

Abordaje de trastornos psicóticos en un Equipo de Salud Mental de Distrito. Descripción de un modelo de intervención posible

Francisco Javier CARRASCOSO LOPEZ

Programa Pir. Granada

Gloria M^a ROLDAN MALDONADO

Equipo de Salud Mental de Distrito Santa Fe. Granada

Resumen

En este trabajo, desarrollado en un Equipo de Salud Mental de Distrito, describimos un programa de intervención con pacientes diagnosticados de esquizofrenia. El programa se basa en la fenomenología y el curso temporal de la esquizofrenia como variables críticas para su diseño y para la elección de las intervenciones a desarrollar en cada caso. También se realizan algunas reflexiones conceptuales preliminares sobre la psicopatología de la esquizofrenia y, asimismo, sobre las políticas de reforma en la atención a la salud mental y su impacto sobre las actuaciones de los profesionales.

Palabras clave: Entrenamiento en competencia social; estrategias de afrontamiento; sistema de evaluación; moldeamiento; esquizofrénicos.

Abstract

In this article, we describe an intervention program with schizophrenia diagnosed patients carried out in a District Mental Health Care Team. The phenomenology and the temporary course of schizophrenia are critical variables for the program's design and for the choice of interventions to be developed in each case. Moreover, we achieve some preliminary conceptual reflections about schizophrenia psychopathology and likewise, about reform polycys in the mental health care system and its impact on professional performance.

Key words: Social skills training, coping strategies, assessment system, shaping, schizophrenics.

Para poder diseñar y describir un modelo de intervención concreto sobre la esquizofrenia, debemos previamente tener en cuenta *el contexto* en el que este

modelo surge, como ya señalamos en otra ocasión (Carrascoso y Roldán, 1991). Contexto que viene formado por el sistema sanitario en el que se ubica nuestro

dispositivo-el Equipo de Salud Mental de Distrito Santa Fe- y sus relaciones con el exterior del sistema, así como los conocimientos a nivel empírico y conceptual de los que se dispone hoy día sobre nuestro objeto de intervención. Sólo de este modo podrán comprenderse el alcance y las limitaciones de tal modelo en su justa medida.

El contexto sanitario

Desde los años sesenta, con la introducción del primer antipsicótico -la clorpromazina-, y la constatación de las repercusiones del ambiente sobre el comportamiento de los pacientes esquizofrénicos de larga estancia (por ejemplo, Wing, 1989), venimos asistiendo a sucesivas reformas en la atención a la salud mental en diferentes países, entre ellos el nuestro. Políticas cuyo denominador común ha sido el énfasis en la externalización de pacientes de larga estancia, hacinados durante décadas en los manicomios. Ofrecer una alternativa asistencial diferente fue y es el objetivo principal de estas diferentes políticas.

Sin embargo, junto a su impacto positivo (Talbot, 1988) diversos aspectos de estos intentos de reforma han tenido un efecto negativo sobre la atención prestada a los enfermos mentales al contrario de lo esperado (Bellack, 1989):

- a) La ausencia (o insuficiencia) de recursos intermedios y variados entre el hospital psiquiátrico y la comunidad.
- b) La asunción ingenua de que el simple cambio de contexto ambiental de los pacientes mentales debía de producir una mejoría acusada.
- c) El carácter marcadamente ideológico de muchos aspectos de las políticas

de reforma, que de forma inadvertida han permitido convivir al modelo infeccioso de enfermedad junto a las nuevas concepciones integrales de los procesos de salud-enfermedad.

En la Comunidad Autónoma Andaluza, la política de reforma sanitaria ha sido más gradual que en otros países de nuestro entorno (por ejemplo, Instituto Andaluz de Salud Mental, 1988) y no nos hemos encontrado con los problemas de altas tasas de delincuencia y vagabundeo a los que se refiere Bellack (1989), que, históricamente, han ido paralelos a la disminución de camas hospitalarias y al aumento de las tasas de ingresos de corta estancia -el fenómeno de *la puerta giratoria*-. Sin embargo, nuestra actual red sanitaria de atención a la salud mental sí comparte diversos problemas con otros sistemas sanitarios diferentes, como es el caso de Estados Unidos, expuestos en la tabla 1.

Estas dificultades dan lugar a una práctica esclerotizada en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD), como la denunciada hace algún tiempo por Casado y Perona (1990), compuesta por tratamiento psicofarmacológico indiscriminado, con algunas intervenciones psicoterapéuticas, bien individuales bien en grupo, a las que en algunos casos se unen intervenciones sociales compuestas casi en exclusiva por la concesión de subsidios por enfermedad. Tal enfoque terapéutico indiscriminado se muestra claramente insuficiente y alejado de lo que sería un trabajo interdisciplinar integrado, al obviar radicalmente diversos hechos clínica y experimentalmente establecidos: a) el carácter sinérgico, interactivo, de los efectos de diversos tipos de intervenciones (Falloon y Liberman, 1983); b) el cambio longitudinal de la fenomenología de la esquizofrenia

Tabla 1. Dificultades más frecuentes que pueden encontrarse en la labor asistencial diaria en los ESMD de la Comunidad Autónoma Andaluza con la población de esquizofrénicos.

- Mal funcionamiento o ausencia de recursos sanitarios de primer nivel (centros de salud). Ausencia de coordinación internivel (centros de salud -ESMD- otros dispositivos sanitarios y no sanitarios).
- Uso indiscriminado de medicación antipsicótica a pesar de lo específico de sus efectos.
- Uso no selectivo ni ajustado a las necesidades reales de los pacientes, del armamentarium de intervenciones psicosociales disponible.
- Expectativas irreales sobre el funcionamiento de los centros de salud mental teniendo en cuenta su dotación de medios humanos y materiales y los recursos no sanitarios disponibles, inferiores cuantitativamente a lo deseable.
- Formación inadecuada de los profesionales aún a pesar de contar con programas de postgrado -MIR y PIR-.
- Modelo inadecuado de enfermedad: modelo infeccioso o anatomopatológico, temporalmente limitado a los aspectos transversales de la esquizofrenia (recaídas psicóticas).

(Carpenter, 1987) y *c*) no se tienen en cuenta las necesidades reales del paciente a varios niveles, ni el contexto social inmediato -familia- en que se dan, ni sus propias necesidades (Bellack, 1989; Harris, 1989).

El carácter longitudinal de la esquizofrenia y los procesos de salud-enfermedad

Hoy día, con los datos disponibles desde diversos campos de investigación, parece insostenible el modelo infeccioso o anatomopatológico de enfermedad aplicado a la esquizofrenia. Diversos estudios de seguimiento a largo plazo arrojan datos consistentes a pesar de las diferencias metodológicas, que nos indican que el pronóstico de los diversos subtipos de esquizofrenia, considerados de modo global, parece mucho mejor de lo que se pensó en un principio (por ejemplo, Bleuler, 1974; Ciompi, 1980; McGlashan, 1984). Asimismo, estos datos de seguimiento indican el fuerte impacto de las variables contextuales sobre el curso del trastorno -variables tales

como tratamiento recibido, relaciones familiares, etc.- (Bleuler, 1974; Lehmann y Cancro, 1989; Lemos Giráldez, 1986a). Así, de cada cuatro esquizofrénicos, uno se recupera, uno funciona a un nivel adecuado, uno muestra deterioro considerable pero con un desempeño psicosocial relativamente aceptable y, por último, uno nunca se recupera y manifiesta continuamente señales de trastorno a nivel psicopatológico y de desempeño de roles sociales.

Al mismo tiempo, otros trabajos muestran el efecto del entorno sobre el comportamiento del esquizofrénico, como por ejemplo, con pacientes de larga estancia en los manicomios (Wing, 1989), sobre la aparición de síntomas negativos (Strauss, Rakfeldt, Harding y Lieberman, 1989), sobre las tasas de recaída (Vaughn y Leff, 1986), sobre las relaciones familiares (Miklowitz, Goldstein, Doane, Nuechterlein, Strachan, Snyder y Magaña-Amato, 1988; Strachan, Feingold, Goldstein, Miklowitz y Nuechterlein, 1989), y sobre la efectividad de programas de rehabilitación basados en entornos estructurados y acogedores (Alanen,

Lähtinen, Rökköläinen y Aältonen, 1991). De hecho, estos datos y los obtenidos en los estudios de seguimiento, hacen pensar a algunos autores que tal vez la cronicidad en la esquizofrenia pueda ser un artefacto o sólo un hecho parcial, más que un resultado directo del curso natural de la enfermedad (Harding, Zubin y Strauss, 1987).¹

Una interpretación conceptual de estos hallazgos, basada exclusivamente en los datos en bruto obtenidos, permite obtener una serie de conclusiones clínica y teóricamente relevantes:

a) La heterogeneidad en el pronóstico es un hallazgo consistente. A esto hemos de unirle el hecho de que el pronóstico individual muestra asimismo heterogeneidad, por lo que la fenomenología de la esquizofrenia debe ser contemplada longitudinalmente y nunca de modo transversal en exclusiva. Ello implica que las intervenciones puntuales sobre un caso concreto no deben mantenerse de forma fija, sino que deben adaptarse a los cambios producidos en el paciente, tanto en su estado actual (Carpenter, 1987), como en el momento de su ciclo vital en que se encuentre (Harris, 1989).

b) La incidencia de los factores psicosociales, y algunos datos e interpretaciones conceptuales sobre el fenómeno de

la emoción expresada en familias de esquizofrenicos (Greenley, 1986; Kanter, Lamb y Loeper, 1987; Miklowitz *et al.*, 1989; Strachan *et al.*, 1989), hacen pensar que las manifestaciones psicopatológicas de la esquizofrenia deben ser vistas como un proceso interactivo, relacional.²

c) Como consecuencia, debemos replantearnos las categorías de la psicopatología. Hasta ahora, estas categorías son utilizadas de modo incorrecto al convertirlas en entidades inmutables que se constituyen en nuestro objeto de trabajo. Sin embargo, las conductas consideradas *anormales*, se dan en una relación inseparable individuo-entorno. Por ello, la fenomenología de la esquizofrenia debe ser vista no de modo organocéntrico, sino que debe transformarse en una fenomenología práctica. Es decir, el énfasis debe situarse no ya en nuestras propias entidades conceptuales que agrupan-describen conjuntos más o menos heterogéneos de conductas, sino en relaciones individuo-entorno, configurando así una fenomenología de naturaleza empírica, interactiva, que permite y/o facilita la modificación de esas conductas entendidas como relación (Fuentes Ortega, 1989; Fuentes Ortega y Robles Rodríguez, 1991; Pérez Alvarez, 1991).³

1. El término *curso natural de la enfermedad* a nuestro entender es muy equívoco. Sugiere que la enfermedad existe por sí independientemente de otros factores que pueden estar incidiendo en su curso y desarrollo. Esto obvia radicalmente el hecho de que las entidades diagnósticas son construcciones conceptuales (Berrios, 1984) y no una descripción por correspondencia de la realidad, como ya puso de manifiesto Fleck (1935/1986). En el mismo sentido, términos como el de *conciencia de enfermedad* tienen un significado espúreo.

2. Insistimos en el carácter conceptual, abstracto, de las diferentes categorías de la psicopatología (Berrios, 1984). Así, cuando diagnosticamos un delirio, por ejemplo, estamos haciendo una descripción topográfica, formal, de determinados episodios lingüísticos paciente-examinador. Obviamos la función de este episodio lingüístico si no nos apercibimos de los múltiples contextos en que se da (Carrascoso, 1992b).

3. Esto implica, paradójicamente, volver a situar el énfasis de la exploración psicopatológica no ya en identificar categorías nosológicas a posteriori, tales como las del DSM-III-R o la CIE-10, sino en los síntomas y su descripción fenomenológica, a la manera de los psicopatólogos clásicos como Jaspers. Las

d) Por todo ello, no podemos situar el énfasis en la mera psicopatología. El individuo identificado como enfermo hace cosas orientadas a afrontar sus trastornos, que no pueden ser consideradas intrínsecamente anormales, tal y como muestra la literatura (Dittmann y Schütler, 1990; Hamera, Peterson, Handsley, Plumlee y Frank-Ragan, 1991; Hatfield, 1989; McCandless-Glimcher, McKnight, Hamera, Smith, Peterson y Plumlee, 1986; Ramanathan, 1984; Takai, Venatsu, Kaiya, Inone y Veki, 1990). El centrar los esfuerzos terapéuticos en los síntomas, sin tener en cuenta lo que hacen el individuo y su familia para afrontarlos, elimina de nuestro foco de interés estos esfuerzos de afrontamiento como plataforma de partida para construir, a través de nuestras intervenciones farmacológicas y psicosociales, relaciones más funcionales con el entorno.

De este modo, y como puede resultar evidente para el lector avisado, nuestro enfoque general sobre la concepción de la esquizofrenia, se encuadra dentro de la línea del *modelo de vulnerabilidad*, en concreto, la versión desarrollada por Liberman (1988). Y es desde este enfoque, como marco *descriptivo* general, que conceptualizamos el tratamiento de la esquizofrenia desde un ESMD.

El desarrollo de una experiencia de programa de intervención

En función de los factores apenas descritos, y teniendo en cuenta la situa-

ción interna de nuestro ESMD, y su población de cobertura, así como la situación de nuestra población de esquizofrénicos -ver tabla 2-, decidimos, hace dos años y medio, intentar desarrollar un programa de intervención complejo a implantar gradualmente, que ya ha sido descrito en ocasiones anteriores en cuanto a estructura, objetivos y fundamento teórico y empírico (Carrascoso y Roldán, 1991), y en cuanto a su funcionamiento hipotético desarrollado como un árbol de decisión (Roldán, Carrascoso, Almada y Sánchez, 1991).

En líneas muy generales, el programa que estamos desarrollando está diseñado como un árbol de decisión que gira en torno al objetivo de la reinserción social del paciente esquizofrénico. Puede verse su descripción en la tabla 3.

Todos los componentes del árbol de decisión están estructurados en una serie de módulos que pretenden recoger las necesidades del paciente y de su unidad familiar de pertenencia: necesidades de apoyo, de profilaxis farmacológica, de información sobre la enfermedad, de dotación de recursos de afrontamiento ante el estrés de tipo variado, de solución de problemas sociales, y recursos comunitarios varios (tales como educativos, económicos, residenciales o laborales). La estructura del programa es de carácter jerárquico, aunque funcionalmente hablando, no hay módulos más importantes que otros. Sólo necesidades traducidas a objetivos. Necesidades que para ser cubiertas, deben organizarse en torno a

ventajas de centrarse en los síntomas *como segmentos de conducta per se* más que en las categorías nosológicas han sido puestas de manifiesto por Persons (1986), y ya podemos encontrar ejemplos de este enfoque en la literatura experimental sobre alucinaciones (Slade y Bentall, 1988; Carrascoso, 1992a), y delirios (Carrascoso, 1992b; Bentall, en prensa).

Tabla 2. Características generales de la población de cobertura, de la población de esquizofrénicos, y recursos humanos y materiales del ESMD Santa Fe (Granada).

Población de cobertura del ESMD

- Zona rural.
- Alto índice de paro. Ocupación fundamentalmente agraria.
- Escaso nivel educativo (analfabetos; sin estudios; estudios primarios).
- Elevado porcentaje de consultas al ESMD realizadas por mujeres por quejas relacionadas con los trastornos de ansiedad (en torno al 70%-75%).
- Por regla general, las quejas de los usuarios suelen ser de tipo somático, o conceptualizan sus demandas y quejas bajo el discurso somático.

Recursos humanos y materiales del ESMD

- Una psicóloga (también coordinadora). Dos psiquiatras. Una A.T.S. Un auxiliar de clínica. Una trabajadora social. Una auxiliar administrativo.
- Faltan despachos generalmente a consecuencia de que siempre rotan de dos a tres residentes de medicina y de psicología, y alumnos de trabajo social.
- Una sala de grupos sin pizarra fija ni material audiovisual. Apenas existe material de evaluación (cuestionarios, escalas, etc.), salvo algunos test de inteligencia, y las escalas confeccionadas manualmente por el personal, sobre modelos ya existentes, de las que ya se dispone de una buena batería.

Características de la población psicótica (esquizofrenia)

- Edad entre 20-35 años. 98% de sujetos, solteros y conviviendo con su familia de origen.
- Predominio del diagnóstico de esquizofrenia paranoide de curso crónico (DSM-III-R, código: 295.32). Todos consumen algún tipo de medicación antipsicótica (un solo antipsicótico, oral o retard) asociada a algún corrector antiparkinsoniano (generalmente Akineton retard).
- Más del 70% no trabaja ni tiene ocupación alguna.
- Relaciones sociales y familiares conflictivas, dándose algunos casos de estar presente en la familia otro caso de trastorno psicótico, o consumo crónico de alcohol y tóxicos.
- Más de un ingreso hospitalario. Algunos casos fueron ingresados en el manicomio, aunque sólo en ingresos breves.

una figura central, el responsable del caso, de un modo parecido a un programa de *case management* (McGill y Surber, 1989). Las intervenciones que se realicen sobre el caso son decididas por su responsable, contando con el apoyo de los miembros del equipo. en todo momento, en sus reuniones semanales dedicadas a la discusión de casos clínicos. Por ello, el programa, más que contemplar una serie fija de actuaciones, *coordina actuaciones* dentro del equipo planificando con-

tinuamente en función de las necesidades del caso.

Una vez que el programa fue diseñado y plasmado sobre el papel, se inició de forma puntual con la puesta en marcha de un grupo de entrenamiento en competencia social ya descrito en otro lugar (Roldán, Carrascoso y Godoy, 1992). El sistema de evaluación para seleccionar los casos fue muy burdo, compuesto principalmente por escalas de competencia y ansiedad social. Este sistema frac-

Tabla 3. Objetivos generales y módulos contemplados en el programa de atención al psicótico del ESMD Santa Fe (Granada). Una descripción más detallada puede encontrarse en Carrascoso y Roldán (1991).

Objetivos generales del programa

- Cumplir los objetivos en materia de rehabilitación contemplados para un ESMD, entendida como rehabilitación primaria, secundaria y terciaria.
- Disminuir las dificultades de convivencia diaria de la unidad familiar como un todo.
- Disminuir las tasas de ingresos hospitalarios.
- Reinserción social del paciente.

Módulos contemplados en el programa

- Módulo de evaluación familiar e individual.
- Módulo de resolución de crisis.
- Módulo de profilaxis.
- Módulo de intervención familiar.
- Módulo de intervención compensadora.
- Módulo psicoeducativo y de entrenamiento en habilidades.
- Módulo de reinserción social.

só, al puntuar a todos los pacientes (seleccionados subjetivamente a criterio de sus técnicos de referencia) como perfectamente normales, lo que atribuímos *entonces* a su no conciencia de enfermedad. Inicialmente, este grupo se pensó como una intervención limitada en el tiempo y con carácter de experiencia piloto, siguiendo la metodología y los contenidos clásicos en programas de este tipo con esquizofrénicos crónicos (por ejemplo, Cuevas, Hernández, Perona y García, 1991; Liberman, DeRisi y Mueser, 1989). No se realizó ninguna intervención familiar paralela por el alto grado de

desestructuración en las familias de origen de los pacientes seleccionados.

Tras un año de funcionamiento, el primer grupo de entrenamiento en competencia social rebasó todas nuestras expectativas. No sólo se evidenció una mejoría espectacular en todos los pacientes en diversas variables,⁴ sino que el grupo sobrepasó sus objetivos iniciales, transformándose en un grupo de educación para la salud y psicoeducativo. Por primera vez, todos los pacientes hablaron espontáneamente de su psicopatología y de cómo ésta se había iniciado. La narración de sus dificultades, motivó el

4. La mejoría se evidenció a nivel de: crítica constructiva y coherente en profundidad de sus experiencias psicóticas anteriores; ausencia de psicopatología florida y defectual; visible mejoría en aspecto externo; puntualidad en las citas; casi completa normalización de conducta motora externa -gestos, ritmo de la marcha y del habla, tono muscular, ausencia de manierismos nerviosos-; descenso muy significativo en consumo de medicación -en tres de los ocho casos totalmente eliminada durante más de un año-; reincorporación a actividades educativas o laborales; dos años después, se produjeron recaídas en cuatro de los casos, evidenciándose un retorno completo al estado inmediatamente anterior a la recaída -tras cerrarse el grupo-, y una menor duración del nuevo episodio -justo la mitad menos del tiempo que duró la recaída inmediatamente anterior a iniciarse el grupo-. Para mayores detalles, ver Roldán, Carrascoso y Godoy (1992).

inicio de una línea de reflexión sobre la psicopatología psicótica, aún muy inicial (Carrascoso, 1992a, 1992b). Por otro lado, el funcionamiento de esta primera experiencia nos permitió comenzar a desarrollar una metodología de trabajo en grupo con los esquizofrénicos, no recurriendo al clásico aprendizaje por instrucción, sino al moldeamiento directo de las conductas metas, según las necesidades de cada uno de los pacientes, e individualizando los contenidos dentro de la misma sesión de grupo.⁵

Al mismo tiempo, el cierre del grupo nos dió la oportunidad de profundizar en el desarrollo del programa. Los pacientes se quejaban de que la sociedad los rechazaba a pesar de sus esfuerzos por mejorar y adaptarse. Por ello, y mientras diseñábamos líneas de actuación de cara a promover la creación de recursos comunitarios, o movilizar los ya existentes a nivel educativo y laboral en nuestra zona geográfica de acción, consideramos adecuado incluir a estos pacientes en el segundo grupo que comenzamos a diseñar a finales de 1992, con el objetivo de dotarles de un espacio y una actividad cercana a sus necesidades, al mismo tiempo que se convertían en apoyo para los pacientes que fueran incluidos en el nuevo grupo.

Al diseñar el segundo grupo de entrenamiento en competencia social, partíamos de la base de que parte de los módulos del programa comenzaban a desarrollarse. Muchos pacientes esqui-

zofrénicos jóvenes eran derivados a la segunda autora, con el objetivo de iniciar intervenciones individuales que consiguieran la mayor compensación sintomatológica posible y una mayor adaptación a su medio, disminuyendo los niveles de sufrimiento. Al mismo tiempo, los restantes miembros del equipo adquirieron mayor conciencia del programa que diseñamos año y medio atrás. De este modo, catorce pacientes esquizofrénicos crónicos, incluyendo a cuatro que formaron parte del anterior grupo, eran candidatos potenciales para el segundo.

Tras un rastreo bibliográfico amplio, se diseñó cuidadosamente un sistema de evaluación compuesto por entrevistas semiestructuradas fáciles de administrar y puntuar, a las que se les incluyó un formato longitudinal para mostrar datos en forma de serie de tiempo. El sistema de evaluación contempló tanto al paciente como a su familia, y estuvo formado por cuatro entrevistas semiestructuradas, dos centradas en el paciente, y dos en la familia. Pueden verse recogidos en la tabla 4 tanto los instrumentos utilizados como el modo de administración.

Tras completar todos los candidatos y sus familias el sistema de evaluación, se comenzó el grupo en marzo de 1993, mucho más tarde de lo previsto a consecuencia de problemas internos por la movilidad de la plantilla laboral del ESMD, y por la saturación asistencial.⁶ Paralelamente contemplábamos en esta ocasión,

5. Alguna literatura básica y aplicada surgida de la investigación sobre conducta gobernada por reglas, apóya indirectamente nuestras conclusiones (por ejemplo, Hayes, 1989; Hayes y Hayes, 1992).

6. Este era uno de los problemas a los que indirectamente aludíamos en un escrito anterior (Carrascoso y Roldán, 1991). Lejos de desanimar cualquier esfuerzo, nuestra conciencia de este problema nos empuja a considerar el desarrollo del programa como algo gradual y provisional. Un programa de este tipo, con una

Tabla 4. Sistema de evaluación preliminar diseñado para el programa de atención al psicótico en el-ESMD Santa Fe (Granada).

Instrumentos de evaluación del paciente

- *Expanded Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS-E). Compuesta por 24 ítems valorable por las respuestas del paciente a una batería de preguntas o por observaciones durante la entrevista. Orientada a la valoración psicopatológica de modo objetivo, con un sistema de definiciones y puntuación que no sitúa las valoraciones psicopatológicas de cada paciente en un baremo. Se adapta al formato longitudinal.
- Escala de Valoración Conductual para Evaluar la Enfermedad Mental (SLOF). Formada por 43 ítems distribuidos en 6 áreas de desempeño de roles sociales y laborales.

Instrumentos de evaluación de las familias

- *Knowledge About Schizophrenia Interview* (KASI). Formada por seis secciones que van desde el conocimiento del diagnóstico del familiar afectado al manejo cotidiano del paciente. Posee criterios de valoración objetivos y puntuables. No se ha verificado su adecuación a la población española.
- *Family Distress Scale* (FDS). Formada por 24 ítems puntuables de 0 a 4. Estaba diseñada como escala autoadministrada, pero el nivel educativo de nuestra población aconsejó el formato de entrevista. Tampoco se ha probado su adecuación a la población española.

Forma de administración

- Los candidatos potenciales y sus familias fueron citados con un miembro del equipo (el primer autor), que condujo cuatro entrevistas por cada caso: dos con el paciente y dos con un familiar clave ante la falta de disponibilidad de un segundo entrevistador, lo que hubiera permitido citar a familias enteras. El mismo entrevistador realizaba las valoraciones y las puntuaba sin conocer la historia previa del paciente, valoraciones que después eran contrastadas con la opinión del terapeuta de referencia. Después de completar las cuatro entrevistas, y requerida la valoración del terapeuta de referencia, el entrevistador rellenaba una hoja de problemas en la que anotaba las áreas problemáticas que requerían de intervención, tanto en el paciente como en la familia.

realizar una intervención en grupo con familiares, aunque de carácter breve -de ocho a diez sesiones-, por ser nuestra primera experiencia en este sentido. Un factor que nos forzó a ello, fue la detección de un fallo metodológico en la administración del protocolo: el utilizar como informantes sólo a familiares clave, que en siete casos de un total de once, fue la madre. En un caso fueron los dos padres, en dos un hermano, y en otro no se

realizó entrevista a familiares por ser un paciente independiente, casado con una mujer esquizofrénica remisa a acudir al equipo. Evidentemente, la pérdida de información es muy grande, sobre todo cuando por razones de disponibilidad se debe realizar una entrevista con algún familiar que no convive a diario con el paciente, aparte de que no todos los familiares del paciente tienen la misma visión de los problemas de convivencia a

población como los esquizofrénicos, y un contexto sanitario macro y microestructural como el actual, no puede realizarse en un solo ensayo y necesita un recurso fundamental: el tiempo del paciente y del equipo.

raíz del trastorno. Siempre es más recomendable el uso de un sistema de evaluación similar al expuesto por Falloon, Boyd y McGill (1984) que respeta la estructura familiar de relaciones y recurre de forma insistente a la observación en el entorno natural de la familia.

Con estas consideraciones metodológicas y contando con cuatro de los siete pacientes del grupo anterior, se inició el segundo grupo psicoeducativo y de entrenamiento en habilidades, compuesto por catorce pacientes. Sólo en la fase psicoeducativa, cuyos contenidos pueden verse en la tabla 5, la asistencia ha venido siendo hasta ahora del 100%, asistiendo incluso pacientes reticentes a acudir en un principio. La estrategia utilizada no ha sido la instrucción directa mediante la exposición de contenidos, sino el moldeamiento.⁷ Ejemplifiquemos el contenido esquematizado de la segunda sesión.

Tras la primera sesión, utilizada para que los integrantes del grupo se conocieran entre ellos y al equipo coordinador -los dos autores, que actuaban como terapeutas de forma alternante, y la trabajadora

social del ESMD-, mediante una presentación formal y una serie de ejercicios realizados entre los pacientes -entrevistarse mutuamente por parejas-, se puso una tarea para casa: anotar lo que ellos consideraban que era una vida normal.

En la segunda sesión, tras pedir a cada miembro del grupo que recordara públicamente los nombres del resto de integrantes y del equipo coordinador, se pasó a la revisión de tareas. Se pidió un voluntario, que procedió a comentar lo que él consideraba una vida normal, comentando el terapeuta su opinión sobre la tarea. De este modo se fue revisando tarea por tarea. En las tareas de uno de los pacientes -que no formó parte del primer grupo- surgió el tema de la ansiedad, su naturaleza y sus efectos. En este momento, el terapeuta aprovechó para que los miembros del grupo recordaran cuáles eran sus expectativas respecto al grupo. Una de ellas fue saber que les ocurre y cómo afrontar sus experiencias anómalas. Tras esto, mediante preguntas facilitadoras (Borrell i Carrió, 1989), los integrantes del grupo fueron perfilando el constructo de ansiedad en sus mani-

Tabla 5. Contenidos del módulo psicoeducativo y de entrenamiento en competencia social del programa del ESMD Santa Fe (Granada).

- Manifestaciones psicopatológicas de la esquizofrenia y su curso temporal. Qué ocurre antes, durante y después de una crisis. Identificación de síntomas prodrómicos y qué hacer en los períodos intercríticos para evitar una nueva crisis.
- Acontecimientos vitales y su papel. Relación individuo- entorno.
- Explicación de la génesis y el desarrollo de la esquizofrenia: modelo de vulnerabilidad.
- Modos de convivir con la esquizofrenia.

7. Usamos el término *moldeamiento* en el sentido de Hayes, Kohlenberg y Melancon (1989). Bajo este término se engloban otros que aparecen en la literatura cognitiva, tales como *metodo socrático* o *empirismo colaborativo*, por considerar que el moldeamiento es algo más que dinamización de grupo o animar a buscar evidencia sobre creencias, consideradas como sentencias verbales. El lector interesado puede consultar además a Hayes y Hayes (1992) para una mayor clarificación.

festaciones conductuales -su naturaleza, su fenomenología conductual y fisiológica, conductas concomitantes, efectos, contextos relacionados-. Tras perfilarlo, los propios pacientes comentaron que la ansiedad en ellos no es constante, sino que fluctúa temporalmente y en función de determinados contextos. El terapeuta aprovechó para ubicar la ansiedad como una función de contextos diferentes y del tiempo, que pueden ser constantes intraindividualmente. De este modo, no sólo se aclaró la naturaleza de la ansiedad, sino que se anticipó el trabajo para la siguiente sesión, y el equipo coordinador perfiló mejor qué contenidos podían ser más relevantes para todos los miembros del grupo. Así, todos ellos encontraron la solución a su pregunta inicial.

La sesión transcurrió en un clima de alta participación y con numerosas intervenciones espontáneas por parte de los pacientes. En el curso de la sesión se observó un fenómeno llamativo, que consistió en lo siguiente: los pacientes que no participaron en el grupo anterior, fueron los que progresivamente iban participando de forma más espontánea, con intervenciones muy coherentes y ajustadas al tema en cuestión, lo que contribuyó a que la sesión fuera conducida por el terapeuta con una racionalidad normalizadora más que centrada en lo *anormal* (por ejemplo, Kingdon y Turkington, 1991). Esto fue facilitado por el hecho de que desde el principio utilizamos un modelo que los pacientes acogieron muy bien: el de la enfermedad crónica como la HTA o la diabetes, comparando su curso con el de la esquizofrenia (un curso fásico con períodos intercíticos de relativa normalización).

Para los módulos siguientes, donde se contemplan desde el automanejo de medicación, al entrenamiento en competencia social, utilizaremos la misma metodología: el moldeamiento directo de conducta. En lugar de aplicar de modo estereotipado paquetes de entrenamiento disponibles desarrollados por otros autores, en función de los resultados de la evaluación previa -que nos desanimaron a utilizar el típico esquema de entrenamiento en habilidades sociales de tipo motor-, utilizaremos fundamentalmente el moldeamiento directo de conducta mediante el empleo masivo de ensayos de conducta con feedback de la ejecución, de un modo muy parecido al descrito por Azrin y Hayes (1984). Es decir, soslayamos la necesidad -artificial, como comenta Pérez Alvarez (1991)- de operativizar diversos componentes motores, en favor del enfoque de entrenar funciones en contextos relevantes, como proponen Hayes, Kohlenberg y Melancon (1989). En este sentido, y dado que trabajamos con esquizofrénicos, que requieren que los programas de aprendizaje tiendan a la mayor simplicidad estimular posible y a su presentación gradual (Lemos Giráldez, 1986b), tenemos proyectado comenzar con un entrenamiento en sesión con práctica repetida, para luego pasar en situaciones reales en contexto comunitario -función a realizar por la trabajadora social, acompañada de uno de los monitores-.

Líneas de actuación pendientes

Como habrá podido comprobar el lector, el desarrollo actual de nuestro programa aún dista de ser completo. Cuando comenzamos a diseñarlo hace

más de dos años, ninguno de nosotros imaginaba que además, íbamos a iniciar una línea de trabajo conceptual y teórico, ni que su desarrollo iba a ser tan complejo, lento y en ocasiones tedioso. A estas alturas, con un segundo grupo en marcha, correspondiente al módulo psicoeducativo y de entrenamiento en competencia social -ver tabla 3-, aún nos quedan varias áreas de trabajo pendientes:

- a) Refinar el sistema de evaluación familiar, e incluir de modo más directo y sistemático, la evaluación de los modos de afrontamiento de sus síntomas que desarrollan los pacientes.
- b) Diseñar una experiencia piloto a gran escala de intervención con familiares, para lo que estamos realizando una revisión bibliográfica.
- c) Profundizar en la coordinación con la Unidad de Salud Mental de Hospital General, para que desarrollen modos especiales de abordaje con pacientes en primer brote, que favorezcan un enganche rápido del paciente y su familia al ESMD y a su oferta terapéutica.
- d) Movilizar recursos comunitarios y contactar con los ayuntamientos u otros organismos, para realizar psicoeducación sobre la enfermedad mental, de cara a preparar en la medida de lo posible el contexto natural de los pacientes para su recepción -módulo de reinserción social, ver tabla 3-. Para ello es preciso elaborar una estrategia concreta tras conocer la situación de nuestra zona geográfica de actuación en casos puntuales.
- e) Formalizar los procedimientos y la metodología empleados en el caso

de los pacientes, lo que está en curso de realización aunque aún en fase muy preliminar.

- f) Seguir profundizando en la línea de trabajo conceptual de cara a comprender mejor nuestro propio trabajo y criticarlo de forma consistente, y evitar las extrapolaciones abusivas y directas que se realizan con mucha frecuencia de los trabajos básicos hacia el campo aplicado (por ejemplo, Hayes, 1987).

A modo de conclusión

Para concluir, diremos que aunque la puesta en práctica de este modelo de intervención resulta lenta, tediosa, y desmoralizante en ocasiones - y no sólo a causa de la población con la que trabajamos-, merece la pena trabajar de forma planificada con las personas diagnosticadas de esquizofrenia, pues no es en absoluto un esfuerzo imposible. La principal recompensa de este esfuerzo, son ellas mismas. Para ello debemos olvidar nuestros modelos clásicos de tratamiento y asistencia ambulatoria y realizar un serio y continuado esfuerzo de *autocrítica*, no sobre premisas ideológicas, sino sobre los fundamentos conceptuales de nuestra disciplina, entendida como un conocimiento aplicable. Tenemos que abandonar los discursos al uso y apercibirnos de que ahora... *la cuestión se transforma no simplemente en cómo debemos tratar a los adultos jóvenes que son pacientes crónicos, sino cómo debemos tratar a los pacientes en la era de la desinstitucionalización* (Harris, 1989; pgs. 312- 313).

Referencias

- ALANEN, Y.O.; LÄHTINEN, K.; RÄKKÖLÄINEN, V. y AÄLTONEN, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenics patients: experiences and results of Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372.
- AZRIN, R. y HAYES, S.C. (1984). The discrimination of interest within a heterosexual interaction: Training, generalization, and effects on social skills. *Behavior Therapy*, 15, 13-184.
- BELLACK, A.S. (1989). A comprehensive model for treatment of schizophrenia. En A.S. Bellack (Ed.). *A clinical guide for the treatment of schizophrenia*. Nueva York: Plenum Press (pgs. 1-22).
- BENTALL, R.P. (en prensa). Cognitive biases and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. En A.S. David y J. Cutting (Eds.). *The neuropsychology of schizophrenia*. Londres: Erlbaum.
- BERRIOS, G. (1984). Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects. *Psychological Medicine*, 14, 303-313.
- BLEULER, M. (1974). The long-term course of the schizophrenic psychoses. *Psychological Medicine*, 4, 244-254.
- BORRELL I CARRIO, F. (1989). *Manual de entrevista clínica en atención primaria*. Barcelona: Doyma.
- CARPENTER, W.T. (1987). The phenomenology and course of schizophrenia: treatment implications. En H.Y. Meltzer (Ed.). *Psychopharmacology: The third generation of progress*. Nueva York: Raven Press (pgs. 1121-1128).
- CARRASCOSO, F.J. (1992a). Modelos experimentales de las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia: consideraciones conceptuales y hallazgos empíricos. En *Seminarios de la Unidad de Docencia y Psicoterapia: 1991-1992*. Granada: Unidad de Docencia y Psicoterapia (pgs. 67-85).
- CARRASCOSO, F.J. (1992b). *Ideas delirantes: reflexiones sobre su razón psicopatológica*. Manuscrito no publicado.
- CARRASCOSO, F.J. y ROLDAN, G.M. (1991). Líneas generales y bosquejo de un programa de atención al psicótico desde los principios de la salud comunitaria y el modelo de vulnerabilidad. *Encuentros en Psicología*, 19, 37-48.
- CASADO, F. y PERONA, S. (1990). Notas sobre la práctica del psicólogo en los equipos comunitarios. *Apuntes de Psicología*, 30, 13-16.
- CIOMPI, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.
- CUEVAS, C.; HERNANDEZ, F.; PERONA, S. y GARCIA, A. (1991). *Programa de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad*. Sevilla: U.R.A. Virgen del Rocío. Documento no publicado.
- DITTMANN, J. y SCHUTTLER, R. (1990). Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 318-322.
- FALLOON, I.R.H.; BOYD, J.L. y MCGILL, C.H. (1984). *Family care of schizophrenia. A problem-solving approach*

- to the treatment of mental illness. Nueva York: Guilford Press.
- FALLOON, I.R.H. y LIBERMAN, R.P. (1983). Interactions between drug and psychosocial therapy in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 4, 543-554.
- FLECK, L. (1935/1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza.
- FUENTES ORTEGA, J.B. (1989). ¿Funciona, de hecho, la psicología empírica como una fenomenología del comportamiento?. Introducción a *El marco conceptual de la psicología de E. BRUNSWICK*. Madrid: Debate (pgs. 7-76).
- FUENTES ORTEGA, J.B. y ROBLES RODRIGUEZ, F.J. (1991). B.F. Skinner: el control fenomenológico de la conducta. *Apuntes de Psicología*, 33, 25-43.
- GREENLEY, J.R. (1986). Social control and expressed emotion. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 1, 24-30.
- HAMERA, E.; PETERSON, K.A.; HANDSLEY, S.M.; PLUMLEE, A.A. y FRANK-RAGAN, E. (1991). Patient self-regulation and functioning in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 6, 630-631.
- HARDING, C.M.; ZUBIN, J. y STRAUSS, J.S. (1987). Chronicity in schizophrenia: Fact, parcial fact, or artifact?. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 5, 477-486.
- HARRIS, M. (1989). The young chronic patient. En A.S. Bellack (Ed.). *A clinical guide for the treatment of schizophrenia*. Nueva York: Plenum Press (pgs. 305-325).
- HATFIELD, A.B. (1989). Patients' accounts of stress and coping in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 11, 1141-1145.
- HAYES, S.C. (1987). The relation between applied and basic psychology. *Behavior Analysis*, 22, 91-100.
- HAYES, S.C. (1989) (Ed.). *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control*. Nueva York: Plenum Press.
- HAYES, S.C. y HAYES, L.J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: the example of cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-249.
- HAYES, S.C.; KOHLENBERG, B.S. y MELANCON, S.M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. En S.C. Hayes (Ed.). *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control*. Nueva York: Plenum Press (pgs. 359-385).
- INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL (1988). *La reforma psiquiátrica en Andalucía: 1984-1990*. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- KANTER, J.; LAMB, H.R. y LOEPER, C. (1987). Expressed emotion in families: a critical review. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 4, 374-380.
- KINGDON, D.G. y TURKINGTON, D. (1991). The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 4, 20-211.
- LEHMANN, H.E. y CANCRO, R. (1989). Esquizofrenia: rasgos clínicos. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.). *Tratado de psiquiatría (vol. I)*. Barcelona:

- Salvat (segunda edición castellana, pgs. 675-706).
- LEMOS GIRALDEZ, S. (1986a). Esquizofrenia: ¿enfermedad crónica?. I. Consideraciones teóricas. *Estudios de Psicología*, 25, 3-53.
- LEMOS GIRALDEZ, S. (1986b). Esquizofrenia: ¿enfermedad crónica?. II. Implicaciones prácticas. *Estudios de Psicología*, 25, 55-70.
- LIBERMAN, R.P. (1988). Coping with chronic mental disorders: a framework for hope. En R.P. Liberman (Ed.). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press (pgs. 1-28).
- LIBERMAN, R. P.; DERISI, W. J. y MUESER, K.T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Nueva York: Pergamon Press.
- MCCANDLESS-GLIMCHER, L.; MCKNIGHT, S.; HAMERA, E.; SMITH, B.; PETERSON, K.A. y PLUMLEE, A. (1986). Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 9, 929-933.
- MCGILL, C.W. y SURBER, R.W. (1989). Case management. En A.S. Bellack (Ed.). *A clinical guide for the treatment of schizophrenia*. Nueva York: Plenum Press (pgs. 77-100).
- MCGLASHAN, T.H. (1984). The Chesnut Lodge follow-up study. II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 41, 6, 586-601.
- MIKLOWITZ, D.J.; GOLDSTEIN, M.J.; DOANE, J.A.; NUECHTERLEIN, K.H.; STRACHAN, A.M.; SNYDER, K.S. y MAGAÑA-AMATO, A. (1988). Is expressed emotion an index of a transactional process?. I. Parents' affective style. *Family Process*, 28, 153-167.
- PEREZ ALVAREZ, M (1991). El sujeto en la modificación de conducta: un análisis conductista. En V.E. Caballo (Ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI (pgs. 69-90).
- PERSONS, J.B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41, 11, 1252-1260.
- RAMANATHAN, A. (1984). A study of coping with auditory hallucinations in schizophrenics. *Indian Journal of Psychiatry*, 26, 3, 229-236.
- ROLDAN, G. M.; CARRASCOSO, F. J. y GODOY, J. F. (1992). Entrenamiento en competencia social con esquizofrénicos jóvenes en un Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD): reflexiones críticas. *Comunicación al Congreso Iberoamericano de Psicología*. Madrid.
- ROLDAN, G.M.; CARRASCOSO, F.J.; ALMEDA, N. y SANCHEZ, A. (1991). Líneas generales y bosquejo de un programa de atención al psicótico desde los principios de la salud comunitaria y el modelo de vulnerabilidad. *Comunicación a las XVI Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría*. Granada.
- SLADE, P.D. y BENTALL, R.P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Londres: Croom Helm.
- STRACHAN, A.M.; FEINGLOD, D.; GOLDSTEIN, M.J.; MIKLOWITZ, D.J. y NUECHTERLEIN, K.H. (1989). Is expressed emotion an index of a transactional process?. II. Patient's

- coping style. *Family Process*, 28, 169-181.
- STRAUSS, J.S.; RAKFELDT, J.; HARDING, C.M. y LIEBERMAN, P. (1989). Psychological and social aspects of negative symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 155, supplement 7, 128-132.
- TALBOTT, J.A. (1988). Foreword. En R.P. Liberman (Ed.). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press (pgs. i-ii).
- TAKAI, A.; VENATSU, M; KAIYA, H.; INONE, M. y VEKI, H. (1990). Coping styles to basic disorders among schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 289-294.
- VAUGHN, C.E. y LEFF, J.P. (1986). Influencia de la familia y de los factores sociales en el curso de la enfermedad psiquiátrica. Una comparación entre pacientes esquizofrénicos y depresivos neuróticos. *Estudios de Psicología*, 27-28, 111-127.
- WING, J.K. (1989). The concept of negative symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 155, supplement 7, 10-14.