

Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario

Juan Antonio Moriana Elvira, Eva Alarcón Pulido* y Javier Herruzo Cabrera
Universidad de Córdoba y * Diputación de Córdoba

En el presente estudio se describen ocho casos de esquizofrenia paranoide a los que se aplica un tratamiento combinado (farmacológico-psicológico) en su ámbito domiciliario. Dentro de la intervención se lleva a cabo un entrenamiento en habilidades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales y un módulo de formación para la adhesión al tratamiento farmacológico. El diseño utilizado es de caso único con 8 réplicas (N= 8) y diseño ABAB. Finalizados los períodos de intervención en sus domicilios, los resultados indican que el entrenamiento aumenta el número de habilidades y la adherencia al tratamiento farmacológico y que se produce una mejora en la sintomatología general de los pacientes.

Combined treatment of the schizophrenia applied in the home setting. In the present study eight cases of paranoid schizophrenia are described in which a combined treatment is applied (pharmacological-psychological) in the home setting. During the intervention, it is also carried out a training in skills of the daily life as basic as instrumental and a formation module for the adhesion to the pharmacological treatment. The used design is the only example with eight replies (N= 8) and a ABAB design. After the periods of intervention in their homes, the results show that the training increases the number of skills and the adherence to the pharmacological treatment and that they produce an improvement in the general symptomatology of the patients.

A comienzos de los 50, con el descubrimiento de los efectos antipsicóticos de la clorpromacina, se inicia una nueva era en el tratamiento e investigación de la esquizofrenia, desplazando así las terapias, tan habituales como poco efectivas, utilizadas hasta ese momento como la psicocirugía, comas insulínicas, psicoterapias ortodoxas, electroshock, etc. (Obiols y Obiols, 1989). La llegada de los neurolepticos abre así una época de optimismo sobre las terapias con este tipo de pacientes que se unió a los primeros proyectos de reformas psiquiátricas que iban a iniciarse en distintos países. De forma paralela, en la década de los 60 y principios de los 70, surgen aplicaciones de técnicas operantes al tratamiento de pacientes con esquizofrenia entre las que destacan especialmente los trabajos desarrollados por Ayllon y Azrin (1968), que utilizan la economía de fichas para incrementar la autonomía de pacientes institucionalizados. A finales de los años 70 se produce un cambio en la concepción etiológica de los trastornos psicóticos que comienzan a explicarse desde una perspectiva multicausal, es decir, como predeterminados e influidos por condiciones biopsicosociales tal y como describió Zubing y Spring (1977) en su teoría de la vulnerabilidad de la esquizofrenia, en la que variables mediadoras entre los factores orgánicos y los psicossociales incremen-

tarían la vulnerabilidad del sujeto a padecer el trastorno y a partir de la llegada de la enfermedad, ésta se iba a modular en efectos y consecuencias anatómico-funcionales, conductuales y sociales.

Los procesos de reforma de la atención a la salud mental tienen su punto de partida en un movimiento de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos tradicionales y en la creación de dispositivos de salud mental adaptados a las necesidades y diversas etapas de la evolución de las distintas enfermedades mentales crónicas (IASAM, 1987). Esta política centra su atención en la permanencia del sujeto en su ámbito familiar y comunitario, así como en las visitas periódicas a su equipo de salud mental donde recibe un tratamiento y seguimiento de su enfermedad. Se intenta prevenir su institucionalización disponiendo de dispositivos alternativos para su rehabilitación, ingresos hospitalarios, situaciones de urgencias, pisos asistidos, etc. Esta concepción comunitaria obliga necesariamente a la adquisición de un planteamiento multidisciplinar en este tipo de enfermedades (IASAM, 1988).

Bajo el concepto de rehabilitación se asume la participación de diversos profesionales que realizan una intervención combinada y coordinada dentro del ámbito comunitario y de otros recursos especializados. Gracias al tratamiento farmacológico, el paciente generalmente se estabiliza en sus síntomas, comprobándose que el tratamiento con neurolepticos se asocia a una disminución de las recaídas especialmente en los enfermos más crónicos (Davis, Kane, Marder, Brauzer, Gierl, Schooler, Casey y Hassan, 1993). Sin embargo, una persona diagnosticada con un trastorno mental severo, además de presentar los síntomas evidentes de su psicopatología, mostrará, muy relacionado con éstos, problemáticas perso-

nales, familiares y sociales que afectan a la vida cotidiana del individuo: alojamiento, empleo, calidad de las relaciones sociales, habilidades de la vida diaria (HVD), etc., que influyen en su adaptación social además de en los propios síntomas que puedan estar experimentando (Shepherd, 1991). A esto hay que añadir que el tratamiento con antipsicóticos presenta problemas como la resistencia del sujeto, los efectos secundarios y la falta de cooperación con la toma de medicación. En la práctica clínica, el incumplimiento del tratamiento farmacológico es un problema frecuente, sobre todo cuando el paciente deja de estar hospitalizado. Este incumplimiento se debe, principalmente, a la falta de conciencia de enfermedad y a los efectos secundarios que producen. En este sentido, un tratamiento psicológico bien establecido junto con un tratamiento farmacológico es efectivo y de elección para trastornos como la esquizofrenia (Pérez y Fernández, 2001).

Entre las respuestas dadas desde el ámbito psicológico a esta problemática aparecen trabajos que van desde los que se han dirigido a mejorar la sintomatología psicótica mediante intervenciones centradas en algún aspecto concreto de la enfermedad, hasta concepciones más globales que aportan términos como rehabilitación integral (Lieberman, 1993), rehabilitación psicosocial (Rodríguez, 1997) o psiquiátrica (Aldaz y Vázquez, 1996) o tratamientos integrados (Roder, Brenner, Hodel y Kienzie, 1996) en los que se implican varias técnicas o tratamientos combinados con una filosofía de trabajo muy particular. Entre ellos destacan los entrenamientos en habilidades sociales (Bellack, Turner, Hersen y Luber, 1984; Kopelowick, Wallace y Zarate, 1998; Lieberman, Wallace, Blackwell, Kopelowick, Vaccaro y Mintz, 1998), actividades de la vida diaria (Vena, Viedma y Cañamares, 1997), la potenciación de estrategias de afrontamiento (Tarrier, 1995), técnicas de focalización (Bentall, Haddock y Slade, 1994), técnicas cognitivas y cognitivo-conductuales para el tratamiento de delirios y alucinaciones (Chadwick, Birchwood y Trower, 1996; Perona y Cuevas, 2002; Cuevas, Perona y Martínez, 2003), grupos de tratamiento (Chadwick, Sambrooke, Rasch y Davies, 2000), psicoeducación para enfermos y familias (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986), prevención de recaídas (Perona, Cuevas, Vallina y Lemos, 2003), etc., aunque a nivel aplicado se suelen utilizar de forma conjunta varias técnicas de las anteriormente descritas (véase Vallina y Lemos, 2001, y Perona et al., 2003).

Pero, sin lugar a dudas, las intervenciones de mayor importancia desarrolladas en la rehabilitación del enfermo mental han sido las centradas en el entrenamiento en diferentes habilidades, que han demostrado mejoras significativas en la sintomatología, frenando el proceso de deterioro de estas enfermedades (Rishovd, 1998; Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson y Weiler, 1999).

Sin embargo, en la práctica cotidiana, el paciente diagnosticado de esquizofrenia sigue (con mayor o menor adherencia) un tratamiento farmacológico con seguimiento (normalmente con revisiones mensuales o bimensuales), pero no siempre llega a beneficiarse del tratamiento combinado (farmacológico y psicológico) en unidades de rehabilitación o con psicólogos de los equipos de salud mental o del ámbito privado. En los casos en que sí se producen estas intervenciones, el problema lo encontramos en la generalización de los resultados de las consultas o centros de salud mental a los domicilios, así como a otros entornos familiares y sociales habituales de los pacientes.

Hasta este momento no se han realizado intervenciones combinadas en un ámbito domiciliario que permitan una mayor generalización y mantenimiento que el obtenido en intervenciones con

otros programas a nivel ambulatorio o en unidades de día y/o internamiento. En este sentido, el objetivo de esta investigación pretende tener en cuenta los beneficios de las intervenciones combinadas en el entorno comunitario y natural del paciente, abordando el contexto domiciliario como unidad básica de atención. Los objetivos del presente estudio se han centrado en un planteamiento individualizado de intervención, teniendo en cuenta que las características personales y sintomatológicas de cada paciente corresponden a las que normalmente presentan peor respuesta al tratamiento y mayor número de recaídas, contemplándose también las áreas de posible deterioro, así como una evaluación exhaustiva de sus habilidades. De esta forma, intentamos valorar si un paquete de intervención formado por un módulo de entrenamiento en habilidades de la vida diaria y otro de adhesión al tratamiento farmacológico incrementan el número de habilidades y de tomas de medicación, respectivamente, a la vez que repercuten en una disminución de los síntomas psicóticos de cada sujeto.

Método

Sujetos

Los participantes en este estudio son cuatro sujetos varones y cuatro mujeres, elegidos al azar de un grupo de 38 enfermos mentales, que acuden de forma regular a un centro de salud mental. Todos los casos estaban diagnosticados de esquizofrenia tipo paranoide desde hacía al menos tres años, tenían entre 25 y 35 años y habían sufrido un número de ingresos mayor o igual a tres, en los dos últimos años, encontrándose en tratamiento farmacológico ambulatorio en un equipo de salud mental. La evaluación mediante los instrumentos que se describen en el siguiente apartado indicó que todos los casos tenían baja adherencia al tratamiento, presentando sintomatología mixta (positiva y negativa) y estaban inactivos laboralmente. Su nivel de estudios era básico, eran solteros, tenían una mala adaptación social y convivían en el domicilio familiar con padres y hermanos. Los motivos de seleccionar sujetos con estas características estriba en estudiar el patrón de trastornos mentales severos y crónicos que normalmente presentan la peor respuesta al tratamiento, mayor número de recaídas, de ingresos hospitalarios y desadaptación laboral, social y familiar (Chinchilla, 1996).

Material

La conducta de los sujetos fue evaluada a través de diversas medidas de autoinforme y entrevista que describimos a continuación:

- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). Se trata de una entrevista estructurada en la que se presentan como preguntas los diferentes criterios diagnósticos presentados en el DSM-IV-TR (APA, 2002), en este caso para la esquizofrenia de tipo paranoide. Estas entrevistas estructuradas han sido desarrolladas para mejorar la fiabilidad y validez diagnóstica y para conocer los principales síntomas de cada sujeto.
- Protocolo asistencial de evaluación, seguimiento e investigación en pacientes esquizofrénicos (Vega y Chinchilla, 1996). De este protocolo se utilizó el autoinforme de seguimiento formado por 14 síntomas (7 positivos: alucinaciones, ideas delirantes, trastorno formal del pensamiento, suspi-

cia, hostilidad, grandiosidad y agitación; y 7 negativos: embotamiento afectivo, aislamiento emocional, contacto pobre, pasividad y aislamiento social, dificultad en el pensamiento abstracto, falta de espontaneidad y fluidez de conversación y pensamiento estereotipado) extraídos de la tipología de Crow (1985), en la que se recoge su presencia o ausencia con el objetivo de prevenir recaídas y obtener retroalimentación de los efectos del tratamiento para su ajuste y control.

- Protocolo de habilidades de la vida diaria (Morian, Alarcón, Mejías y Blanco, 1999). Basado en la estructura propuesta por Vena, Viedma y Cañamares (1997), este protocolo de habilidades diferencia entre Habilidades de la Vida Diaria Instrumentales (HVDI), formado por un total de 11 habilidades (limpieza, organización y manipulación en cocina, baño, dormitorio, resto de casa y limpieza en general, manejo de dinero, comunicación y transportes, utilización de recursos comunitarios, habilidades sociales, lectoescritura, habilidades numéricas, recursos socioculturales); y Habilidades de la Vida Diaria Básicas (HVDB), con un total de 9 habilidades (ducha, higiene dental, peinado, afeitado, otras habilidades de aseo, vestido, alimentación, sueño y salud). Se trata de una evaluación exhaustiva de habilidades para delimitar la frecuencia y topografía con las que el sujeto las realiza, registrando mediante autoinforme su presencia, ausencia o inadecuación, de forma que para las primeras se obtendrán puntuaciones entre 0 y 11 habilidades y para las segundas de 0 a 9.
- Autoinforme de toma de medicación. Se trata de un registro realizado por las familias donde simplemente se especifica si se cumple o no con las tomas diarias de medicación. Teniendo en cuenta que los ocho casos siguen un patrón típico de toma de medicación diaria en 3 momentos del día (mañana-tarde-noche) y que, independientemente del número y tipo de pastillas por toma, se registra la conducta según sea correcta (todas las pastillas correspondientes para cada toma) o incorrecta (no se produce alguna toma o no se toma todas las pastillas que le corresponden).

Diseño

Los efectos de la intervención se han valorado mediante un diseño de caso único ABAB, replicado 8 veces, con las fases siguientes: línea base o pretratamiento (A) - tratamiento (B) - retirada (A) - y tratamiento (B). Las variables dependientes utilizadas han sido las puntuaciones obtenidas por cada uno de los casos en habilidades de la vida diaria instrumentales, básicas, tratamiento farmacológico y síntomas, a lo largo de las distintas fases de la intervención (fase de línea base, fase de tratamiento, fase de retirada y fase tratamiento). La variable independiente ha sido el paquete de tratamiento administrado.

Procedimiento

Los sujetos fueron elegidos a partir de las exploraciones contenidas en sus historias clínicas mediante la utilización de la SCID-I, y las escalas de síntomas positivos y negativos de Crow. Una vez corroborado un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, la existencia de una sintomatología mixta, así como las características expuestas en el apartado de sujetos, se seleccionaron los sujetos

aleatoriamente del grupo de pacientes que asistieron con regularidad al centro de salud mental. Tras contactar con familiares y sujetos, se citaron para una reunión con los técnicos del equipo (psicólogo, trabajadora social y auxiliar) en la que se planteó la posibilidad de participar en una intervención a nivel domiciliario con el objetivo global de mejorar su sintomatología y calidad de vida, para lo que se solicitó la colaboración de todos los presentes. Una vez que los participantes aceptaron, fueron informados de las líneas generales de la intervención: el personal técnico se trasladaría al domicilio familiar, el sujeto debería trabajar algunas tareas con este personal, de forma individual y con la familia. Finalmente, esta última se comprometería a participar en todas las actividades para las que se les solicitara, así como a mantener registros de evaluación en los que previamente serían entrenados. Los cuatro registros básicos del entrenamiento fueron las puntuaciones en HVDI y HVDB del Protocolo de Habilidades de la Vida Diaria (Morian, Alarcón, Mejías y Blanco, 1999), el número de síntomas según el Protocolo Asistencial de Evaluación, Seguimiento e Investigación en Pacientes Esquizofrénicos de Vega y Chinchilla (1996) y el autorregistro del número de tomas de fármacos.

- **1ª Fase: Línea Base.** En un primer momento los pacientes fueron evaluados por el psicólogo del centro administrando la entrevista estructurada SCID-I, y el Protocolo de evaluación, seguimiento e investigación en pacientes esquizofrénicos. Durante un período de siete días los familiares registraron todas las conductas recogidas en los diferentes autoinformes (Protocolo de habilidades de la vida diaria y Autoinforme de toma de medicación). Para este fin el psicólogo se trasladó los dos primeros días de la semana al domicilio con el objeto de supervisar una efectiva recogida de datos, siendo el resto de los días realizada por los familiares, para lo que se designó un familiar responsable principal, que en los ocho casos se decidió que fuera la madre por ser la más implicada y la que pasaba más tiempo con los pacientes. Durante esta semana no se realizó ningún tipo de tratamiento y las condiciones terapéuticas fueron exactamente iguales (el sujeto se toma la medicación o no, realiza actividades, sale con amigos, etc.), ya que no recibió ninguna instrucción sobre cambios en su conducta.

- **2ª Fase: Tratamiento.** La duración de esta fase fue de 6 meses, durante los cuales los familiares recibieron una serie de instrucciones e información centradas en buscar su colaboración en la intervención.

En un primer momento, se les informó de los objetivos básicos de este tipo de tratamientos intentando sensibilizarles sobre el papel que en éste juegan los familiares: colaboración en la recopilación de datos de autorregistros de evaluación, conducta hacia el paciente, reforzamiento de logros conseguidos, proceso de generalización, resolución de problemas y mantenimiento de resultados tras el tratamiento. A continuación, recibieron un entrenamiento destinado a registrar las habilidades de la vida diaria y la toma de medicación que tendrían que llevar a cabo de forma individual y/o conjunta, según los días, con el personal técnico que participaba en la intervención. Este personal revisó periódicamente el registro de los protocolos por parte de la familia. Finalmente, durante la fase de tratamiento, los familiares disponían una vez a la semana del contacto con el psicólogo responsable para solucionar cualquier aspecto, duda o pregunta que surgiera a lo largo de la intervención.

Por otro lado, el personal responsable del programa registró de forma periódica los síntomas producidos en cada sujeto, así como la revisión de la información recogida por los familiares, dedicando al menos un día a la semana a recoger «in situ» dichos datos con ellos. Respecto a la intervención con el paciente, una vez explicados los principios fundamentales de la intervención y obtenido su consentimiento, comenzó el trabajo dividido en dos bloques y en sesiones con una duración aproximada de una hora y media:

1. En cuanto a las habilidades de la vida diaria, una vez recogidos los datos en la fase de línea base, se diseñó un plan de intervención individualizado mediante técnicas de terapia y modificación de conducta con el objetivo de incrementar el número de habilidades, así como de mejorar su topografía. De esta forma, se utilizaron el reforzamiento, feedback, instrucción, modelamiento y ensayo de conducta como principales técnicas. Por ejemplo, en uno de los casos en los que se pretendía afianzar habilidades de la vida diaria respecto a la organización y limpieza de su dormitorio se instauraba la habilidad con técnicas de modelamiento en las que el sujeto observaba cómo realizaba las tareas uno de los técnicos, a la vez que recibía instrucciones concretas sobre aspectos relacionados con la tarea. Posteriormente, era el sujeto el que desarrollaba la actividad recibiendo feedback por parte de los profesionales que realizaban el entrenamiento. Una vez instaurada la con-

ducta, su mantenimiento se afianzaba mediante el reforzamiento social (aprobación) por parte de técnicos y familiares, retirándose éste en el caso de mala praxis o baja ejecución.

2. Respecto a la medicación utilizamos el «Programa de Habilidades Sociales para vivir de forma independiente. Módulo de la Medicación y su control» (Lieberman, DeRisi y Mueser, 1989). Este módulo está diseñado para ayudar a los pacientes esquizofrénicos crónicos a hacerse progresivamente más autosuficientes en el uso de la medicación antipsicótica. Está dividido en cuatro áreas fundamentales: obtener información acerca de la medicación antipsicótica, saber cómo autoadministrarse correctamente, identificar los efectos secundarios de la medicación y tratar los temas de la medicación (consiste en que el sujeto aprenda las distintas maneras de obtener ayuda cuando surgen problemas con la medicación). Se inicia el tratamiento visualizando un vídeo en donde se reflejan los principales problemas que rodean al tratamiento farmacológico, así como sus beneficios. Una vez comentado éste con el paciente, se establece la necesidad de mantener dicho tratamiento centrando el logro de su adherencia en las consecuencias fundamentales que produce: el reforzamiento social de su ámbito familiar y el de los profesionales implicados, y la desaparición o disminución de síntomas durante el proceso en el cual el sujeto está medicado.

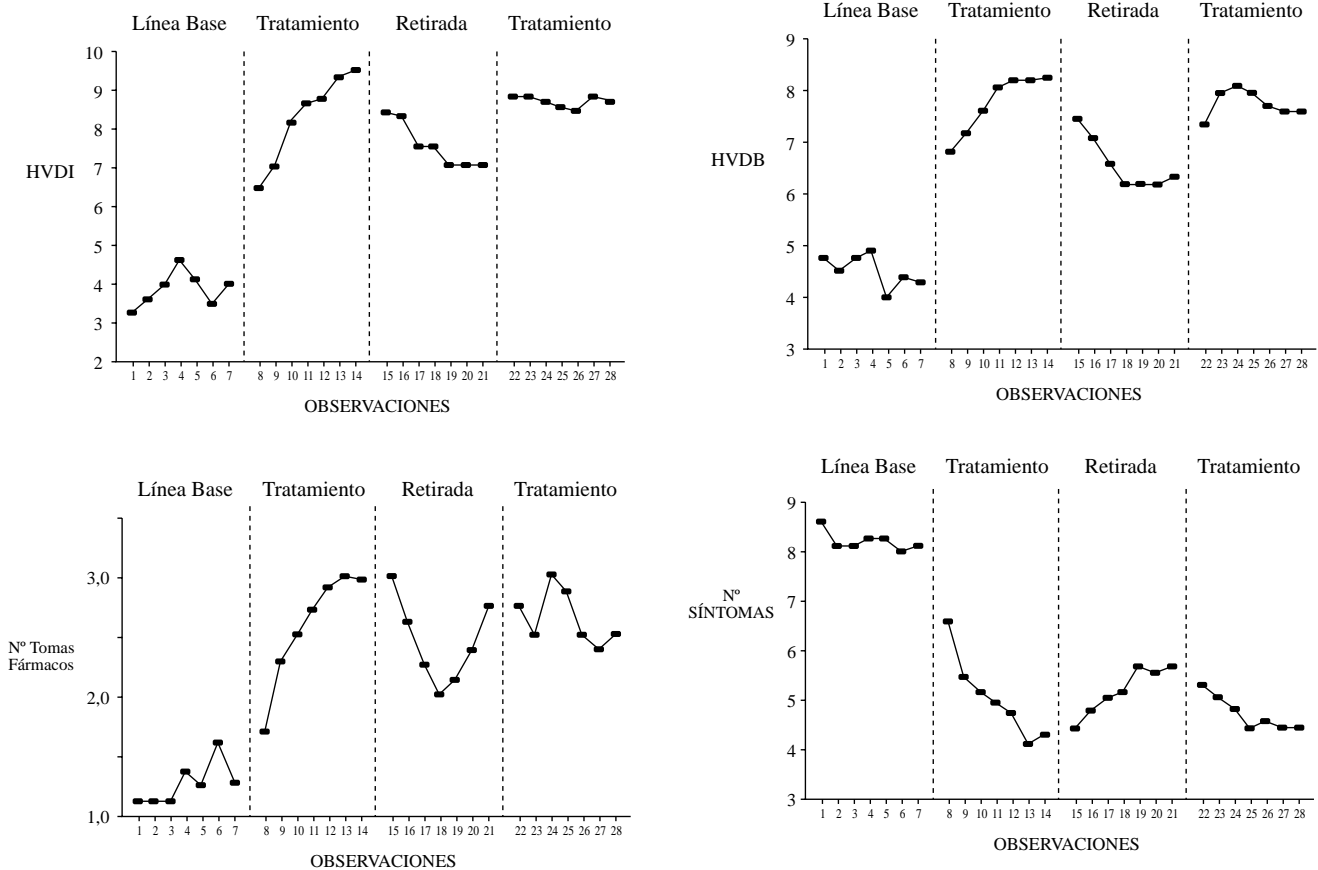


Figura 1. Gráficas correspondientes a las puntuaciones medias de los ocho sujetos en cada una de las variables

Durante el período de tratamiento, los miembros del equipo técnico acudieron al domicilio todos los días de la primera semana y posteriormente se espaciaron las visitas (una media de 3,3 visitas a la semana), repartiéndose entre los diferentes profesionales, diferenciando las actividades propias del entrenamiento de las de evaluación y seguimiento del paciente y su familia.

- **3ª Fase: Retirada o Evaluación Postratamiento.** Una vez finalizado el período de 6 meses de la 2ª fase, se realizó una evaluación en las mismas condiciones que en la 1ª fase de línea base, durante un período de una semana una vez retirado el tratamiento.
- **4ª Fase: Tratamiento.** Al terminar la fase de retirada se reinstaura el tratamiento en las mismas condiciones de la fase 2, durante 7 días más, registrando los diferentes autoinformes anteriormente descritos.

Resultados

En la figura 1 se representan las puntuaciones medias de los ocho sujetos en cada observación y variable dependiente, tanto en la fase de línea base, retirada, como en el segundo período de tratamiento, se recogen las medidas realizadas en los 7 días que duraron dichas fases. Sin embargo, como la primera fase de tratamiento duró 6 meses se han representado 7 días en los que se distribuyen de forma uniforme las medias obtenidas a lo largo de este período de tiempo, para así facilitar la comparación visual y representación gráfica de sus efectos y tendencias entre las cuatro fases.

En las variables HVDB y HVDI se observan en los ocho casos un aumento de estas habilidades durante la fase de tratamiento y un leve descenso, que no llega a los niveles de línea base, en la fase de retirada, que vuelve a incrementarse en la última fase de tratamiento. Por otro lado, en cuanto a la toma de medicación, se presenta una tendencia parecida a la producida en las habilidades de la vida diaria que señala un incremento en la fase de tratamiento y moderado descenso en la fase de retirada para volver a incrementar su frecuencia en la segunda fase de tratamiento. Finalmente, respecto a los síntomas, la relación es inversa. En la fase de línea base se registra un mayor número de síntomas que disminuyen en la fase de tratamiento y se estabiliza con un pequeño incremento cuando retiramos el tratamiento, volviéndose a reducir en la última fase de intervención.

El análisis estadístico se ha realizado desde una doble perspectiva. Por un lado, se ha hecho un tratamiento global de todos los sujetos por fase, para lo que se ha utilizado el ANOVA intrasujeto, obteniéndose diferencias significativas ($\alpha=0,01$) en las cuatro variables dependientes: HVDI ($F_{7,3}=70,106$; $p=0,000$), HVDB ($F_{7,3}=84,921$; $p=0,000$), T. Farmacológico ($F_{7,3}=27,301$; $p=0,000$) y Número de Síntomas ($F_{7,3}=69,647$; $p=0,000$). Las comparaciones planeadas (Prueba de Scheffe) confirman la diferencia entre la fase de línea base y de tratamiento: HVDI (Diferencia de medias (D.F.)= $-4,37$; $p=0,000$); HVDB (D.F.)= $-3,19$; $p=0,000$); T. Farmacológico (D.F.)= $-1,32$; $p=0,000$) y Número de Síntomas (D.F.)= $3,20$; $p=0,000$); y la ausencia de diferencias entre las dos fases de tratamiento: HVDI (D.F.)= $-0,37$; $p=0,797$); HVDB (D.F.)= $3,71E-02$; $p=0,999$); T. Farmacológico (D.F.)= $-5,000E-02$; $p=0,994$) y Número de Síntomas (D.F.)= $0,34$; $p=0,674$). Por otro lado, se ha hecho el tratamiento de los datos sujeto a sujeto, confirmando las diferencias significativas.

Discusión

Según los resultados expuestos anteriormente podemos afirmar que aumentó el número de habilidades desarrolladas por los pacientes en el domicilio familiar tras el entrenamiento en HVD tanto instrumentales como básicas. En todos los sujetos se observa un considerable número de habilidades en las fases de tratamiento en relación a su respectiva línea base. A continuación en la fase de reversión se constata una disminución de los niveles aunque no regresa a los iniciales obtenidos en la primera fase de pretratamiento. Estos resultados apreciados en la representación gráfica de las habilidades en cada una de las fases quedan corroborados en los análisis estadísticos posteriores. Respecto al módulo de entrenamiento y control farmacológico, en los ocho casos encontrábamos pacientes con baja adhesión al tratamiento en la fase de línea base, posteriormente en la fase de tratamiento aparecía una respuesta cercana al límite superior (esto es, a la ingesta de las tres tomas diarias de fármacos). En la fase de retirada del tratamiento los sujetos seguían tomando su medicación de forma más regular que en la primera fase para volver a incrementar el número de tomas al día en la segunda fase de tratamiento. A tenor de estos resultados, es obvia la mejoría en la adhesión al tratamiento, sobre todo si la comparamos con los resultados obtenidos en línea base. En cuanto a la sintomatología presentada por los sujetos, sigue la misma tendencia descrita anteriormente. En un primer momento, en la fase de línea base los sujetos presentaban un número de síntomas que disminuyeron durante la fase de tratamiento. Tras finalizar ésta, aparece algún síntoma más que en la segunda fase pero sin volver a los índices de síntomas presentados en un principio y finalmente aparece una disminución del número de síntomas en la última fase de tratamiento que obtiene las puntuaciones más bajas de todas las fases. Esto nos lleva a concluir que el número de síntomas presentados por los sujetos mejoran ostensiblemente durante las fases de tratamiento, manteniendo de forma moderada dichos resultados una vez retirada éste. Por lo tanto, el aumento del número de habilidades de la vida diaria, tanto instrumentales como básicas, el aumento en la adhesión al tratamiento y la mejora sintomatológica sufren una ostensible mejora según los resultados obtenidos.

Un aspecto que resulta interesante plantear está relacionado con la generalización de los resultados. Tras la realización del tratamiento y su retirada posterior cabría esperar un descenso hasta niveles de la línea base en cada uno de los tratamientos. Sin embargo, esta caída no se produce a pesar de que sí descienden los resultados si los comparamos con los obtenidos en la fase de tratamiento. No obstante, el descenso de puntuaciones en la fase de retirada, de habilidades teóricamente consolidadas durante el entrenamiento, nos hace pensar que el peso del trabajo conjunto y la presencia tanto de la familia como del equipo técnico hace que cuando toda la atención se retira el sujeto baja inicialmente su ejecución. Por cuestiones metodológicas nos vemos obligados a retirar todo tipo de intervención durante la fase de postratamiento para observar sin contaminación alguna los resultados, pero cabe señalar que en una situación aplicada, por norma general, cobraría sentido realizar una retirada paulatina y seguimientos más o menos espaciados, así como utilizar a los familiares para controlar los avances del paciente, evitar retrocesos y ampliar la generalización de resultados.

No existe, por tanto, una reversión de resultados posterior al tratamiento respecto a la línea base, sin embargo, no podemos afirmar que el aprendizaje de estas habilidades sea absoluto. No obs-

tante, mejoran de forma ostensible el nivel de habilidades, la adherencia al tratamiento y la sintomatología en los ocho casos estudiados.

Los resultados obtenidos en este estudio son innovadores al realizar esta intervención dentro del ámbito domiciliario, no existiendo referencias sobre este tipo de tratamientos fuera de centros de rehabilitación, ambulatorios, comunidades terapéuticas o centros cerrados. El llevarse a cabo dentro de la situación normalizada del paciente en su domicilio familiar abre numerosas posibili-

dades de atención comunitaria de los enfermos mentales crónicos como alternativa al tratamiento ambulatorio o a su institucionalización. A raíz de este estudio se podían realizar otras investigaciones que incidieran en los beneficios de la intervención a domicilio y en otros contextos comunitarios, así como profundizar en los efectos de los entrenamientos aquí empleados con el objeto de generalizar aún más sus resultados, fomentar mayor grado de autonomía de los sujetos y conseguir el mantenimiento de sus efectos a largo plazo.

Referencias

- APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson (orig. 2000).
- Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (1996) (Coords.). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Ayllon, T. y Azrin, N. (1968). Reinforcer sampling: a technique for increasing the behavior of mental patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 13-20.
- Bellack, A.S., Turner, S.M., Hersen, M. y Luber, R.F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1.023-1.028.
- Bentall R.P., Haddock, G. y Slade, P.D. (1994). Cognitive behavior therapy for persistent auditory hallucinations: from theory to therapy: Innovations in cognitive-behavioral approaches to schizophrenia. *Behavior Therapy*, 25, 51-66.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, UK: Wiley.
- Chadwick, P., Sambrooke, S., Rasch, S. y Davies, E. (2000). Challenging the omnipotence of voice: group cognitive behavior therapy for voices. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 993-1.003.
- Chinchilla, A. (1996). *Las esquizofrenias*. Barcelona: Masson.
- Crow, T.J. (1985). The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 471-485.
- Cuevas, C., Perona, S. y Martínez, M.J. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante. *Psicothema*, 15, 120-126.
- Davis, J.M., Kane, J.M., Marder, S.R., Brauzer, B., Gierl, B., Schooler, N., Casey, D.E. y Hassan, M. (1993). Dose response of prophylactic antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 24-30.
- First, M., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.B.W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)*. Barcelona: Masson (orig. 1999).
- IASAM (1987). *La población hospitalizada en instituciones psiquiátricas en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía.
- IASAM (1988). *La reforma psiquiátrica en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía.
- Kopelowick, A., Wallace, C.J. y Zarate, R. (1998). Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community : A brief method of improving the continuity of care. *Psychiatric Services*, 49, 1.313-1.316.
- Liberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona : Martínez Roca (orig. 1988).
- Liberman, R.P., DeRisi, W.J. y Mueser, K.T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients: Psychology practitioner guidebooks*. New York: Pergamon Press.
- Liberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J.V. y Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1.087-1.091.
- Moriana, J.A., Alarcón, E., Mejías, A. y Blanco, N. (1999, diciembre). Entrenamiento en HHVD en un programa de atención a domicilio para enfermos mentales crónicos. Comunicación presentada en las *I Jornadas de Participación en Salud*, Córdoba.
- Obiols, J.E. y Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pérez, M. y Fernández, J.R. (2001). El grano y la criba de los trastornos psicológicos. *Psicothema*, 13, 523-529.
- Perona, S. y Cuevas, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 14, 26-33.
- Perona, S., Cuevas, C., Vallina, Ó. y Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Rishovd, B. (1998). A review of longitudinal study of cognitive function in schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 425-435.
- Roder, V., Brenner, H.D., Hodel, B. y Kienzie, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel (orig. 1996).
- Rodríguez, A. (1997) (Coord.). *Rehabilitación psicosocial de personas de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Shepherd, G. (1991). Psychiatric rehabilitation for the 1990's. En F.N. Watts y D.H. Bennett (Comps.), *Theory and practice of psychiatry rehabilitation*. Chichester: Wiley.
- Spaulding, W.D., Reed, D., Sullivan, M., Richardson, C. y Weiler, M. (1999). Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 657-676.
- Tarrier, N. (1995). Tratamiento y modificación de los síntomas psicóticos residuales. En M. Birchwood y N. Tarrier (Eds.), *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia* (pp. 143-173). Barcelona: Ariel (orig. 1995).
- Vallina, Ó. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345-364.
- Vega, M. y Chinchilla (1996). Protocolo asistencial de evaluación, seguimiento e investigación en pacientes esquizofrénicos. En A. Chinchilla, *Las esquizofrenias* (pp. 395-401). Barcelona: Masson.
- Vena, J., Viedma, M^a.J. y Cañamares, J.M. (1997). Actividades de la vida diaria. En Rodríguez, A. (Coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 147-157). Madrid: Pirámide.
- Zubing, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.