

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE ESQUIZOFRENIA

Juan Antonio Moriana*

Eva Alarcón**

Javler Herruzo*

Departamento de Psicología. Universidad de Córdoba*

Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba**

RESUMEN

En este estudio realizamos una intervención psicológica sobre un paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Utilizamos un diseño de caso único A-B-A-B en el que desarrollamos un programa de intervención individualizado utilizando una aplicación a domicilio de los módulos de Liberman junto a un entrenamiento de habilidades de la vida diaria y una adaptación de la Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia (IPT) de Roder y Brenner. Los resultados indican que tras un periodo de tratamiento de seis meses se produce una mejora sustancial de los síntomas del paciente, un aumento de sus habilidades de la vida diaria y una mejor adherencia al tratamiento farmacológico.

Palabras clave: **ESQUIZOFRENIA, HABILIDADES DE LA VIDA DIARIA, MÓDULOS DE LA MEDICACIÓN DE LIBERMAN, TERAPIA INTEGRADA DE LA ESQUIZOFRENIA, INTERVENCIÓN A DOMICILIO.**

SUMMARY

In this study we carried out a psychological intervention in a patient diagnosed with paranoid schizophrenia. Applying an A-B-A-B case design, we developed an individualised home treatment intervention program following Liberman's medication modules, a daily-life skills training and an adaptation of the Integrated Psychological Therapy for the schizophrenia (IPT) of Roder and Brenner. The results show that after six months treatment an improvement of the patient's symptoms is perceived, followed by a good response to the daily life skills training program as well as a better adherence to the pharmacological treatment.

Key words: SCHIZOPHRENIA, DAY-LIFE SKILLS, LIBERMAN'S MEDICATION MODULES, INTEGRATED PSYCHOLOGICAL THERAPY, HOME TREATMENT.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis ha experimentado una gran evolución a lo largo de la historia. El modelo biomédico y el tratamiento farmacológico como eje terapéutico principal ha caracterizado el abordaje de estas enfermedades facilitado por el descubrimiento de una gran variedad de fármacos antipsicóticos y tratamientos mixtos (administrados conjuntamente con ansiolíticos, antidepressivos, etc). El abordaje de la esquizofrenia desde este modelo y la utilización exclusiva de medicación comenzó a cuestionarse con la llegada de investigaciones que planteaban una etiología multicausal, un enfoque biopsicosocial y un importante componente conductual relacionados con la vulnerabilidad, génesis y explicación sintomatológica no solo de la esquizofrenia sino también de otras enfermedades mentales (Zubing y Spring, 1977).

A partir de la década de los 80 con la llegada de la reforma psiquiátrica a España, y a gran parte de los países europeos, comienza un cambio de concepción hacia planteamientos más comunitarios

que perseguían el desmantelamiento progresivo de los hospitales psiquiátricos y la apertura paulatina de dispositivos de salud mental adaptados a las necesidades asistenciales de los diferentes trastornos mentales severos (IASAM, 1988). Una de las características más importantes de la reforma hacia especial énfasis en potenciar la permanencia de los pacientes en su entorno familiar y social. Para este fin, se diseñaron actuaciones dirigidas a potenciar la integración social de personas diagnosticadas de una enfermedad mental grave como la esquizofrenia, de forma complementaria al tradicional tratamiento farmacológico. Términos como rehabilitación psiquiátrica o rehabilitación psicosocial comenzaron a utilizarse para describir otra forma de concebir el trabajo con estas personas haciendo hincapié en su recuperación funcional tanto a nivel de síntomas (deterioro cognitivo, trastornos del lenguaje, atención, etc.) como a su integración a nivel social y comunitario (aislamiento y problemas familiares, ocio, tiempo libre, trabajo, vivienda, etc.).

En líneas generales, las intervenciones psicológicas que han demostrado su eficacia pueden dividirse en cuatro grandes grupos (Vallina y Lemos, 2003): las intervenciones familiares basadas en la psicoeducación de familiares y enfermos, los entrenamientos en habilidades sociales, los tratamientos cognitivo-conductuales dirigidos tanto a la sintomatología positiva (alucinaciones y delirios) como a la negativa (déficit cognitivos) y, finalmente, los paquetes integrados multimodales.

Las intervenciones familiares han estado centradas en dar información sobre la enfermedad, reducir la problemática socio-familiar, mejorar la emoción expresada y entrenar habilidades, recursos y estrategias de afrontamiento dirigidas a facilitar la convivencia entre el paciente y sus allegados. Dentro de éstas podemos destacar el modelo psicoeducativo de Anderson y colaboradores (1986), el paquete de intervenciones sociofamiliares de Left (Kuipers, Leff y Lam, 1992), las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier (Barrowclough y Tarrier, 1992) y la terapia conductual familiar de Fallon (Fallon, Boyd, McGill, Williamson y cols., 1985).

Respecto a intervenciones que utilizan entrenamientos en habilidades sociales y de la vida diaria destacan los estudios de Bellack y colaboradores (1984), Liberman (1993), Hayes, Halford y Varghese

(1995) y Glynn, Marder, Liberman, Blair y cols. (2002), para una revisión consultar Kopelowick, Liberman y Zarate (2006).

Por otro lado, los tratamientos cognitivos conductuales cobran especial protagonismo al estar fundamentalmente centrados en la atención de alucinaciones y delirios y al demostrar que disminuyen los principales síntomas de la esquizofrenia (Kingdon y Turkington, 1994; Fowler, Garety y Kuipers, 1995; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996; Tarrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy y cols., 1998; Haddock, Tarrier, Spaulding, Yusupoff y cols., 1998; para una revisión sobre la eficacia de este tipo de tratamientos psicológicos de la esquizofrenia ver Pfammatter, Junghan, y Brenner, 2006).

Dentro de los paquetes integrados multimodales (Penn y Mueser, 1996) destaca la Terapia Psicológica Integrada (IPT) de Roder, Brenner, Hodel y Kienzle (1995). La IPT es un programa de intervención grupal de orientación conductual dirigido a la mejora de las habilidades cognitivas y sociales de pacientes con esquizofrenia. Se desarrolla con grupos de cinco a siete pacientes en sesiones de 30 a 60 minutos, unas tres veces a la semana y durante un periodo mínimo de tres meses. Derivaciones de este procedimiento son el entrenamiento en el manejo de emociones (EMT) de Hodel y Brenner (1997), el programa de entrenamiento en habilidades de ocio, de vivienda y laborales (WAF) de Roder y colaboradores (2002).

Prácticamente la totalidad de tratamientos psicológicos de la esquizofrenia han sido desarrollados para aplicarse en el ámbito ambulatorio (aunque en la realidad práctica de nuestro sistema público de salud los pacientes con esquizofrenia son atendidos en los ambulatorios casi exclusivamente por psiquiatras). También existen aplicaciones para trabajar en entornos hospitalarios y unidades media estancia y de rehabilitación a nivel individual (principalmente el tratamiento de alucinaciones y delirios) y a nivel grupal (entrenamientos en habilidades y paquetes integrados), incluso intervenciones psicosociales adaptadas a pisos protegidos, asociaciones de enfermos y familiares, etc. Sin embargo, son muchos los pacientes con esquizofrenia que no acuden habitualmente a su visita ambulatoria o centro de rehabilitación y abandonan el tratamiento o tienen una baja adherencia a las prescripciones médicas y toma de fármacos.

A pesar de la supuesta cantidad y variedad de intervenciones psicológicas para la esquizofrenia y sus aplicaciones tanto a nivel individual, grupal como familiar, no existe un protocolo de aplicación de estas técnicas en los servicios públicos de salud (a nivel de tratamiento psicológico) según el tipo de paciente, gravedad de los síntomas y momento en el que se encuentra el curso de su enfermedad. De esta forma, en la práctica clínica los psicólogos suelen utilizar una o más alternativas de procedimientos eficaces (de forma individual o conjunta), en lo que se ha denominado tratamientos combinados (junto al farmacológico). Esta filosofía de trabajo ha dado lugar a investigaciones clínicas que utilizan varios tratamientos de forma conjunta. Algunos ejemplos de este tipo de investigaciones son las efectuadas por Drury y cols. (2000) que utiliza terapia cognitivo-conductual a nivel individual, grupal, sesiones familiares y programación de actividades, Fowler y Morley (1989) modificación de creencias y estrategias de afrontamiento, Méndez (2006) reestructuración cognitiva, exposición en vivo y entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas y Morrison (1994) utiliza un paquete de tratamiento formado por estrategias de afrontamiento, focalización y modificación de creencias, etc.

Tanto para personas que abandonan el tratamiento como para el resto de pacientes se ha considerado que algunas intervenciones realizadas en consulta tienen, posteriormente, dificultades para generalizar sus resultados a medio o largo plazo en el contexto natural del paciente (su hogar y ámbito social). Muchos de estos procedimientos (en habilidades sociales, habilidades de la vida diaria, paquetes multicomponentes, etc.) no terminan teniendo una repercusión positiva o formando parte del repertorio habitual de conductas del individuo.

La evidencia científica indica que existen intervenciones que han demostrado su eficacia en tratamiento ambulatorio, pero ¿sería adecuada su adaptación en algunos casos para desarrollarse a nivel individual y/o familiar en el domicilio? Desde nuestro punto de vista todas las intervenciones deben desarrollarse en el equipo de salud mental o a nivel ambulatorio y/o en centros de rehabilitación, pero en algunos casos de los descritos anteriormente o para determinadas intervenciones (habilidades la vida diaria o psicoeducación familiar)

puede quedar justificada su atención e incluso puede ser necesaria o al menos conveniente.

Algunas de las situaciones que motivan la aplicación de estas técnicas en el ámbito comunitario y/o domiciliario son, entre otras: desarrollo en vivo e «in situ» de habilidades de la vida diaria y otras actividades como búsqueda de empleo, actividades de ocio y tiempo libre, trabajo directo con la familia y el paciente, detección temprana de sintomatología premórbida, descompensación y posibilidad de seguimiento, problemas de inserción social, pérdida de apoyo sociofamiliar (a nivel de divorcios y/o rupturas familiares, amigos, etc.), abandono del tratamiento ambulatorio, baja adherencia al tratamiento farmacológico, pacientes que viven solos y rehabilitación de enfermos mentales transeúntes, síntomas negativos (aislamiento, etc.), pacientes que hayan salido de un periodo de internamiento en unidades de agudos o de media estancia, pacientes que no asisten normalmente a unidades de rehabilitación, servicios sociales comunitarios y otros servicios, e incluso otras situaciones futuras que afectarán a los trastornos mentales severos como las planteadas por la actual Ley de dependencia.

Algunas investigaciones que recogen experiencias desarrolladas en el domicilio del paciente se han centrado en programas de psicoeducación familiar-paciente aplicadas a domicilio (Tarrier y Barrowclough, 1995; Montero y cols., 2001), entrenamiento en habilidades sociales en contextos comunitarios (Glynn y cols., 2002), habilidades de la vida diaria (Moriana y Alarcón, 2000), tratamiento combinado (farmacológico, habilidades de la vida diaria y módulo de medicación de Liberman) Moriana, Alarcón y Herruzo (2004), módulos de Liberman a domicilio (Kopelowick, A., Zarate, R., Gonzalez-Smith, 2003; Moriana, Alarcón y Herruzo, 2006), IPT (Moriana, Alarcón y Herruzo, 2006) e intervención en crisis y *home-care packages* (Joy, Adams y Rice, 2006).

En el presente trabajo aplicamos de forma conjunta y a domicilio un procedimiento multicomponente formado por el módulo de medicación de Liberman, entrenamiento en habilidades de la vida diaria e IPT en un caso de esquizofrenia paranoide.

MÉTODO

Participante

El paciente es un varón de 31 años de edad diagnosticado de esquizofrenia paranoide (APA, 2002). El inicio de su patología había sido de tipo insidioso y comienzo en los primeros años de la adolescencia. Hasta el momento de la intervención se contabilizaban seis ingresos en unidad de agudos, habiendo recibido a lo largo de su enfermedad diversos tratamientos farmacológicos (neurolépticos, ansiolíticos, benzodiazepinas, antidepresivos, antiparkinsonianos, etc) en Equipo de Salud Mental de Distrito de forma intermitente (varias recaídas, abandonos del tratamiento, baja adherencia, etc.). En el paciente predominaba la sintomatología negativa (aislamiento, retraimiento social, etc.), la baja adherencia al tratamiento e importantes déficit de habilidades. Vivía con su madre (padre fallecido y los hermanos mayores residían fuera de casa) con la que había generado fuertes lazos de dependencia así como importantes elementos de manipulación de su entorno y ganancias secundarias por su enfermedad.

Instrumentos y medidas

- Para la valoración de la sintomatología psicótica utilizamos la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). Esta prueba es una entrevista estructurada en la que se valoran los diferentes criterios diagnósticos presentados en el DSM-IV-TR (APA, 2002) para los principales diagnósticos del Eje I. Ha sido desarrollada para mejorar la fiabilidad y validez diagnóstica y para conocer los principales síntomas de cada sujeto.

- También administramos la *Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS* (Kay, Fiszbein y Opler, 1987). Esta entrevista es uno de los principales métodos utilizados en la evaluación y medida de síntomas de la esquizofrenia tanto en el ámbito de la investigación como en el clínico aplicado. La PANSS está basada en la clasificación propuesta por Crow que diferencia entre dos síndromes: Tipo I y Tipo II. El Tipo I

está caracterizado por síntomas positivos (alucinaciones, delirios, etc.), mientras que el Tipo II focaliza su evaluación en síntomas negativos como afecto aplanado, aislamiento social, etc. Originalmente la evaluación de la PANSS se basó en la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) y en la *Psychopathology Rating Schedule* (PRS).

La PANSS está formada por 7 ítems que evalúan síntomas positivos, 7 síntomas negativos y 16 ítems que evalúan síntomas de psicopatología general. Todos los ítems se responden en una escala de 7 puntos (desde 1 «ausencia de síntomas» hasta 7 para designar síntomas percibidos de forma «severa o extrema»). Los resultados de la PANSS pueden ser expresados en una puntuación total fruto de la suma de todos sus ítems.

- 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, suspicacia, 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). Todos estos síntomas han sido recopilados de la tipología de Crow (1985). Este autoinforme registra su presencia o ausencia con el objetivo de prevenir recaídas y obtener información de los efectos del tratamiento para su ajuste y control. Se utilizó este instrumento para poder recoger de forma más rápida, fácil y dinámica la presencia o ausencia de síntomas a lo largo de la intervención ya que considerábamos que la PANNS no era el instrumento más adecuado para ser utilizado en numerosas ocasiones debido, fundamentalmente, al excesivo tiempo empleado en su administración. Por esta razón, utilizamos este autoinforme a lo largo de todo el proceso descrito en este trabajo administrando la PANNS solo en dos ocasiones, al principio (línea base) y al final de la cuarta fase (segundo periodo de intervención).

- Protocolo de habilidades de la vida diaria (Moriana, Alarcón, Mejías y Blanco, 1999; Moriana, Alarcón y Herruzo, 2004). 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). Está basado en la estructura propuesta por Vena, Viedma y Cañamares (1997). En este autoinforme se realiza una evaluación de habilidades para delimitar la frecuencia y topografía con las que el sujeto las ejecuta, registrando mediante autoinforme su presencia, ausencia o inadecuación. De esta forma para las primeras se obtendrán puntuaciones entre 0 y 11 habilidades y para las segundas de 0 a 9.

- Autoinforme de toma de medicación. Esta hoja de registro se cumplimenta fácilmente y puede ser rellenada tanto por los técnicos como por la familia o el paciente, simplemente se especifica si se cumple o no con las tomas diarias (prescritas) de medicación. Este registro recoge el patrón de toma de medicación diaria en 3 momentos del día (mañana-tarde-noche) de forma que independientemente del número y tipo de pastillas que le correspondan 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).

- *UCLA Social and Independent Living Skills Program*. Es un programa conductual de habilidades de la vida diaria centradas en aspectos sociales que fomentan la independencia de las personas con trastornos mentales severos. Ha sido desarrollada por R. P. Liberman y colaboradores (1989) y está formada por diferentes módulos dirigidos al entrenamiento de habilidades y control de la medicación, de los síntomas, del ocio y tiempo libre, de habilidades de comunicación, y de apoyo a la reintegración en la sociedad. Cada módulo está compuesto por un conjunto de habilidades y objetivos. El participante realiza diferentes tipos de actividades estructuradas diseñadas especialmente para pacientes con esquizofrenia. Las técnicas utilizadas para el entrenamiento de habilidades están basadas en los principios del aprendizaje conductual y van dirigidas a ayudar y cubrir los principales déficit de personas con enfermedades mentales

crónicas y severas. El programa utilizó el módulo de medicación y fue adaptado para ser aplicado en el mismo domicilio del paciente, con el objetivo de lograr su incorporación a grupos fuera del domicilio a medida que el individuo fuera mejorando y así lo considerara (sobre todo para participar en el visionado de los videos sobre medicación y roleplaying).

- Terapia Integrada de la Esquizofrenia-IPT (Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1996). La IPT es un programa de intervención compuesto por cinco subprogramas orientados a la terapia de trastornos perceptivos, de la conducta social, de la atención y cognitivos, típicos de la esquizofrenia. Los subprogramas que la forman son: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales. Los subprogramas están concebidos con un nivel de exigencia creciente (de tareas más simples a más complejas). El objetivo principal del programa y sus componentes van dirigidos a desarrollar habilidades utilizando materiales neutros (orientados a la tarea) para no elicitar estrés introduciendo contenidos emocionalmente estresantes a medida que avanza el programa. La IPT fue diseñada para aplicarse a grupos pequeños (los autores recomiendan entre 4 y 8 pacientes) pero nosotros, debido a la particularidad del tipo de atención (individual y a domicilio), adaptamos el programa para ser aplicado por una persona (psicóloga) con la presencia de una co-terapeuta colaboradora (la auxiliar de ayuda a domicilio, previamente entrenada en IPT), tal y como describimos en el apartado de procedimiento.

Diseño

Los efectos de las intervenciones han sido valorados mediante un diseño de caso único A-B-A-B (Barlow y Hersen, 1988). Hemos elegido este diseño porque mejora las condiciones del A-B-A y permite terminar con una fase de tratamiento que luego puede alargarse por razones clínicas a la vez que proporciona dos oportunidades para demostrar los efectos del tratamiento. El diseño presenta las siguientes fases: línea base o pretratamiento (A)- tratamiento1 (B) – retirada (A) y tratamiento2 (B).

Las variables registradas son las puntuaciones obtenidas en habilidades de la vida diaria instrumentales, básicas, tratamiento

farmacológico y síntomas, a lo largo de las distintas fases. El programa de tratamiento aplicado estaba formado por el módulo de la medicación de Liberman, entrenamiento en habilidades de la vida diaria e IPT. Siguiendo esta consideración de paquete terapéutico formado por varios tratamientos administrados a la vez podríamos también definir el diseño como de tratamientos simultáneos (Browning, 1967, Barlow y Hersen, 1988) al coincidir en el mismo sujeto dos o más tratamientos de forma concurrente.

Procedimiento

El sujeto fue evaluado mediante la SCID-I. Una vez corroborado el diagnóstico de esquizofrenia paranoide se le administró la PANSS. A continuación se mantuvo una reunión con el participante y su madre para informarle sobre la posibilidad de adherirse a un programa de atención a domicilio dirigido a mejorar aspectos de su vida cotidiana y de su salud mental. Una vez que el usuario muestra interés en el programa se le informa de los aspectos fundamentales del mismo: la intervención se realiza básicamente en el domicilio del paciente, en el programa participan fundamentalmente una psicóloga y una auxiliar (y de forma puntual también colaboraron un psicólogo y una trabajadora social). Los objetivos globales y fundamentales que se plantean son la mejora de la sintomatología y el aumento de su calidad de vida. Tras el consentimiento del paciente se explicaron las líneas generales de la intervención. En un primer momento se desarrollaría una fase de evaluación inicial de una semana de duración, a continuación una fase de intervención o tratamiento de seis meses de duración; una vez finalizado el periodo de intervención se volvió a evaluar durante una semana (sin tratamiento) y finalmente se reinstaura el tratamiento en las mismas condiciones de la segunda fase durante una semana.

Los cuatro registros básicos del entrenamiento fueron las puntuaciones en HVDI y HVDB del Protocolo de Habilidades de la Vida Diaria, las puntuaciones obtenidas en el autoinforme del Protocolo asistencial de evaluación, seguimiento e investigación en pacientes esquizofrénicos, el autoinforme de toma de medicación y dos medidas de la PANSS efectuadas antes de la primera fase de tratamiento y una vez finalizada la intervención.

1ª Fase: Línea Base (A). El usuario fue evaluado administrando las entrevistas semi-estructuradas SCID-I y PANNS. A continuación y durante una semana el paciente fue evaluado en su domicilio recogiendo registros de los siguientes autoinformes:

- Habilidades de la vida diaria instrumentales
- Habilidades de la vida diaria básicas
- Registro de fármacos que consume diariamente
- Síntomas psicóticos siguiendo el autoinforme del protocolo

asistencial de evaluación, seguimiento e investigación en pacientes esquizofrénicos (Vega y Chinchilla, 1996)

Durante esta semana no se realizó ningún tipo de intervención psicológica y las condiciones terapéuticas fueron exactamente iguales (el sujeto se toma la medicación, o no, según decisión propia y no realiza ninguna actividad especial, desarrollando su vida habitual) en ningún momento recibe instrucciones para que se produzcan cambios en su conducta.

2ª Fase: Tratamiento (B). El primer período de tratamiento tiene una duración de 6 meses. La periodicidad de las visitas al domicilio fue variable (3,6 días de media a la semana) en sesiones de una hora y media de duración (también variable, según objetivos y dificultades). La madre recibió instrucciones e información dirigidas a buscar su colaboración en la intervención, se le informó de los objetivos básicos de este tipo de tratamientos y del importante papel que en él tienen los familiares. También solicitamos su colaboración en la recopilación de datos de autorregistros de evaluación (la madre recibió formación para el registro de habilidades de la vida diaria y registro de toma de medicación), conducta hacia el paciente, en el reforzamiento de logros conseguidos, proceso de generalización, resolución de problemas y mantenimiento de resultados tras el tratamiento. Los técnicos supervisaron y revisaron periódicamente la cumplimentación de los registros por parte de la madre. Asimismo, la madre disponía una vez a la semana del contacto con la psicóloga responsable para solucionar cualquier aspecto, duda o pregunta que surgiera a lo largo de la intervención.

A lo largo de esta fase las profesionales que desarrollaban la intervención registraron de forma periódica los síntomas producidos en el sujeto (según el protocolo de síntomas).

A continuación vamos a describir las líneas generales de actuación desarrolladas para cada una de las intervenciones.

En cuanto a las habilidades de la vida diaria (HVD), una vez recogidos los datos en la fase de línea base analizamos el tipo de habilidades del repertorio conductual del paciente (frecuencia, topografía, déficit, etc.). A raíz de esta evaluación se diseñó un plan de intervención individualizado aplicando técnicas de modificación de conducta con el objetivo de incrementar el número de habilidades y mejorar su topografía. Las principales técnicas empleadas fueron el reforzamiento, feedback, autoinstrucciones, modelamiento, contrato y ensayo de conducta. La ejecución y desarrollo de la conducta por parte del participante era reforzada recibiendo feedback por parte de los profesionales que realizaban el entrenamiento. Una vez instaurada la conducta objetivo, su mantenimiento se afianzaba mediante el reforzamiento social.

Un segundo componente de la intervención iba dirigido a instaurar un comportamiento positivo y adecuado de toma de medicación y adherencia al tratamiento farmacológico. Para desarrollar esta competencia 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 personas con trastornos mentales severos a hacerse progresivamente más auto-suficientes en el uso de fármacos. Está dividido en cuatro áreas fundamentales; obtener información acerca de la medicación antipsicótica, saber cómo auto-administrarse correctamente (dosis, tomas, etc), identificar los efectos secundarios y tratar otros temas relacionados con la medicación. El objetivo fundamental del módulo es mejorar la adherencia al tratamiento, entrenar una pauta adecuada de administración de fármacos, prevenir comportamientos inadecuados como la automedicación y resolver problemas que normalmente surgen en este tipo de intervenciones (efectos secundarios, olvidos de las tomas, etc.), a la vez que se intenta centrar la atención del individuo en los beneficios obtenidos y en la necesidad de continuar a largo plazo con este tipo de tratamientos.

También iniciamos la aplicación del programa de Terapia Integrada de la Esquizofrenia-IPT (Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1996). A pesar de haber sido diseñada para desarrollarse en grupos pequeños,

hemos visto la conveniencia de adaptarla para su aplicación individual y a domicilio. Dicha adaptación contempla la participación de la psicóloga con la ayuda de una co-terapeuta colaboradora (la auxiliar de ayuda a domicilio, previamente entrenada en IPT) y que iba a involucrarse en la mayoría de los ejercicios planteados en el programa, con participaciones esporádicas de la madre (por ejemplo, en los ejercicios con tarjetas del primer subprograma la madre participaba y era reclamada por el paciente, posteriormente, para seguir «jugando» y realizar estos ejercicios). Desde nuestro punto de vista, pensamos que para determinado tipo de pacientes (colaboradores, con buenas relaciones familiares, etc.) puede resultar muy positiva la colaboración de familiares en algunos ejercicios. Al final del proceso de intervención expuesto en este trabajo el paciente se incorporó al trabajo de IPT en grupo con otros pacientes diagnosticados de esquizofrenia. El resto de aspectos del desarrollo de la IPT siguieron las líneas generales expresadas en el planteamiento original desarrollado por Roder, Brenner, Hodel y Kienzle (1996).

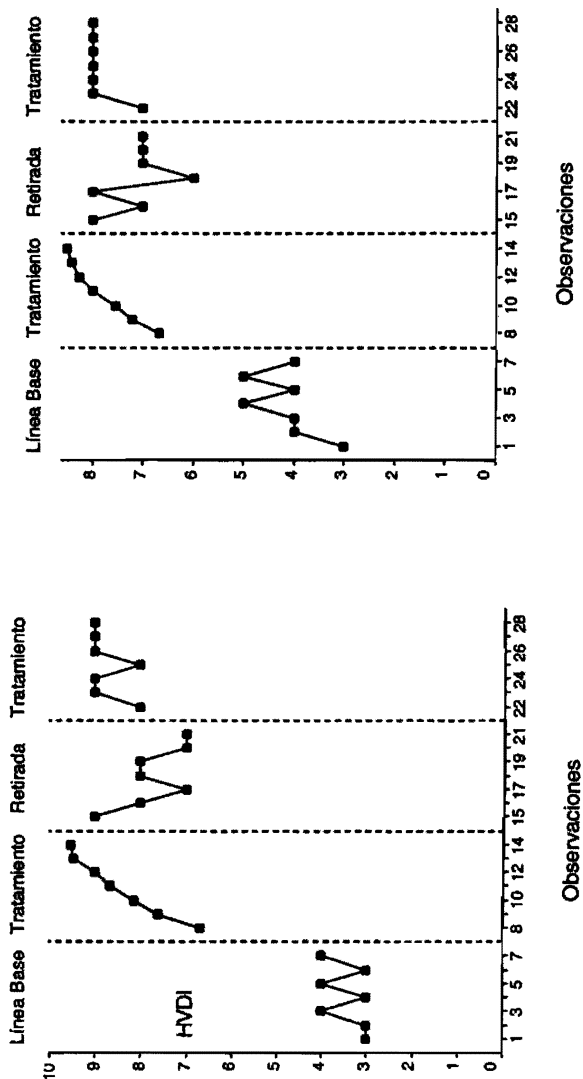
- 3ª Fase: Retirada o Evaluación Postratamiento (A). Una vez finalizado el periodo de tratamiento la madre recibe instrucciones para estar durante siete días sin administrar contingencias propias de la fase de tratamiento, intentando que su comportamiento sea lo más neutro posible. Asimismo realizamos una evaluación en las mismas condiciones que en la primera fase de línea base durante un período de una semana.

- 4ª Fase: Tratamiento (B). Al terminar la fase de retirada se inicia de nuevo el tratamiento. En esta ocasión se instó a la madre a continuar con su comportamiento normal y las principales actuaciones consistieron básicamente en reforzar las habilidades aprendidas, feedback e instrucciones. Esta segunda fase de tratamiento tuvo una duración de 7 días durante los cuales continuamos registrando los diferentes autoinformes descritos anteriormente.

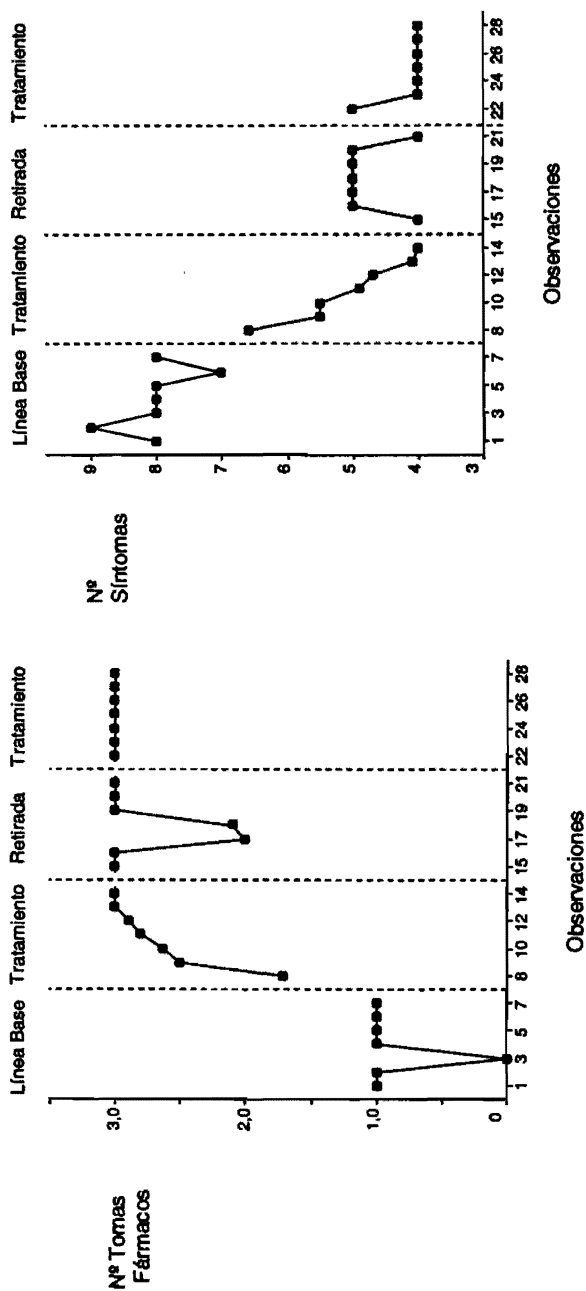
RESULTADOS

Los resultados se exponen en la Gráfica 1. En ella se representan las cuatro variables registradas (HVDI, HVDB, número de tomas correctas de fármacos al día y número de síntomas) a lo largo de las

Gráfica 1. Representación gráfica de las observaciones registradas en cada una de las variables



Gráfica 1. Representación gráfica de las observaciones registradas en cada una de las variables (continuación)



cuatro fases del diseño (línea base, tratamiento, retirada y tratamiento). Tanto la línea base como la fase de retirada y el segundo tratamiento tienen una duración de 7 días, sin embargo, al tener la fase de tratamiento 6 meses se han representado en la gráfica 7 observaciones correspondientes a las puntuaciones medias obtenidas por el sujeto durante este periodo de tiempo (para facilitar su comparación visual).

En la HVDI y HVDB podemos observar una ejecución bastante pobre en la valoración inicial de la línea base, posteriormente, en la fase de tratamiento se produce un incremento significativo de habilidades que se estabiliza durante la fase de retirada y vuelve a incrementarse en el segundo periodo de tratamiento.

En cuanto al número de tomas de fármacos correctas efectuadas por el sujeto podemos comprobar inicialmente una baja adherencia que va aumentando progresivamente en la fase de tratamiento, se mantiene con un pico de caída en la fase de retirada y vuelve a unos resultados óptimos en la segunda fase de tratamiento.

Finalmente, respecto al número de síntomas presentados por el paciente podemos comprobar un descenso paulatino de los mismos a lo largo de las fases, permaneciendo en 4-5 síntomas durante las fases de retirada y segundo tratamiento.

Los resultados expresados en los estudios de caso único son reportados tradicionalmente utilizando representaciones gráficas de los resultados de forma que el lector puede comprobar visualmente la progresión y el aumento o disminución de conductas asociadas a la aplicación de tratamientos. A pesar de no existir acuerdo sobre la conveniencia de realizar análisis estadísticos en los experimentos de caso único (León y Montero, 1999; Kazdin, 2001) hemos considerado recomendable añadir tratamiento estadístico a los datos para que reflejen o complementen la significación visual de los resultados. Cualquier análisis estadístico efectuado en diseños de caso único tiene como limitación principal haber utilizado (generalmente) un número pequeño de observaciones en un solo sujeto lo que dificulta obtener resultados fiables y generalizables a otras situaciones. No obstante, a pesar de estas limitaciones, seguro que aportan información valiosa que refuerza los resultados presentados en la Gráfica 1. Se han recomendado (León y Montero, 1999; Kazdin, 2001) varios tipos de análisis estadísticos para los diseños N=1. Algunos de

los más representativos, entre otros, son el análisis de series temporales ininterrumpidas (no utilizado en nuestro caso por tener un número reducido de observaciones) y el análisis de tendencias (elección por la que optamos en este trabajo).

Respecto a las HVDI ($SC=120,79$; $gl=3$; $F=65,28$; $p=0,00$) y HVDB ($SC=64,86$; $gl=3$; $F=53,93$; $p=0,00$) se producen diferencias significativas y una tendencia cúbica (ascendente-descendente-ascendente) tal y como puede observarse en la representación gráfica. Para los síntomas también aparecen diferencias significativas entre las fases ($SC=62,40$; $gl=3$; $F=61,73$; $p=0,00$) que expresan una tendencia cuadrática. Finalmente para la toma de medicación durante las cuatro fases del diseño también se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las fases ($SC=20,13$; $gl=3$; $F=54,27$; $p=0,00$) y una tendencia cuadrática. En todos los casos se cumplió el supuesto de esfericidad. En cuanto a las puntuaciones de la PANSS, el paciente obtuvo en línea base una puntuación de 123 y en la entrevista efectuada tras finalizar la segunda fase de tratamiento una puntuación de 55 lo que implica una notable mejoría de los síntomas psicóticos.

DISCUSIÓN

Los resultados expuestos anteriormente indican que la intervención psicológica para la esquizofrenia formada por el módulo de medicación de Liberman, el entrenamiento en habilidades de la vida diaria y la IPT aplicados de forma conjunta en el domicilio del paciente reducen la sintomatología psicótica, aumentan la adherencia al tratamiento farmacológico y mejoran las habilidades de la vida diaria (tanto básicas como instrumentales). Todos los componentes utilizados en esta investigación han demostrado su eficacia de forma individual (grupal en el caso de la IPT) y a nivel ambulatorio en pacientes con esquizofrenia. Los resultados más importantes indican que la utilización conjunta de tratamientos en paquetes terapéuticos formados por varias intervenciones son más efectivos utilizados de manera conjunta. Por otro lado, la aplicación de estos procedimientos en el domicilio del paciente resultan positivos y facilitan la generalización y mantenimiento de resultados a su medio socio-familiar y comunitario.

En cuanto al módulo de Liberman, su aplicación tanto a nivel individual como grupal ha demostrado una mejoría en los pacientes y una mayor adherencia al tratamiento, los propios autores de los módulos reconocen que su aplicación en entornos naturales (domicilios, ámbitos comunitarios) puede facilitar la generalización y mejora de resultados (Kopelowick, Liberman y Zarate, 2006) tal y como señalamos en este estudio.

Por otro lado, los entrenamientos en habilidades de la vida diaria han sido utilizados en multitud de contextos: unidades de rehabilitación, unidades de media estancia, asociaciones, etc. Sin embargo, sus resultados han sido desiguales y muchas de las actividades que los sujetos entrenaban o aprendían luego no las desarrollaban en sus domicilios (entre otras razones porque a las familias tampoco se les involucra de forma adecuada en el tratamiento de su allegado). Es mucho más eficaz la implicación familiar y el desarrollo de estos programas en el domicilio de forma que el entrenamiento se personaliza, se adoptan compromisos y contratos conductuales en los que pueden participar también los allegados y tratar aspectos como la manipulación, chantaje, apatía, etc., tan características de una parte importante de este colectivo y que termina sobrecargando a las familias (fundamentalmente a las madres), aumentando la emoción expresada y la conflictividad. Este es uno de los componentes más importantes de la investigación a tenor de los resultados que presenta el sujeto y de las implicaciones que para su autonomía tiene la adquisición de HVD.

Finalmente, en cuanto a la IPT introducimos dos novedades importantes, la primera, su aplicación a nivel domiciliario, y la segunda, su adaptación para ser administrada a nivel individual (originalmente concebida para intervenciones grupales). En el caso de la IPT una cuestión importante es que uno de los perfiles a los que va dirigido este paquete de intervenciones es a pacientes con sintomatología negativa (aislamiento, retraimiento sociales, etc.) que frecuentemente, por su sintomatología, no acuden a centros de rehabilitación, evitan el trabajo en grupo o permanecen en sus domicilios. Por esta razón, pensamos que una intervención domiciliaria podría servir de puente a su incorporación progresiva a grupos en distintos dispositivos de salud mental.

La implantación de estos servicios de atención domiciliaria puede resultar un tipo de inversión costosa (fundamentalmente por los recursos humanos). Sin embargo, si analizamos sus resultados no por el coste directo sino por los costes que pudiera evitar (reducción de ingresos hospitalarios), por la recuperación de pacientes para el sistema (una parte importante de pacientes con esquizofrenia abandonan el tratamiento traduciéndose este dato en un incremento del número de ingresos) y otras casuísticas como la de enfermos que viven en situaciones de abandono, conflictividad social y familiar, sin lugar a dudas los resultados serían positivos. Si una intervención a nivel domiciliario puede recuperar pacientes para seguimiento ambulatorio, mejorar la adherencia al tratamiento, aumentar habilidades para vivir de forma independiente y tratar directamente conflictos sociales y familiares en el domicilio, estos beneficios harán que los costes derivados de los recursos empleados tiendan a equilibrarse con la reducción del número de ingresos y el aumento de la calidad de vida, autonomía y permanencia en el ámbito comunitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association-APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson (Orig. 2000).

Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Barlow, D. H. y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.

Barrowclough, C. y Tarrrier, N. (1992). *Familias of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention*. London: Chapman y Hall.

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, 1023-1028.

Browning, R. M. (1967). A same-subject design for simultaneous comparison of three reinforcement contingencies. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 237-243.

Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, UK: Wiley.

Crow, T. J. (1985). The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 471-485.

Drury, V., Birchwood, M. y Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. III: Five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 177, 8-14.

Fallon, 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.

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).

Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester, UK: Wiley.

Fowler, D. y Morley, S. (1989). The cognitive-behavioural treatment of hallucinations and delusions: A preliminary study. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 267-282.

Glynn, S. M., Marder, S. R., Liberman, R. P., Blair, K., Wirshing, W.C., Ross, D. y Minz, J. (2002). Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: Effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159, 829-837.

Haddock, G., Tarrier, N., Spaulding, W., Yusupoff, L., Kinney, C. y McCarthy, E. (1998). Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review. *Clinical Psychology Review*, 18, 821-838.

Hayes, R. L., Halford, W. K. y Varghese, F. R. (1995). Social skills training with chronic schizophrenia patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy*, 26, 433-449.

Hodel, B. y Brenner, H. D. (1997). A new development in integrated psychological therapy for schizophrenia patient (IPT): First result of emotional management training. En H. D. Brenner, W. Boeker y R. Genner (Eds.), *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia* (pp. 118-134). Goettingen: Hogrefey Huber.

- IASAM (1988). *La reforma psiquiátrica en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía.
- Joy, C. B., Adams, C. E. y Rice, K. (2006). Crisis intervention for people with severe mental illnesses: A cochrane systematic review. *Schizophrenia Research*, 3, 41-53.
- Key, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Prentice Hall.
- Kingdon, D. G. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Hove, UK: Erlbaum.
- Kopelowick, A., Liberman, R. P. y Zarate, R. (2006). Recen advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 12-23.
- Kopelowick, A., Zarate, R., Gonzalez Smith, V, et al (2003). Disease management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 211-228.
- Kuipers, L., Leff, J. y Lam, D. (1992). *Family work for schizophrenia : A practical guide*. London: Gaskell.
- León, O. G. y Montero, I. (1999). *Diseño de investigaciones*. Madrid: McGraw-Hill
- 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, 1087-1091.
- Méndez, A. (2006). El uso de la autodirección en el control del proceso terapéutico en un caso de esquizofrenia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 5-36.
- Montero, I., Asencio, A., Hernández, I., Masanet, M. J., Lacruz, M., Bellver, F., Iborra, M. y Ruiz, I. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: A randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 661-670.

Moriana, J. A. y Alarcón, E. (2000). Entrenamiento en habilidades de la vida diaria para enfermos mentales crónicos. Madrid: Fund. T. APMIB

Moriana, J. A., Alarcón, E. y Herruzo, J. (2004). Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*, 16, 436-441.

Moriana, J. A., Alarcón, E. y Herruzo, J. (2006). In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 260-262.

Moriana, J. A., Alarcón, E. y Herruzo, J. (2006, Noviembre). Adaptación de los módulos de Liberman e IPT a un programa de atención domiciliaria para trastornos mentales severos. Comunicación presentada al V Congreso de la AEPCP. *Perspectivas Actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*, Valencia.

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.

Morrison, A. P. (1994). Cognitive behaviour therapy for auditory hallucinations without concurrent medication: A single case. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 259-264.

Pfammatter, M., Junghan, U. M. y Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 64-80.

Penn, D. L. y Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.

Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B. y Kienzie, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel (Orig. 1996)

Roder, V., Brenner, H. D., Müller, D., Lächler, M., Zorn, P., Reisch, T., Bosch, J., Bridler, R., Christen, C., Jaspen, E., Schmidl, F. y Schwemme, V. (2002). Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patient: Result of a multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 363-373.

Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. y Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.

Vallina, Ó. y Lemos, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Tomo 1* (pp. 35-79). Madrid: Pirámide.

Vega, M. y Chinchilla, A. (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. J. y Cañamares, J. M. (1997). Actividades de la vida diaria. En A. Rodríguez (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.