración tanto de la carga familiar como la capacidad y estilo de afrontamiento familiar, así como una valoración cuidadosa de las relaciones intrafamiliares. Todo este proceso debe de simplificarse y convertirse en una evaluación continua durante el tiempo de tratamiento que nos permita tener información actualizada de cómo está el paciente y su entorno.

En relación al tratamiento, en general estos programas conlleva el trabajo clínico en tres planos distintos, coordinados e integrados que se desarrolla a lo largo del tiempo con el paciente, la familia y el contexto sociolaboral; pudiéndose desarrollar los programas tanto de modo individual como de modo grupal y con frecuencia de modo combinado cuando las circunstancias o momentos puntuales así lo requieran.

Los programas de intervención están diseñados según los casos y objetivos de los mismos para poder trabajar con grupos de pacientes únicamente o con grupos de familias (intervención grupal) o con el paciente y su familia de modo individual (intervención familiar); este tipo de intervenciones son flexibles y se pueden adaptar a las distintas características de los pacientes esquizofrénicos y sus familias, de hecho en general la adherencia al tratamiento es bueno por parte de los mismos.

En cuanto a los resultados con este tipo de programas suele mejorar el funcionamiento cognitivo, la sintomatología y el funcionamiento social de los esquizofrénicos, se reduce el estrés crónico, la carga familiar y las conductas intrafamiliares desadaptadas. Así mismo, se consigue disminuir las recaídas de los pacientes esquizofrénicos en mayor medida que la sola administración de tratamiento farmacológico y se posibilita una mayor reinserción laboral. Los beneficios del tratamiento se suelen mantener largo tiempo tras interrumpir el tratamiento.

Desde un punto de vista puramente técnico y de investigación, existen lagunas y áreas que necesitan más investigación. Bajo nuestro punto de vista estas son las siguientes:

- El desarrollo de instrumentos de evaluación válidos y fiables.
- Una mejor comprensión de los factores que mejoran la eficacia de las intervenciones.
- Estudio y desarrollo de estrategias de generalización de los programas de entrenamiento.
- Desarrollo de métodos y técnicas específicas para resolver los problemas de adherencia a los tratamientos y servicios.
- Desarrollar técnicas genuinamente específicas al contexto cultural e idiosincrasia de los pacientes.
- Mayor apoyo institucional e implicación de políticos y gestores en la resolución y planificación específica de los recursos destinados a paliar las dificultades que aparecen ante este tipo de enfermedad.
- Investigaciones sobre el nivel de satisfacción y percepción de los usuarios respecto a la eficacia de los tratamientos recibidos.

Otra cuestión importante a plantearse desde un punto de vista técnico y de investigación, es cuanto tiempo deben durar este tipo de intervenciones para que sean eficaces, y como integrar dentro del mismo programa tanto las fases de intervención como las de apoyo y mantenimiento.

En el ámbito de la formación un gran reto es la preparación y formación de los profesionales que van a desarrollar dichos programas, no es suficiente una formación superficial, ya que dichos programas son complejos y trabajan simultáneamente como decíamos anteriormente, con las distintas variables que se dan a la vez en el ámbito personal, familiar y sociolaboral del paciente.

Para finalizar, mencionar siquiera las dificultades con que se encuentran la implantación de este tipo de programas, pues suele existir un desfase en el desarrollo de la red de recursos de salud mental, escasez de recursos humanos para una adecuada asistencia comunitaria e importantes carencias formativas en el trabajo con enfermos mentales crónicos. La inexistencia en muchos casos de recursos de vivienda y alojamiento en comunidad, la ausencia de recursos de empleo protegido, y de una ruta asistencial que integre y coordine los distintos esfuerzos necesarios en cada fase de la enfermedad mental crónica, complica en gran medida una verdadera reinserción sociolaboral y familiar en este tipo de pacientes. Estas dificultades impiden la implantación real por la administración pública en los distintos centros de salud mental de este tipo de programas de forma rutinaria, por lo que con cierta frecuencia se desarrollaran únicamente dentro del marco de los proyectos de investigación, desapareciendo su aplicación al desaparecer el proyecto de investigación y por el hecho de chocar con otros intereses ya establecidos.



## Referencias Bibliográficas

- Ajzen, I. y Fishbein, M.** (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Londres: Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Aldaz, J.A. y Vázquez, C.** (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Anderson, C.; Reiss, D.; Hogarty, G.** (1986). *Schizophrenia and the family*. Nueva York: Guilford Press.
- Andres, K.; Pfammatter, M.; Garst, F.; Teschner, C. y Brenner, H.D.** (2000). Effects of a copying-orientated group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients: a pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 318-322.
- Anthony, W.** (1994). Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment outcome. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 3-13.
- Anthony, W.; Cohen, M. y Farkas, M.** (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A. y Liberman, R. P.** (1986). The practice of psychiatry of rehabilitation: Historical, conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 542-559.
- Arieti, S.** (1974). *Interpretation of schizophrenia* (2º Edición) Basic Books, INC, Nueva York.
- Bachrach, L. L.** (1981). Young adult chronic patient: An analytical review of the literature. *Hospital Community Psychiatry*, 33, 441.
- Bachrach, L. L.** (1992). Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *American Journal of Psychiatry*, 149, 11, 1455 - 1463.
- Baker, F.** (1988). REHAB: A new assessment instrument for chronic psychiatric patients. *Schizophrenia Bulletin*, 14(1), 97-111.
- Barrowclough, C. y Tarrier, N.** (1992). *Families of schizophrenic patients. Cognitive behavioural intervention*. Londres: Chapman & Hall.

- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Bedell, J. R. y Lennox, S.S.** (1994). The standardized assessment of cognitive and behavioral components of social skills. En Bedell, J.R. (Ed.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders*. Londres: Taylor y Francis.
- Bellack, A. S.** (1992). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Is it possible? Is it necessary?. *Schizophrenia Bulletin*, 18, (1), 43 - 50.
- Bellack, A. S.; Morrison, R. L. y Mueser, K. T.** (1989). Social problem solving in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 1, 101 -116.
- Bellack, A. S.; Morrison, R. L.; Wixted, J. T. y Mueser, K. T.** (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- Bellack, A. S. y Mueser, K. T.** (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19 (2), 317 - 336.
- Bellack, A. S.; Mueser, K. T.; Gingerich, S. y Agresta, J.** (1997). *Social skills training for schizophrenia. A step-by-step guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Bentall, R. P., Haddock, G. y Slade, P. D.** (1994). Cognitive behavior therapy for persistent auditory hallucinations: From theory to therapy. *Behavior Therapy*, 25, 51-66.
- Biegel, D. A.; Tracy, E. M. y Korvo, K.** (1993). Strengthening social networks: Interventions strategies for mental health case managers. *Health and Social Work*, 11 (3), 177-199.
- Birchwood, M., Todd, P. y Jackson, C.** (1998). Early intervention in Psychosis: The critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, suplemento 1, 31-40.
- Brannon, L. y Feist, J.** (2001) Adherencia a las prescripciones médicas. En L. Brannon y J. Feist (Eds.), *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Brenner, H. D.; Böker, W.; Müller, J.; Spichtig, L. y Würigler, S.** (1987). On autoprotective efforts of schizophrenics, neurotics and controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 405-414.
- Brown, C.; Wright, R. G. y Christensen, D.** (1987). Association between type of medication, instruction and patients knowledge, side effects and compliance. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(1), 55-60.
- Burns, T.** (1997). Psychosocial interventions. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 36 - 39.
- Cañamares, J. M.; Castejón, M. A.; Florit, A.; González, J.; Hernández, J. A. y Rodríguez, A.** (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
- Carpenter, W.** (1986). Early targeted pharmacotherapeutic intervention in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 23-29.

- Carpenter, W. T.** (1997). Maintenance therapy of persons with schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*, 57, suppl. 9, 10 -18.
- Castejón, MA.; Cendoya, M.; Cristina, R.; Del Campo, S. y Ruiz Ortega, M.** (1994). La comunidad como recurso de rehabilitación. *Documentos de Psiquiatría Comunitaria* 2(1), 117-134.
- Chadwick, P. y Birchwood, M.** (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P.** (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, UK: Wiley.
- Chambon, O.; Marie-Cardine, M. y Dazord, A.** (1996). Social skills training for chronic psychotic patients: a french study. *European Psychiatry*, 11, suplemento 2, 7- 84.
- Ciampi, L.** (1984). Is there really a schizophrenia?: The longterm course of psychotic phenomena. *British Journal of Psychiatry*.
- Cook, J. y Razzano, L. A.** (1992). Natural vocational supports for persons with severe mental illness: Thresholds supported competitive employment program. En L. Stein (Eds), *Innovations in Mental Health Services*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Cortes, M. y Astraín, M. J.** (2000). Servicios integrales para el empleo de personas con discapacidad. En M. Huertas y P. Escribá (Eds.), *Salud Mental Comunitaria: Rehabilitación Psicosocial y reinserción sociolaboral*. Valencia: Nau Llibres.
- Crow, T. J.** (1985). The two syndrome concep: origins and current status. *Schizophrenia bulletin*, 11, 471-486.
- Cuevas Yust, C. y Perona Garcelán, S.** (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
- Cuevas Yust, C., Rivas Hidalgo, C. y Perona Garcelán, S.** (1996). El modelo psicoeducativo en la rehabilitación psicosocial de pacientes psicóticos crónicos. *Clínica y Salud*, 7(1), 7-17.
- Davidson, L. y Strauss, J.** (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.
- Davis, J. M.** (1965). Efficacy of tranquilizing an antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry*, 13, 552-572.
- Davis, M.; McKay, M. y Eshelman, R.** (1985). Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca (edición original, 1982).
- De Cangas, PC.** (1996). Case management: What is it and does it work? *Rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat*, 1(1), 15-21.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV** (1995). Masson S.A.

- Dow, M.; Verdi, M.; Sacco, W.** (1991). Training psychiatric patients to discuss medication issues. *Behaviour Modification*, 15 (1), 3-21
- Eklund, M. y Hansson, L.** (2001). Ward atmosphere, client satisfaction and client motivation in a psychiatric work rehabilitation unit. *Community Mental Health Journal*, 37(2), 169-177.
- Ellis, H. D. y Young, A. W.** (1990). Accounting for delusional misidentifications. *British Journal Psychiatry*, 157, 239-248.
- Espinosa, J.** (2001). Estigma, enfermedad mental y medios de comunicación. *Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 5 (12), 5-8.
- Falloon I. R. H.; Boyd, J. L. y McGill, C. W.** (1984). *Family Care of Schizophrenics*. Nueva York: Guilford Press.
- Falloon, I. R. H.; Boyd, J. L.; McGill, C. W.; Ranzani, J.; Moss, H. B. y Gilderman, A. N.** (1982). Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: A controlled study. *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W., Williamson, M., Razani, J., Moss, H. B., Gilderman, A. M., y Simpson, G. M.** (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*. 42, 887 - 896.
- Falloon, I. R. H.; Coverdale, J. H. & Brooker, C.** (1996). Psychosocial interventions in schizophrenia: A review. *International Journal of Mental Health*, 25, 1, 3 -21.
- Farkas, M.** (1991). Psychiatric rehabilitation programs: putting concepts into practice. *Community Mental Health Journal*, 24, 123-129.
- Farkas, M. y Anthony, W.** (1989). *Rehabilitation programs: Theory into practice*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Fernández Hermida, J. R. y Santolaya Ochando, F.** (2003). *Psicología de atención al paciente*. Barcelona: Bexal Farmacéutica.
- Fernández Liria, A.** (1995). Los Programas de seguimiento y cuidado de pacientes graves y crónicos: Un modelo case-management para la Reforma Psiquiátrica de Madrid. *La Rehabilitació Psicosocial Integral a la Comunitat i amb la Comunitat*. ARAPDIS, 1, 32-36.
- Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E.** (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester, UK: Wiley.
- Frith, C. D.** (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, UK: Erlbaum.
- Galán Rodríguez, A. y Perona Garcelán, S.** (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psichothema*, 13 (4), 563-570.

- Galilea, V. y Colis, J.** (1995). Problemática y dificultades que sufren las personas con problemas psiquiátricos crónicos en su integración laboral En Varios Autores: *Integración laboral de personas con problemas psiquiátricos crónicos: de la rehabilitación al empleo*. Ponencia marco presentada en el I Congreso de la AMRP. Madrid, 22 y 23 de Mayo.
- Gallach, E.** (2000). Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica. En M. Huertas y P. Escribá (Eds.), *Salud Mental Comunitaria: Rehabilitación psicosocial y reinserción sociolaboral*. Valencia: Nau Llibres.
- Gallach, E.** (2001). *Un estudio sobre los resultados de un programa de rehabilitación psicosocial en Aldaia (Valencia)*. Documento no publicado.
- García Olmos; Mellizo Cuadrado; Basurte Villamar; Jarne García; González Mellizo** (2003). Los abordajes psicoeducacionales. *Anales de la Psiquiatría*, 19 (4), 137-142
- Garety, P. A. y Freeman, D.** (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- Garety, P. A. y Hemsley, D. R.** (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Hove, UK: Psychology Press.
- Gil Rodríguez, F. y García Saiz, M.** (1993). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. J. Labrador; J. A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Goldman, M. D. y Quinn, F.** (1988). Effects of a patients education program in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(3), 282-286.
- Granado, M. A. y Hernández, M.** (1997). Psicoeducación, autoadministración de la medicación y prevención de recaídas. En A. Rodríguez González (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con enfermedad mental crónica*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Hahlweg, K., Dürr, H., y Müller, U.** (1995). *Familienbetreuung schizophrener patienten: Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfall -prophylaxe*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Hahlweg, K., y Wiedemann, G.** (1999). Principles and results of family therapy in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 249 (Suplemento 4), 108-115.
- Heinssen, R.; Liberman, R.P. y Kopelowicz, A.** (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 21-46.
- Hemsley, D. R.** (1995). La esquizofrenia: modelos explicativos. En A. Belloch, B. Sandin, y F. Ramos. (Eds.) *Manual de Psicopatología Vol. II*. Madrid: McGraw Hill.
- Henry, L. P., Edwards, J., Jackson, H. J., Hulbert, C. A. y McGorry, P. D.** (2002). *Cognitively oriented psychotherapy for first-episode psychosis (COPE): a practitioner's manual*. Manual 4 in a series of Early Psychosis Manuals. Melbourne: EPPIC.

- Hodel, B.; Brenner, H. D.; Merlo, M. C.; Teuben, J. R.** (1998). Emotional management therapy in early psychosis. *British Journal Psychiatry*, 172 (suplemento), 128-133.
- Hogarty, G. E.** (1984). Depot neuroleptics: The relevance of psychosocial factors: A United States Perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 36-42.
- Hogarty, G. E.; Anderson, C. M.; Reiss, D. J.; Kornblith, S. J.; Greenwald, D. P.; Javna, C. D. y Madonia, M. J.** (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 Geneneral Psychiatry*, 43, 633-642.
- Hogarty, G. E. y Anderson, C.** (1987). A controlled study of family therapy, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenic patients: Preliminary effects on relapse and expressed emotion at one year. En J. S. Strauss, W. Böker, y H. D. Brenner (Eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia*. Toronto: Hans Huber.
- Hogarty, G., Kornblith, S., Greenwald, D., Dibarry, A., Cooley, S., Ulrich, R., Carter, N., y Flesher, S.** (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I: Description of a study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1504-1513.
- Hornung, W. P.; Franzen, U.; Lemke, R.; Wiesemann, C. y Buchkremer, G.** (1993). Does psychoeducation have a short-term effect on treatment related attitudes and behavior of chronic schizophrenic patients? *Psychiatry Prax.*, 20(4), 152-154.
- Huertas Zarco, M.; Peris Raurell, P. y Gallach Solano, E.** (1995). *Programa Albanta: Rehabilitación y reinserción sociolaboral de personas con enfermedad mental crónica*. Documento Interno. Fondo Social Europeo. Horizon II.
- Huertas Zarco, M.; Reris Raurell, P. y Gallach Solano, E.** (1998). *Programa Ágora: Rehabilitación y reinserción sociolaboral de personas con enfermedad mental crónica*. Documento Interno. Fondo Social Europeo. Horizon III.
- Huq, S.F.; Garety, P. A. y Hemsley, D. R.** (1988). Probabilistic judgements in deluded and nondeluded subjects. *Quartely Journal of Experimental Psychology*, 40A, 801-812.
- IMSERSO.** *Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave*. Documento de consenso. Madrid, 19/09/03. Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales.
- Inouye, T. y Shimizu, A.** (1970). The electromyographic study of verbal hallucination. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 151, 415-422.
- Iraurgi, I.; Basabe, N.; Igartua, J.; Paez, D. y Celori, A.** (1995). Grupos de autoayuda y enfermedad mental. *Debates e informes*, 5(1), 139-145.

- Jackson, H. J., Hulbert, C. A. y Henry, L. P.** (2000). The treatment of secondary morbidity in first-episode psychosis. En M. Bichwood, D. Fowler, y C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester, UK: Wiley.
- Jackson, H. J., McGorry, P. D. y Edwards, J.** (2001). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis: Theory, praxis, outcomes, and challenges. En P. W Corrigan y D. L. Penn (Eds), *Social Cognition and schizophrenia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Johns, L. C.; Nazroo, J. Y., Bebbington, P. y Kuipers. E.** (2002). Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *British Journal of Psychiatry*, 180, 174-178.
- Johnson, D. A. W.** (1976). The duration of maintenance therapy in chronic schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 53, 298-301.
- Kalina, K.** (1988). Psychotherapy and pharmacotherapy in treatment of schizophrenia. Part two: From group dynamics towards a mutual reciprocity. *Eur. J. Psychiat.* 2, 3.
- Kane, J. M.** (1989). Innovations in the pharmacological treatment of schizophrenia. In Bellack, A.S. (Ed.) *A Clinical for the treatment of Schizophrenia*, 43-76. New York: Plenum.
- Karasu, T. B.** (1982). Psychotherapy and pharmacotherapy: Toward an integrative model. *Amer. J. Psychiat.*, 139, 1102-1113.
- Kernis, M. H.** (1993). The role of stability and level of self-esteem in psychological functioning. En R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: the puzzle of low self-regard*. Nueva York: Plenum.
- Kingdon, D. G. y Turkington, D.** (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Hove, UK: Erlbaum.
- Kottgen, C.; Sonnichsen, I.; Mollenhauser, K. y Jurth, R.** (1984). Group therapy with families of schizophrenia patients: III. Results of The Hamburg Camberwell family interview study. *International Journal of Family Psychiatry*, 5, 84-94.
- Labrador, F. J.** (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Lamb, H. R.** (1980). Therapist case-managers: more than brooders of services. *Hospital and Community Psychiatry*, 7, 762-774.
- Lamb, DH.** (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia. A review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S.** (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (edición original, 1984).



- Lecomte, T.; Cyr, M.; Lesage, A. D.; Wilde, J. M. S.; Leclerc, C. y Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *Journal Nervous and Mental Disease*, 187 (7), 406-413.
- Leff, J. & Vaughn, C. (1981). The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.
- Leff, JP. (1996). Manejo familiar de la esquizofrenia. En C. Shrique y A. Nasrallah (Eds.), *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*. Washington DC: American Psyquiatric Press.
- Leff, J. P.; Kuipers, L. y Berkowitz, R. (1983). Intervention in families of schizophrenics and its effect on relapse rate. En W. McFarlane (Ed.), *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- Leff, J.; Kuipers, L.; Berkowitz, R.; Eberlein-Vries, R. y Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- Leff, J.; Kuipers, L.; Berkowitz, R. y Sturgeon, D. (1985) A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenia patients: Two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- Leff, J.; Berkowitz, R.; Shavit, N.; Strachan, A.; Glass, I. y Vaughn, C. (1989). A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 154, 58-66.
- Leff, J.; Berkowitz, R.; Shavit, N.; Strachan, S.; Glass, I. y Vaughn, C. (1990). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 157, 571-577.
- Lemos, S. (1985). Factores familiares (Expresión emocional) y evolución de la esquizofrenia. *Anales de la Psiquiatría*, 1 (7), 295-306.
- Lieberman, R. P. (1986). Social and independent living skills. *Rehabilitation Research and Training Center in Mental Illness*. Los Angeles: UCLA. Departamento de Psiquiatría.
- Lieberman, R. (comp.) (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental*.
- Lieberman, R. P. (1991). *Rehabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*. Ed. Masson. Paris.
- Lieberman, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca (edición original, 1988).
- Lieberman, R. P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, 57, 104-113.
- Lieberman, R. P. y Corrigan, P. W. (1993). Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, 56, 238-249.



- Lieberman, R. P.; DeRisi, W. J. y Mueser, K. T.** (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Nueva York: Pergamon Press. Patiens. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Lieberman, R. P., Falloon, I. R. H., & Wallace, C. J.** (1984). Drug-psychosocial interactions in the treatment of schizophrenia. In M. Mirabi (Eds.), *The severe and persistently mentally III: Research and services*. New York: SP Medical & Scientific Books.
- Lieberman, R. P.; Massel, H. K.; Mosk, M. D. y Wong, S. E.** (1985). Social skills training for chronic mental patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(4), 396-403.
- Lieberman, R. P.; Mueser, K. T.; Wallace, C. J.; Jacobs, H. E.; Eckman, T. y Massel, H. K.** (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 631-647.
- Lieberman, R. P.; Wallace, Ch.P.; Blackwell, G.; Eckman, T. A.; Baccaro, J. V. y Kuehnel, T. G.** (1993). Innovations in skills training for the seriously mentally III: the UCLA social and independent living skills modules. *Innovations and Research*, 2 (2), 43-60.
- Lieberman, R. P.; Vaccaro, J. V. & Corrigan, P. W.** (1995). Psychiatric rehabilitation. In Kaplan, H. I & Sadock, B. J.: *Comprehensive textbook of psychiatry/VI*. Vol. II. 2696-2719. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Linszen, D.; Dingemans, P.; Van der Does, J. W.; Nugter, A.; Scholte, P.; Lenoir, R. y Goldstein, M. J.** (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological Medicine*, 26, 333-342.
- Lobato, M. J.** (2003). *Psicoeducación familiar y de los pacientes en los programas asistenciales del enfermo mental crónico*. Presentado en II Congr s Internacional . IX Congr s de la Mediterranea. Social Psiquiatrie Association MESPAA. Barcelona 26 al 30 de Mayo.
- Luborsky, L. B.; Singer, B.; & Luborsky, L.** (1975). Comparative studies in psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiat.* 32, 995-1008.
- Lundy, M. S.** (1992). Psychosis-induced posttraumatic stress disorder. *American Journal Psychotherapy*, XLVI, 485-491.
- Maher, B. A.** (1988). Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. En T. F. Oltmanns y B. A. Maher (Eds.), *Delusional beliefs*. Nueva York: Wiley.
- Margo, A.; Hemsley, D. R. y Slade, P. D.** (1981). The effects of varying auditory input of schizophrenic hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 139, 122-127.
- Marshall, M. y Lockwood, A.** (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Library. Cochrane Database Systematic review 3*.
- Massel, H. K.; Corrigan, P. W.; Lieberman, R. P. y Milan, M. A.** (1991). Conversation skills training of thought-disordered schizophrenic patients through attention focusing. *Psychiatry Research*, 38, 51-61.

- May, P. R. & Simpson, G.** (1980). Schizophrenia: overview of treatment methods and evaluation of treatment methods. Cap. 15.6, 15.8 en *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*. Kaplan, Sadock. William-Wilkins. Baltimore.
- McFarlane, W.; Link, B.; Dushay, R.; Marchal, J. y Crilly, J.** (1995). Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34 ( 2), 127-144.
- McGorry, P. D.** (1995). Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process. *Psychiatry*, 58, 313-327.
- McGorry, P. D. y Edwards, J.** (1997). Early psychosis training pack. Gardiner-Caldwell Communications Ltd. UK.
- McGorry, P. D., Henry, L., Maude, L. y Phillips, L.** (1998). Preventively-orientated psychological interventions in early psychosis. En C. Perris y P.D. McGorry (Ed.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders. Handbook of theory and practice*. Chichester: Wiley.
- McGurk, S. R. y Meltzer, H. Y.** (2000). The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45, 175-184.
- Mednick, S. A.** (1958.). A learning theory approach to research in schizophrenia. *American Psychologist*, 55, 316-327.
- Meehl, P. E.** (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 83, 651-657.
- Mestre Luján, F. J. y Bueno Abad, J. R.** (2003). *Prensa y enfermedad mental*. Valencia: Promolibro.
- Middelboe, T. y Mortensen, E. L.** (1997). Coping strategies among the long-term mentally III: Categorization and clinical determinants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 188-194.
- Montero, I.; Adam, A.; Gómez, A.; Leal, I.; Molero, P. & Santolaya, F. C.** (1984). Influencia de la terapia psicosocial en la evolución de la esquizofrenia: un estudio comparativo. *Neurología Psiquiátrica*, 12,4, 267-278.
- Montero, I.** (1995). Tratamientos familiares y programas psicoeducativos en la esquizofrenia en M. Gutiérrez y J. Ezcurra (Eds.), *Esquizofrenia entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Montero, I.; Gómez Beneyto, M.; Ruiz, I.; Puche, E. y Adam, A.** (1992). The influence of family expressed emotion on the course of schizophrenia in a sample of spanish patients. A two years follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 161, 217-222.
- Morrison, A. P.** (1998). Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms in schizophrenia. En N. Tarrier y A. Wells y G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases: The cognitive-behavioural therapy approach*. Chichester, UK: Wiley.

- Morrison, A. P.; Frame, L. y Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal Clinical Psychology*, 42, 331-353.
- Morrison, R. L. y Bellack, A. S. (1984). Social skills training. En A. S. Bellack (Ed.), *Schizophrenia, Treatment, Management and Rehabilitation*. Orlando: Grunne y stratton.
- Muela, J. A. y Godoy, J. F. (2001). Programas actuales en intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 1-6.
- Mueser, K. T. y Sayers, M. S. D. (1992). Social skills assessment. En D. J. Kavanagh (Ed.), *Schizophrenia: An overview and practical handbook*. Londres: Chapman y Hall.
- Norman, R. M. G. y Malla, A. K. (1994). A prospective study of daily stressors and symptomatology in schizophrenic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 244-249.
- Norman, R. M. G.; Malla, A. K.; McLean, T. S.; McIntosh, E. M.; Neufeld, R. W. J.; Voruganti, L. P. y Cortese, L. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58, 293-303.
- Nuechterlein, K. H. y Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenia episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- OMS-WAPR (1997). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de consenso de OMS-WARP. *Boletín de la AMRP*, 6, 12-15.
- Orvitz, S. y Fernández, J. A. (1997). Entrenamiento en habilidades sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos. En A. Rodríguez, (Coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Orvitz García S.; Fernández Blanco J.; Gómez Pérez O.; Grande de Lucas, A. Sanz Caja, M. González Cases, J. (2000). Tiempo de ocio en personas con problemas mentales crónicos. En la Web del Centro de rehabilitación laboral Nueva Vida de Madrid. <http://www.sie.es/crl/articulo.htm#Ocio>.
- Orvitz, S. y González, J. (1992). Integración laboral de personas con problemática psiquiátrica crónica. Comunicación presentada en las *Jornadas Internacionales de Rehabilitación Psiquiátrica y Estructuras Intermedias*. Oviedo. España.
- Otero, V. y Rebolledo, S. (1993). Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación. *Psiquiatría Pública*, 4, 217-223.
- Pekkala, E. y Merinder, L. (2000). Psicoeducación para esquizofrenia. En *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.
- Penn, D.L. & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.
- Perona Garcelán, S. y Cuevas Yust, C. (1996). Intervenciones cognitivo-conductuales sobre las alucinaciones auditivas en sujetos psicóticos: Una revisión. *Psicologemas*, 10, 225-256.

- Perona Garcelán, S.; Cuevas Yust, C. y Martínez López, M. J.** (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en delirios y alucinaciones. En M. Pérez Alvarez; J. R. Fernández Hermida, C.; Fernández Rodríguez y I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I (Adultos)*. Madrid: Pirámide.
- Perona Garcelán, S.; Cuevas Yust, C.; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S.** (2003). *Terapia Cognitivo-Conductual de la Esquizofrenia. Guía Clínica*. Madrid: Minerva.
- Perona Garcelán, S. y Galán Rodríguez, A.** (2001). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: Conceptualización y resultados de la investigación. *Clínica y Salud*, 12, 145-178.
- Perris, C. y McGorry, P.** (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de la personalidad. Manual teórico-práctico*. Bilbao: Biblioteca de Psicología. Descleé de Brouwer (edición original, 1998).
- Plumed Domingo, J.; Pérez Prieto, F.; Llorens Rodríguez, P. y Selva Vera, G.** (1997). *Esquizofrenia, estados esquizotípicos y trastornos delirantes*. En: S. Cervera Enguix ; V. Conde López; A. Espino Granado, J. Giner Ubago; Carmen Leal Cercós; F. Torres González (Eds.), *Manual del Residente de Psiquiatría*.
- Rendueles, G. y otros** (1990) *Las Esquizofrenias*. Júcar Universidad
- Roder, V.; Brenner, H.D.; Hodel, B. y Kienzle, N.** (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Rodríguez González, A.** (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con enfermedad mental crónica*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Romme, M. y Escher, S.** (1996). Empowering people who hear voices. En G. Haddock y P. D. Slade (eds.), *Cognitive-Behavioural interventions with psychotic disorders*. Londres: Routledge.
- Rosenthal, G. G.** (1970). *Experimenter effects in behavior research*. New York: Appleton-Century Crofts.
- Salzinger, K.** (1973). *Schizophrenia: Behavioral Aspects*. New York: John Wiley & Sons, I.N.C.
- Santolaya, F. J.** (1996). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Informació Psicológica*, 60, 37-40.
- Saraceno, B.** (1995). Psychosocial rehabilitation: the need for a global perspective. *Revista de Rehabilitación Psicosocial de Integración Comunitaria*, 1(0),105-109.
- Sartorius, N.; Shapiro, R. y Jablensky, A.** (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 21-25.
- Scharfetter, Ch.** (1976). *Introducción a la psicopatología general*. Morata. Madrid.

- Schooler, N., Keith, S., Severe, J., Matthews, S., Bellack, A., Glick, I., Hargreaves, W., Kane, J., Ninan, P., Frances, A., Jacobs, M., Lieberman, J., Mance, R., Simpson, G., y Woerner, M. (1997). Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: The effects of dose reduction and family treatment. *Archives of General Psychiatry*, 54, 453-463.
- Simpson, G.M. (1984). A brief history of depot neuroleptics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 3-4.
- Slade, P.D. y Bentall, R.P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Londres: Croom Helm.
- Spring, B. & Coons, H. (1984). El stress como un precursor de la esquizofrenia. En Neufeld, R. W. J. *Psicopatología y stress*. Ed. Toray. Barcelona.
- Starkey, D.; Deleone, H. y Flannery, R. B. (1995). Stress management for psychiatric patients in a state hospital setting. *American Journal Orthopsychiatry*, 65, 446-450.
- Stein, LI. Y Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Strossova & col. (1985). *Group psychotherapy in psychoses*. Inst. for Psychiatric Research. Prague.
- Sverlow & col. (1981). On the choice of attitudes to pharmacology and psychotherapy in endogenous psychoses. In Kabanon, M.M., et al. *Rehabilitation of psychotic patients / Russ / Institut Bechtereva, Leningrad*.
- Tarrier, N. y Barrowclough, C. (1995). Family intervention in schizophrenia and their long-term outcomes. *International Journal of Mental Health*, 24, 38-53.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, W. y Freeman, H. (1988). The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Porceddu, K., y Fitzpatrick, E. (1994). The Salford family intervention project-relapse rates of schizophrenia at 5 and 8 years. *British Journal of Psychiatry*, 165, 829-832.
- Tarrier, N.; Barrowclough, C.; Vaughn, C.; Bamrah, J.; Watts, S. y Freeman, H. (1989). Community management of schizophrenia: A two-year follow-up of a behavioral intervention with families. *British Journal of Psychiatry*, 154, 625-628.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. y Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.

- Trower, P. y Chadwick, P. (1995). Pathways to defense of the self: A theory of two types of paranoia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 263-278.
- Ullman, N.L. & Krasner, L. (1974). A psychological approach to abnormal behavior. New Jersey: Prentice-Hall.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En M. Pérez Álvarez; J.R. Fernández Hermida; C. Fernández Rodríguez y I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I (Adultos)*. Madrid: Pirámide.
- Vallina, O.; Lemos, S.; García, A.; Roder, V.; Otero, A.; Alonso, M. y Gutiérrez, A. (1998). Controlled study of an integrated psychological intervention in schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*, 15 (3), 167-179.
- Vargas Aragón, M. L.; Herrero Sánchez, A. y Pérez Puente, C. (1997). Educación sanitaria a familiares de enfermos psicóticos crónicos mediante un taller psicoeducativo. *Psiquiatría pública*, 9 (4), 279-291.
- Vaughan, K.; Doyle, M.; McConaghy, N.; Blaszczynski, A.; Fox, A. y Tarrier, N. (1992). The Sidney Intervention trial: A controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27 (1), 16-21.
- Vaughn, C. E. y Leff, J. D. (1976). The measurement of expressed emotions in families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 156, 157-165.
- Wallace, C. J. (1984). Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 233-257.
- Wilkinson, G.; Piccinelli, M.; Falloon, I. A. y Kreakorian, H. (1995). An evaluation of community-based psychiatric care for people with treated long-term mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 26-37.
- Woolfolk, R. L. y Lehrer, P. M. (1984). *Principles and practice of stress management*. Nueva York: Guilford Press.
- Xiong, W., Phillips, M. R., Hu, X., RuiWen, W., Dai, Q., Kleinman, J., y Kleinman, A. (1994). Family based intervention for schizophrenic in China: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 165, 501-506.
- Yusupoff, L. y Tarrier, N. (1996). Copying strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions. En G. Haddock y P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. Londres: Routledge.

Zax, M. y Cowen, E. L. (1979). Psicopatología. Ed. Interamericana. México.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Zubin, J. y Steinhauer, S. (1981). How to break the logjam in schizophrenia: A look beyond genetics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 477-492.

