

Una intervenció domiciliaria en pacientes con psicosis que presentan baja adherencia al tratamiento

Ona Gomis Zalaya

<http://hdl.handle.net/10803/666249>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

**Una intervención domiciliaria en pacientes con psicosis
que presentan baja adherencia al tratamiento**

Ona Gomis Zalaya

Dirigida por la Dra. Carol Palma Sevillano y la Dra. Núria Farriols
Hernando

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universitat Ramon Llull

Barcelona, Septiembre 2018

TESIS DOCTORAL

Título	Una intervención domiciliaria en pacientes con psicosis que presentan baja adherencia al tratamiento
Realizada por	Ona Gomis Zalaya
en el Centro	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
y en el Departamento	Psicología
Dirigida por	Dra. Carol Palma Sevillano y Dra. Núria Farriols Hernando

A la meva família

Esta tesis ha recibido el apoyo de *Assistència Sanitària* a través de la ayuda del
Programa de becas para profesionales de la salud Edición 9ª - Curso 2016-2017

AGRADECIMIENTOS

En este largo camino, tengo que agradecer la participación, colaboración y apoyo que he recibido de muchas personas. Gracias a ellas, podemos disfrutar de esta tesis, dado que sin la presencia y el cariño de unas, y el ofrecimiento o la disponibilidad de otras, hoy no podría escribir estas líneas.

Gracias a mis directoras de tesis, la Dra. Carol Palma Sevillano, y la Dra. Núria Farriols Hernando. Carol, gracias por estar a mi lado y por demostrar a lo largo del camino que, pese a las circunstancias externas, no dudarías en darme la mano. Núria, *gràcies per la teva vitalitat i positivisme quan més ho he necessitat*. Gracias a las dos por hacerlo todo más fácil, por vuestra vocación y por vuestro cariño que me habéis transmitido tantos años. Gracias por confiar en mí y por creer tanto en el proyecto y en mi persona.

Gracias a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* por darme la oportunidad de formarme entre los mejores profesionales como psicóloga y como investigadora ya desde que cursaba el grado de psicología.

Gracias al Dr. Jordi Segura Bernal, investigador principal del *Grup de Recerca de Comunicació i Salut (COMSAL)* por ofrecerme estar entre sus miembros, y gracias a todos los que forman parte de éste por seguir investigando constantemente.

Personas que me han acompañado en mi camino, como mis compañeras y amigas de Doctorado, no pueden faltar entre los agradecimientos. Núria, Mireia i Sara, *vosaltres realment m'heu entès i m'heu sabut animar en cada moment; com sempre diem, "si no et trobes dins del camí, no t'acabes de fer mai la idea de com és de difícil"*; *gràcies per confiar en mi i sempre trobar les paraules adequades i les abraçades quan més calien*.

Gracias al Hospital de Mataró, por darme la oportunidad de realizar mi práctica clínica y trabajo de campo entre ellos. Particularmente, gracias al director de servicio, Dr. Cañete, y gracias a los profesionales del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) y, especialmente, a los miembros del equipo de trastorno mental severo. Gracias a Miriam Gregorio y a María Fernández. Habéis sido unas figuras claves en todo este proyecto; no perdéis vuestra profesionalidad ni vuestro cariño aun cuando el trabajo os desborda.

No me olvido de los estudiantes de prácticas del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria y a los residentes PIR que me habéis acompañado en este camino. Con vosotros ha sido todo más fácil. Cuando la motivación se perdía en el camino con los pacientes más resistentes, cuando no nos abrían las puertas, vuestra compañía y presencia, me ha animado a seguir luchando por todos ellos.

Pacientes y familias que habéis participado en este proyecto, nunca mejor dicho, gracias por abrirme las puertas de vuestras casas, y por crear vínculos terapéuticos tan humanos y tan reales.

No podría acabar los agradecimientos sin mencionar a mi familia. Mis padres y mi hermano que, sin acabar de saber nunca qué pasaba en los domicilios, han confiado en mí y en mis ganas de tirarlo para delante aun cuando de los pacientes más complicados se trataba. *Gràcies per la vostra incondicionalitat i ànims constants.* Gracias a mis abuelos y abuelas que, aunque algunos de ellos ya no los tengo cerca, siempre me acompañan en todo mi camino y pienso en ellos a diario. Gracias a mi amigo y compañero de vida, por acompañarme en uno de los largos viajes que haremos en esta vida. *Gràcies per ser-hi.* Gracias a todos mis amigos y amigas, por saber que podría y por dar por hecho que lo lograría. Gracias a todas y a todos vosotros por estar allí.

Los siguientes fragmentos están escritos por dos de los pacientes del estudio.

Este primer poema, fue redactado por uno de los pacientes que sufre esquizofrenia y que, en su tiempo libre, se dedicaba a escribir todo lo que sentía poniéndole palabras de esta manera.

Cartas de amor

Cartas de amor
sin respuesta,
que envía el enamorado.

Cartas de amor
de su amada,
que en el olvido
han quedado.

Cartas de amor
sin fecha
que, perdidas en el tiempo,
se han dislocado.

Como arena de playa
que las olas,
mar adentro,
se han llevado.

Cartas de amor
sin destino,
que el cartero
ha desechado.

Son efímeros besos en los labios,
de un loco...
enamorado...

(A.C., octubre 2017)

El segundo fragmento, fue escrito por una paciente que, pese a describir en primer momento su enfermedad como trastorno bipolar, está diagnosticada de trastorno esquizoafectivo. Así es como entendía su enfermedad y el proceso de recaídas a lo largo de su vida:

Carta a la enfermedad

“Bipolaridad, la espina clavada que he tenido en mi vida que tanto has transformado y que tantas cosas has aportado en mi vida.

La vida no la veo ya sin ti, cuando por fin ya la vas encarrilando.

Siempre se presenta una crisis y has de empezar de cero otra vez y en el hospital como siempre conoces personas maravillosas que te ayudan a volver a empezar cada uno con su cruz pero todos nos acompañamos para recuperarnos.”

(M.M, octubre 2016)

MÉRITOS CIENTÍFICOS

Publicaciones

Gomis, O., Palma, C. & Farriols, N. (2017). Home intervention in psychosis: a systematic review. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(6), 290-302.

Gomis, O., Palma, C. & Farriols, N. (2018). Apego y comunicación familiar en pacientes psicóticos crónicos. *Family process (under review)*.

Contribuciones en congresos

Gomis, O., Palma, C., Farriols, N., Gregorio, M. & Fernández, M. (Noviembre, 2016). *Intervención comunitaria y domiciliaria para pacientes con trastorno mental severo (tms): un intercambio de experiencias*". Mesa redonda realizada en el IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica, Santander, España.

Gomis, O. (Junio, 2017). *"Intervención comunitaria y domiciliaria para pacientes con trastorno mental severo (tms)*". Ponencia presentada en el XV Simposio Nacional sobre Tratamiento Asertivo Comunitario en Salud Mental. Avilés, España.

ÍNDICE

Introducción 17

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

1. Programas de intervención domiciliaria..... 20

1.1. Intervención precoz en la psicosis..... 23

1.2. Intervenciones domiciliarias en psicosis

a) Intervenciones en crisis (*CRHTs: Crisis Resolution Home Teams*)..... 24

b) *Open Dialogue Approach (ODA)*..... 28

c) Tratamiento combinado en la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS)..... 30

d) Otros servicios domiciliarios..... 31

1.3. Tratamientos útiles en la intervención domiciliaria: intervención individual y familiar..... 33

1.4. Resultados finales 40

1.5. Conclusiones de la revisión sistemática..... 41

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

2. Objetivos e hipótesis..... 50

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo principal..... 50

2.1.2. Objetivos específicos..... 50

2.2. Hipótesis

2.2.1. Hipótesis generales..... 51

2.2.2. Hipótesis específicas..... 51

3. Método

3.1. Tipo de diseño..... 53

3.2. Participantes.....	54
3.2.1. Criterios de selección	
a. Criterios de inclusión.....	54
b. Criterios de exclusión.....	54
3.2.2. Asignación a los grupos de estudio.....	54
3.2.3. Tamaño de la muestra.....	55
3.3. Instrumentos.....	55
3.4. Procedimiento.....	61
3.5. Variables del estudio	
3.5.1. Intervención de estudio.....	63
3.5.2. Medidas de resultado.....	68
3.6. Análisis	
a. Análisis estadístico.....	69
b. Análisis cualitativo.....	69
3.7. Aspectos éticos.....	69
4. Resultados	
4.1. Introducción.....	72
4.2. Participantes.....	72
4.3. Evaluación basal	
4.3.1. Características sociodemográficas de la muestra.....	73
4.3.2. Características diagnósticas de la muestra.....	75
4.3.3. Características del patrón de consumo de sustancias de la muestra.....	77
4.3.4. Características sociodemográficas de los familiares.....	79
4.3.5. Escala PBI, Instrumento de lazos parentales.....	82

UNA INTERVENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON PSICOSIS QUE PRESENTAN BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	12
4.4. Puntuaciones en la evaluación clínica basal entre grupos.....	84
4.5. Resultados intra-grupos de la evolución de las puntuaciones de las medidas de resultado.....	89
4.6. Resultados entre-grupos de las puntuaciones de las medidas de resultado.....	104
4.7. Recaídas y cambios de medicación	
4.7.1. Ingresos hospitalarios, visitas a urgencias e ingresos en hospital de día.....	115
4.7.2. Tipo de recaídas.....	117
4.7.3. Cambios de medicación.....	117
4.8. Resultados del análisis cualitativo	
4.8.1. Proceso de análisis del contenido.....	120
5. Discusión	
5.1. Participantes.....	130
5.2. La evaluación basal.....	133
5.3. Los resultados de la evaluación y la comparación entre los grupos.....	134
5.4. Comparación de resultados cuantitativos del FCS con las observaciones de la parte cualitativa.....	140
5.5. Las recaídas.....	143
6. Conclusiones	
6.1. Evaluación de la efectividad del programa PSICODOM.....	147
6.2. Limitaciones del estudio.....	150
6.3. Prospectiva.....	151
7. Referencias bibliográficas.....	154
8. Apéndice.....	169

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

Tabla 1. Programas de intervención.....	5
Tabla 2. Relación de variables estudiadas (objetivos) y forma de evaluarlas (test psicométrico, valoración cualitativa y/o cuantitativa)....	59
Tabla 3. Proceso y fases de intervención y de evaluación.....	62
Tabla 4. Organización de la intervención.....	64
Tabla 5. Recaídas.....	68
Tabla 6. Características sociodemográficas de los grupos de pacientes.....	74
Tabla 7. Distribución de los diagnósticos entre grupos y de la conversión de medicación en dosis equivalentes de Clorpromazina en mg/día en el momento basal y final.....	76
Tabla 8. Características del patrón de consumo de sustancias en los grupos en la evaluación basal.....	78
Tabla 9. Características sociodemográficas de los familiares.....	80
Tabla 10. Distribución de los antecedentes familiares y diagnósticos entre grupos.....	82
Tabla 11. Resultados de la escala PBI en la evaluación basal.....	83
Tabla 12. Comparación de la sintomatología clínica de los grupos en la evaluación basal.....	85
Tabla 13. Comparación de la toma de medicación de los grupos en la evaluación basal.....	87
Tabla 14. Comparación de la escala de comunicación familiar FCS de los grupos en la evaluación basal, de pacientes y de sus familiares.....	88
Tabla 15. Comparación de la sintomatología clínica en la evaluación basal de los familiares.....	88
Tabla 16. Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala PANSS desde la evaluación basal.....	90

Tabla 17. Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala EEAG desde la evaluación basal.....	92
Tabla 18. Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala BDI-II desde la evaluación basal.....	93
Tabla 19. Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala QOLI desde la evaluación basal.....	94
Tabla 20. Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala SFS desde la evaluación basal.....	95
Tabla 21. Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala SUMD desde la evaluación basal.....	96
Tabla 22. Comparación de los resultados semestrales en mejoría de la toma de la medicación intra-grupos de la escala MORISKY-GREEN desde la evaluación basal.....	98
Tabla 23. Comparación de los resultados semestrales en mejoría en la comunicación familiar intra-grupos de la escala FCS desde la evaluación basal.....	101
Tabla 24. Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica de los familiares intra-grupos. de la escala BDI-II desde la evaluación basal.....	102
Tabla 25. Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica de los familiares intra-grupos de la escala QOLI desde la evaluación basal.....	103
Tabla 26. Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala PANSS a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.....	105
Tabla 27. Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala EEAG a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.....	106

Tabla 28. Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala BDI-II a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.....	107
Tabla 29. Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala QOLI a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.....	108
Tabla 30. Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala SFS a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.	109
Tabla 31. Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala SUMD a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.	110
Tabla 32. Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en el test MORISKY-GREEN a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.	112
Tabla 33. Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala FCS a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención de los pacientes y de los familiares.....	113
Tabla 34. Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala BDI-II a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención de los familiares.	114
Tabla 35. Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala QOLI a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención de los familiares.	115
Tabla 36. Ingresos hospitalarios, visitas a urgencias e ingresos en hospital de día.	116

Tabla 37. Tipo de recaídas.	117
Tabla 38. Cambios de medicación.	118
Tabla 39. Proceso análisis del contenido: 1er análisis longitudinal.....	121
Tabla 40. Proceso análisis del contenido: 2º análisis longitudinal.....	122
Tabla 41. Proceso análisis del contenido: 3º análisis longitudinal-relacional.....	122
Tabla 42. Proceso análisis del contenido: 4º análisis de consenso.....	123

Figuras

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de asignación de pacientes y las pérdidas muestrales durante el reclutamiento y estudio.....	72
Figura 2. Evolución de las categorías en tipo de familia.....	124
Figura 3. Evolución de las categorías en la convivencia.....	125
Figura 4. Evolución de las categorías en comunicación emocional.....	126
Figura 5. Evolución de las categorías en emoción expresada.....	128

INTRODUCCIÓN

Las siguientes líneas tienen por objetivo describir la estructura, contenido y secuencia de la tesis que se presenta a continuación con la finalidad de obtener una idea general de la totalidad del trabajo.

El contenido se desarrolla de forma ordenada siguiendo la estructura típica de los artículos científicos. Dichas partes se resumen en el próximo párrafo:

El **marco teórico** de las intervenciones domiciliarias realizadas en diversos países con pacientes que sufren esquizofrenia; objetivos e hipótesis del estudio; **método**, donde se explica el tipo de diseño, los participantes y los instrumentos necesarios para una evaluación sistematizada, el procedimiento, las variables de estudio haciendo hincapié en la variable independiente principal que es la intervención psicoterapéutica, así como las otras diversas variables, el planteamiento del análisis estadístico que se ha realizado así como los aspectos éticos; **resultados**, formados por dos partes: una primera parte estadística cuantitativa, donde se describen las pruebas estadísticas llevadas a cabo para evaluar el estudio en un momento basal, a los 6 y 12 meses y comparando dichas puntuaciones entre grupos, y una segunda parte, evaluación cualitativa, para estudiar la comunicación familiar; **discusión**, que tiene por objetivo discutir los resultados y vincularlos al marco teórico; y, conclusiones, vinculadas al cumplimiento o no de las hipótesis planteadas en un inicio del estudio, así como se argumentan posibles limitaciones que se han encontrado a lo largo del estudio y prospectivas de futuro; **referencias bibliográficas**; y, por último, el **apéndice**, con los resúmenes, los documentos de consentimiento informado e información para los pacientes y el documento principal de la explicación de la intervención psicoterapéutica que conforma la variable independiente del estudio en cuestión.

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

1. Programas de intervención domiciliaria

1.1. Intervención precoz en la psicosis

1.2. Intervenciones domiciliarias en psicosis

a) Intervenciones en crisis (*CRHTs: Crisis Resolution Home Teams*).

b) *Open Dialogue Approach (ODA)*.

c) Tratamiento combinado en la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS).

d) Otros servicios domiciliarios

1.3. Tratamientos útiles en la intervención domiciliaria: intervención individual y familiar

1.4. Resultados finales

1.5. Conclusiones de la revisión sistemática

1. Programas de intervención domiciliaria.

La intervención domiciliaria en pacientes con trastorno del espectro psicótico (American Psychiatric Association, 2013) ha sido realizada en diversos países desde hace pocas décadas en servicios de atención precoz de la psicosis (Birchwood et al., 2014), unidades de intervención en crisis/emergencias en pacientes con psicosis (Murphy, Irving, Adams, & Driver, 2012) o, más recientemente en el Open Dialogue, propuesto por el equipo finlandés de Jakoo Seikkula (Seikkula, Arnkil, & Hoffman, 2006).

Teniendo en cuenta que la esquizofrenia es un trastorno considerado un Trastorno Mental Severo (TMS) que por su sintomatología positiva y negativa (APA, 2013) puede incidir en todos o la mayoría de áreas funcionales del paciente, tanto a nivel personal como familiar, se plantea que las intervenciones multidisciplinarias y precoces son las más adecuadas evitando que los pacientes se cronifiquen. Las fluctuaciones de los pacientes durante el transcurso de su enfermedad, con periodos de aislamiento, hospitalización, mejoría, recaídas y deterioro, afectan a la mayoría de las personas que la padecen, produciendo importantes dificultades en el funcionamiento diario y en su capacidad para vivir de forma autónoma (Moriani et al., 2015).

Desde muchos años atrás, se consiguió la desinstitucionalización de los pacientes (IASAM, 1987) pasando a ser tratados a nivel ambulatorio y apostándose por la convivencia en la comunidad. Será a partir de los años 60 que, en América y Europa, se empiezan a incluir servicios domiciliarios conocidos como servicios de intervención precoz en la psicosis (*Early Intervention Services*) (National Institute for Mental Health in England, 2006) extendiéndose y aplicándose hasta países como Australia (Bird et al., 2010; Marshall & Rathbone, 2014). Marshall y Rathbone (2014), en la revisión sistemática más reciente, postulan que hay evidencia que los pacientes en las fases más prodrómicas de la enfermedad, pueden beneficiarse de la intervención precoz, aunque no aseguran que la recuperación del paciente se mantenga en los siguientes años. Además, estudios recientes muestran que el porcentaje de los pacientes con alto riesgo de transitar a psicosis y por lo tanto de sufrir un trastorno mental severo, en el primer año es de un 18%, llegando hasta un 23% pasados los tres años; porcentajes que podrían disminuir o demorar la evolución del trastorno en caso de aplicarse un tratamiento combinado, psicológico y farmacológico (Lemos-Giráldez et al., 2009).

Revisando la literatura previa, se observa que la intervención domiciliaria no

sólo ha sido aplicada en los servicios de intervención precoz a la psicosis, sino que ha sido planteada en otros servicios: a) *Intervenciones en crisis (CRHTs: Crisis Resolution Home Teams)*, entendiéndose que las crisis aparecen debido a los pocos mecanismos de defensa que tienen los pacientes que sufren esquizofrenia al exponerse a factores estresantes haciendo que su sintomatología se exacerbe (Weissman et al., 1999). Dichos servicios pretenden evitar la hospitalización o, en caso que sea inevitable dicha hospitalización, reducir la durabilidad del ingreso (Murphy, Irving, Adams, & Driver, 2012; *Department of Health of the UK*, 2000). Además, en diversos estudios, se defiende que la intervención se realice tanto a nivel individual como familiar (Hasselberg, Gråwe, Johnson, & Ruud, 2011; Ness, Karlsson, Borg, Biong, & Hesook, 2012). b) *Open dialogue (OD)*: El objetivo principal es tratar a los pacientes psicóticos en sus domicilios con un equipo multidisciplinar, acogiendo tanto al paciente como a su familia, donde todo tipo de intervención y decisión es tomada dentro de este *setting* a partir del diálogo terapéutico para darle un significado a la sintomatología psicótica existente entre todos los participantes de la conversación (Arnkil & Seikkula, 2015; Seikkula, et al., 2006). El objetivo principal es concretar planes de tratamiento a partir de las experiencias de los pacientes, evitando una perspectiva medicalizada (Borchers, 2014). c) *Tratamiento combinado en la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS)*. Este tipo de tratamiento surge en el 2004 a mano de Elvira, Pulido, & Cabrera (2004) donde denotan que, al realizar este tipo de intervenciones en el domicilio, se produce un aumento de: las habilidades de la vida diaria (instrumentales y básicas), la adhesión al tratamiento y la mejora sintomatológica.

En líneas generales, pues, todos los autores planteados, postulan que el hecho de que el seguimiento y tratamiento se realice en una situación normalizada del paciente (domicilio familiar), abre numerosas posibilidades de atención comunitaria para enfermos mentales como alternativa al tratamiento ambulatorio o a su institucionalización.

A parte del *setting* propuesto a nivel domiciliario, no dejan de ser importantes los tipos de intervenciones que son recomendados por instituciones como APA o el *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* para el tratamiento de un espectro psicótico (Moriani & Martínez, 2011). Éstos son: la terapia cognitivo conductual, el tratamiento asertivo comunitario (Jambrina & Peñuelas, 2007; López &

Gómez, 2012), la psicoeducación familiar e intervención familiar breve, los programas de autogestión del trastorno, la rehabilitación cognitiva, los programas de empleo protegido y el entrenamiento en habilidades sociales (Moriani et al., 2015). Aun así, los modelos de intervención planteados hasta el momento, o bien dejan de lado la intervención familiar, siendo ésta un factor muy importante en el proceso de la enfermedad y en la reducción de recaídas del paciente (Estepa-Zabala et al., 2011), o sólo se centran en un tipo de intervención (por ejemplo, EHS) y, lo más importante, no tienen en cuenta a pacientes que son resistentes al tratamiento psicológico y que por lo tanto se cronifican. Dada la gran variedad de consideraciones que se plantean a la hora de definir qué se entiende por pacientes resistentes a tratamiento psicoterapéutico, se consideraran como resistentes a pacientes que recaen dos o más veces durante dos años consecutivos, ya que se centran en primeros episodios (Nose, Barbui, Gray, & Tansella, 2003).

Teniendo en cuenta la literatura revisada, expuesta en los párrafos anteriores, el presente apartado de marco teórico desde el que se basa la presente investigación tiene los siguientes objetivos: 1) Observar cómo se propone el procedimiento de la intervención domiciliario en los servicios de intervención precoz en la psicosis; 2) Conocer la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas domiciliarias en pacientes con trastorno del espectro psicótico; 3) Valorar qué tipo de tratamientos son útiles en la intervención domiciliaria, teniendo en cuenta intervenciones individuales y familiares.

Se ha realizado una revisión de la literatura a partir de las bases de Datos de PsychInfo, PubMed, Chocrane Data Base y CINAHL Complete, comprendida entre los años 2005 y 2015. Los descriptores utilizados para la búsqueda incluyeron: “*home care*” AND “*psychosis*”, “*home services*” AND “*psychosis*”, “*open dialogue*” AND “*psychosis*”, “*early intervention service*” AND “*psychosis*” OR “*crisis intervention home treatment*” AND “*psychosis*”.

Los criterios de inclusión para la realización de la revisión sistemática fueron: i) pacientes adultos diagnosticados de trastorno del espectro psicótico (esquizofrenia) según el DSM-V (APA, 2013); ii) Tipos de intervenciones: *Early Intervention Services*, Intervención en crisis a domicilio, *Foster home*, *Open Dialogue*, Atención Comunitaria o trabajo integral psicoterapéutico; iv) intervención individual y/o familiar; v) pacientes con primeros episodios psicóticos y pacientes resistentes a tratamiento. Siguiendo estos requisitos, 93 manuscritos cumplieron los criterios de inclusión. 9 de ellos, eran

revisiones sistemáticas. Los restantes fueron artículos de publicación científica o libros de carácter científico.

Para cualquier manuscrito, las siguientes variables fueron incluidas: i) trabajo multidisciplinar (enfermería, psiquiatría, psicología, trabajo ocupacional, trabajo social...); ii) tipo de tratamiento médico o psicológico (farmacología o tratamiento cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación...); iii) emoción expresada de la familia (EE); iv) calidad de vida; v) adherencia a tratamiento farmacológico; vi) recaídas y rehospitalizaciones.

Los resultados de la revisión realizada, se muestran en los siguientes párrafos, diferenciados por subapartados vinculados a los objetivos planteados previamente.

Intervención precoz en la psicosis

Los servicios domiciliarios conocidos como servicios de intervención precoz en la psicosis (*Early Intervention Services*), surgen en los años 60 (NIHME, 2006). Se observó que hay una franja temporal donde no se ofrece ningún tipo de atención médica y/o psicoterapéutica entre el primer episodio psicótico y el inicio de un tratamiento efectivo y protocolizado. Esta franja vendría a ser un periodo donde la psicosis no es tratada (conocida comúnmente como *DUP - Duration of untreated psychosis*) (Birchwood et al., 2014; Bird et al., 2010; Penttilä, Jääskeläinen, Hirvonen, Isohanni, & Miettunen, 2014). La idea de la intervención precoz de la psicosis precisamente pretende reducir esta franja cuyo objetivo sería mejorar el pronóstico a largo plazo de los pacientes (Bird et al., 2010). Así mismo, el hecho de intervenir en los primeros 3-5 años (periodo crítico) desde la primera manifestación del trastorno, reduce el deterioro posterior psicológico, clínico y social que la enfermedad conlleva (Birchwood, McGorry, & Jackson, 1997).

Aunque es relativamente novedoso este tipo de intervención, se ha demostrado su efectividad desarrollándose en múltiples países (Australia, Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, entre otros) y siendo recomendado desde hace años en el *National Service Framework for Mental Health (Department of Health, 1999)* y en la guía de la esquizofrenia de Inglaterra y Gales (*National Institute for Clinical Excellence, 2002*). Desde su implementación, dichos servicios atienden a miles de personas -15.750 individuos, en el año 2009- (Bird et al., 2010).

Aunque la evidencia de resultados favorables en dichas intervenciones va

reforzándose, los diversos autores que lo han estudiado, entre el año 2005 y 2006, no llegaban a conclusiones sólidas o a beneficios específicos generalizables (Marshall & Rathbone, 2006) aunque sí que observaban progresos en varios dominios que iban relacionados con la enfermedad del paciente (Penn, Waldheter, Perkins, Mueser, & Lierberman, 2005). No obstante, Marshall & Rathbone (2014), en la revisión sistemática más reciente, postulan que sí que hay evidencia de que los pacientes en las fases más prodrómicas de la enfermedad, puedan beneficiarse de la intervención precoz aunque no aseguran que la recuperación del paciente se mantenga en los siguientes años. Relacionado con este último dato, sobre las rehospitalizaciones y las recaídas, en la revisión sistemática del equipo de Bird et al. (2010), se observan importantes reducciones clínicas de ambas posibilidades, así como en los estudios de National EDEN, realizados por Birchwood et al. (2014).

El tipo de intervención que se realiza es multidisciplinar: tratamiento farmacológico, intervención familiar, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento de habilidades sociales y entrenamiento de resolución de problemas e intervención en crisis (Craig et al., 2004). El equipo de Gleeson, denotaron que la intervención cognitivo-conductual junto con la terapia familiar de prevención de recaídas, ofrecía mejores resultados que la intervención precoz sin dichas prácticas (Gleeson et al., 2009). Además, la evidencia de los resultados del estudio de Bird et al. (2010), sugieren que las prácticas cognitivo-conductuales ofrecen beneficios a largo plazo reduciendo la severidad de la sintomatología psicótica (aunque no especifican si reduce más la sintomatología positiva, negativa o ambas).

Intervenciones domiciliarias en psicosis

Dejando en un segundo plano la intervención precoz de la psicosis, existen diversos tipos de intervención domiciliaria que se han llevado a cabo en relación a dicho trastorno:

a) Intervenciones en crisis (*CRHTs: Crisis Resolution Home Teams*).

- Bases:

El servicio de atención domiciliaria en crisis, se estableció en 1948 ofreciendo atención domiciliaria gratuita para los residentes de UK y así, una consecuente disminución de los ingresos en el hospital o de la duración de la estancia en dicho centro (Weisman et al., 1999; *Department of Health of the UK*, 2000; *National Institute*

for Mental Health, 2006; Murphy et al., 2012). Aun así, no ha sido hasta los últimos 10-15 años, cuando se ha oído hablar más de dicho servicio ofreciendo resultados positivos en diversidad de estudios (Johnson, 2007).

Añadido a este servicio, en Inglaterra, paralelamente, también se crearon comunidades terapéuticas, hostales, pisos asistidos, etc. El servicio consiste en ofrecer ayuda al paciente frente a la situación de crisis cuando éste se encuentra viviendo en comunidad (domicilio). Tal y como plantea el *National Institute for Mental Health* de Inglaterra (2006), el servicio es comúnmente destinado a adultos (16-65 años) que sufren TMS (Trastorno del Espectro Psicótico, Trastorno Bipolar, Depresión Mayor...) a los cuales, de no ser atendidos en dicha situación de crisis, serían ingresados en el servicio de Salud Mental apropiado.

Aun así, los servicios de intervención en crisis, no sólo se propagaron por Reino Unido y Gales, sino que pronto llegaron a Amsterdam o Noruega, países donde se han realizado varios estudios al respecto a lo largo de la última década. En Amsterdam, por ejemplo, como recogen los estudios de Murphy et al. (2012), se establecieron servicios domiciliarios de atención en crisis, 24 horas al día, ya después de la segunda Guerra Mundial. En Noruega, al igual que en Reino Unido, se ha puesto mucho énfasis en el hecho de que la forma de intervenir sea multidisciplinar con el objetivo principal de prevenir las recaídas y las rehospitalizaciones (Biong, Ness, Karlsson, Borg, & Kim, 2012). No obstante, pese a tener la intención de atender de forma multidisciplinar, se observa en varios estudios que, en general, un número elevado de pacientes (alrededor del 50%), no son visitados por psiquiatras o psicólogos durante el tratamiento del episodio (Hasselberg et al., 2011).

Otro punto diferenciado entre Inglaterra y Noruega, es que mientras que el modelo de Inglaterra ofrece una intervención más intensiva y de mayor duración, los equipos noruegos ofrecen programas menos intensivos derivando a los pacientes con mayor frecuencia a servicios ambulatorios, quizás debido a que en Noruega se interviene más con pacientes que padecen depresión o que han realizado intentos autolíticos y en Inglaterra prevale mayormente la intervención en psicosis (Hasselberg et al., 2011).

Este servicio también se ha aplicado de forma esporádica en Alemania (Schöttle, Ruppelt, Karow, & Lambert, 2015), centrado en el tratamiento de TMS, especialmente en trastornos del espectro psicótico. Por lo tanto, aunque en Europa, la mayoría de

investigación se ha realizado en Reino Unido, también hay estudios que cercioran su aplicación, tanto en los Países Bajos, Italia, Francia y Noruega, como apuntábamos. Además, fuera de Europa, este servicio se ha aplicado en Estados Unidos y en Australia (Sjølie, Karlsson, & Kim, 2010).

- Tipología de intervenciones:

Aunque la intervención multidisciplinar sea el planteamiento ideal, la realidad se aleja de este tipo de práctica. En varios estudios se denota que la intervención en crisis acaba por hacerse tan sólo con un profesional, una o dos veces por semana, siendo enfermeras con especialidad psiquiátrica, quienes la llevan a cabo (95%) o en menor medida trabajadores sociales (76%), mientras que tan sólo un 25% son visitados por psicólogos y un 12% por psiquiatras (Biong et al., 2012; Hasselberg et al., 2011; Karlsson, Borg, Biong, Ness, & Kim, 2012; Ness et al., 2012).

Aun así, en el estudio de Karlsson et al. (2012) se tuvieron en cuenta varias formas de tratamiento, que incluyeron atención individual y encuentros familiares (Biong et al., 2012; Hasselberg et al., 2011; Karlsson et al., 2012), pudiendo participar hasta un tercio de los familiares en las intervenciones de los pacientes y obteniendo mejores resultados (Biong et al., 2012).

- Recaídas y Rehospitalizaciones – Resultados favorables:

Son múltiples los estudios que muestran cifras de reducción de recaídas y de prevención de rehospitalizaciones como consecuencia de la aplicación de este servicio (Glover, Arts, & Babu, 2006; Jethwa, Galappathie, & Hewson, 2007; Hasselberg et al., 2011).

En 2005, Johnson et al., en un ensayo clínico aleatorizado de CRHT, encontraron que tan sólo en 8 semanas después de la introducción del servicio, las ratios de hospitalizaciones de salud mental de adultos en Reino Unido habían disminuido del 59 al 22%. En el estudio de Barker, Taylor, Kader, Stewart, & Le Fevre (2011), además, se demostró una reducción del 17% de las admisiones del *Mental Health Act* y del 25% de las admisiones informales en el año posterior a la introducción del programa CRHT, en comparación con los 12 meses previos. Son muchos los estudios que han demostrado la reducción de hospitalizaciones: Jethwa et al. (2007) observaron una reducción del 45%, Glover et al. (2006), denotaron hasta una reducción del 23% en equipos que atendían 24/7 y Goud et al. (2006), concluyen sus estudios observando una reducción

del 16%. Un estudio más reciente (Murphy et al., 2012), que va en la misma dirección de lo que postula el *National Institute for Mental Health* de Inglaterra, concluye que la intervención en crisis evita la repetición de admisión en el hospital, después de 3-6 meses de la crisis, en el 50% de los casos y que los pacientes, sus familiares y los cuidadores, están más satisfechos, reduciendo la sobrecarga de los cuidadores así como el estigma que puede conllevar la hospitalización psiquiátrica.

Aunque hay estudios que hipotizaron que el trabajo de CRHT mantenía a los pacientes en comunidad previniendo rehospitalizaciones, consideraron que a la larga, había muchos de ellos que requerirían hospitalización por el deterioro que comportaba su patología (Tyrer et al., 2010). Contrariamente a ellos, los estudios noruegos de Barker et al. (2011), consideran que el tratamiento en comunidad, mantiene a los pacientes en su condición de estabilidad sin necesidad de requerir posteriormente ningún tipo de hospitalización.

Asimismo, en Edimburgo, se afirmaba que frente a la aplicación del programa de CRHT, había una reducción de admisiones hospitalarias y de la duración del ingreso en caso de hospitalización inevitable (Barker et al., 2011). Contrariamente, encontramos estudios que rebaten estas ideas, mostrando resultados menos prometedores como en el caso de la investigación de Tyrer et al. (2010), realizada en Cardiff, en que sólo observaron una reducción del 7,7% respecto las hospitalizaciones y ninguna reducción significativa en la duración del ingreso hospitalario.

Los resultados del equipo de Schöttle et al. (2015), también muestran la efectividad de este tipo de intervenciones, obteniendo resultados significativos en la mejoría de la psicopatología, del funcionamiento psicosocial, de la calidad de vida, de la satisfacción con el cuidado y de la adherencia al tratamiento así como mejorías económicas. Además, los resultados muestran una reducción del 10% de los ingresos involuntarios en el hospital.

En vista de los resultados, se concluye que aunque las intervenciones en crisis deben ser breves, los equipos deberían ofrecer tratamientos intensivos frente a las crisis antes de contemplar la opción de derivar a otros servicios ambulatorios o de hospitalizarlos (Hasselberg et al., 2011).

b) *Open Dialogue Approach (ODA)*:

- Bases y tipología de intervenciones:

El *Open Dialogue Approach (ODA)*, es el resultado de la evolución del conocido NAA (*Need Adapted Treatment*) para pacientes con trastorno del espectro psicótico que se inicia en Finlandia (Turku) sobre los años 60 a cargo del profesor Yrjö Alanen y se sirve de las bases de la terapia familiar sistémica que ya se conocía entonces (Aaltonen, Seikkula, & Lehtinen, 2011; Borchers, 2014).

El *Open Dialogue*, en consecuencia, aparece sobre los años 80, a manos de Jaakko Seikkula y, aunque la intención principal es tratar a pacientes psicóticos, con el paso del tiempo se ha ido aplicando a diversidad de situaciones y diversidad de tratamientos para una gran variedad de trastornos mentales (Arnkil & Seikkula, 2015). El OD gira en torno a 7 pilares básicos que lo sustentan y se rigen por dos ideas principales: diálogo (*dialogicity*) y apertura (*openness*), siempre teniendo en cuenta el momento presente y el hecho de mostrar incondicionalidad por la unicidad de la otra persona (Aaltonen, Seikkula, & Lehtinen, 2011; Arnkil & Seikkula, 2015; Kłapciński & Wojtyńska, 2015; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2011; Seikkula & Laitila, 2012).

Autores como Geekie y Read (2009) respaldan la idea de que es importante para la recuperación de la psicosis comprender ésta de forma narrativa (Borchers, Seikkula & Arnkil, 2014). En la misma línea, Jaakko Seikkula, en el 2002, ya comentaba que las reacciones psicóticas deben ser consideradas como intentos de dar sentido a la propia experiencia en formas de afrontamiento a esas experiencias que son dificultosas para la persona y que hasta el momento no ha encontrado una forma explicativa para entenderla (Borchers, Seikkula, & Arnkil, 2014).

Teniendo en cuenta las bases de lo que era el NAA y de su evolución (el OD), el psiquiatra participa como una parte del equipo y el tratamiento se discute y se decide de manera conjunta con los pacientes, familiares y profesionales, rigiéndose por un entendimiento común de la situación y evaluando entre todos los cambios necesarios de los pacientes y de la familia. El objetivo principal, pues, es trabajar con las experiencias de los clientes y evitar la dominancia de una perspectiva más bien médica que pueda dar pie a usar tratamientos innecesarios (Borchers, Seikkula & Lehtinen, 2014).

Los profesionales, de forma individual y la relación establecida entre los clínicos, influirá en la calidad del diálogo, siendo quizás también un factor que influirá

en el resultado de la evolución de la psicosis (Borchers, 2014; Borchers, Seikkula & Lehtinen, 2013).

Los estudios de Borchers, Seikkula y Lehtinen (2014), postulan que los psiquiatras se encuentran con grandes dificultades frente a los principios más humanistas de las prácticas de NAA ya que ponen por delante la perspectiva médica y farmacológica del tratamiento de la psicosis. Ya desde el año 2000, ya cuestionaban el uso de los neurolépticos en pacientes con un primer episodio psicótico, recomendando que el modelo integrativo de tratamiento donde se ponga el foco en la intervención psicosocial, deberá ser el centro de la terapia (Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Rakkolainen, & Syvalahti, 2000).

- Resultados favorables de Open Dialogue Approach:

Los resultados de estas prácticas, muestran que hasta un 81% de los pacientes con primeros episodios psicóticos, no mostraban ningún tipo de sintomatología psicótica residual al finalizar la terapia y además, un 84% de ellos, retomaron sus carreras o educación (Seikkula, Aaltonen, et al., 2006).

Otros son los estudios que respaldan estos mismos resultados. El estudio de Seikkula, tanto en el año 2006 como posteriormente en el 2011, concluían lo siguiente: En el 2006, en un estudio de primeros episodios psicóticos con un seguimiento de 5 años (1992-1997), un 35% de los pacientes del estudio al final del periodo de 5 años ya no tomaban antipsicóticos, un 81% ya no presentaba sintomatología psicótica residual, y un 81% volvieron a las tareas laborales habituales (Seikkula, Aaltonen, et al., 2006). En un segundo estudio en el 2011, postularon que había pocos primeros episodios psicóticos entre el 2003-2005, pasando de una ratio de 33 casos cada 100.000 personas en un año, a tan sólo 2 casos (Seikkula et al., 2011).

Son también los estudios de Aaltonen et al. (2011), los que concluyen que si el OD es aplicado como tratamiento desde un inicio de la aparición del trastorno y cuando el equipo profesional está formado para realizar la terapia familiar, la incidencia de la esquizofrenia disminuye ya que se trabaja con el paciente, su familia y la red social pertinente.

El hecho de intervenir con la familia, respalda los resultados de las intervenciones individuales y es que en estudios sistemáticos se ha concluido la eficacia del tratamiento de primeros episodios psicóticos por los hechos que ilustran que el

propio diálogo y las aptitudes psicológicas de las familias movilizan más que las intervenciones convencionales guiadas por profesionales expertos; conclusiones a las que han llegado estudios que comparaban la eficacia de ambas intervenciones (Seikkula, 2008).

c) Tratamiento combinado en la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS).

- Bases y tipología de intervenciones:

Moriana, Alarcón y Herruzo (2004), equipo originario de España, se centraron en estudiar los beneficios de las intervenciones combinadas en el entorno comunitario y natural del paciente abordando el contexto domiciliario como unidad básica de atención para pacientes con esquizofrenia, siendo del tipo paranoide un gran número de los casos. El objetivo de sus intervenciones era desarrollar y/o potenciar habilidades sociales en pacientes diagnosticados con trastornos mentales graves, como facilitadores de su proceso rehabilitador y de su reinserción social (Moriana et al., 2015). El EHS es definido por su equipo como una intervención estructurada, de tipo psicosocial, basada en el aprendizaje y dirigida a mejorar el funcionamiento personal y reducir el estrés y las dificultades que puedan presentar frente a situaciones sociales.

Hay evidencia de que el funcionamiento social es una área que se encuentra muy afectada en el paciente esquizofrénico, incluyendo la afectación laboral, recreacional y las relaciones sociales (Hodgekins et al., 2015).

El programa de Moriana et al. (2004) se estructuraba en cuatro fases, caracterizándose por plantear intervenciones individualizadas, ya que las características personales y sintomatológicas de cada paciente corresponden a las que normalmente presentan peor respuesta al tratamiento y mayor número de recaídas. La aplicación del tratamiento gira en torno al entrenamiento en habilidades sociales y a la modificación de la conducta pertinente, siendo partícipes los pacientes y sus familias como figuras de apoyo y centrándose en las bases de los programas de Liberman, De-Risi y Mueser (1989) para controlar y ser más autosuficientes en el uso de medicación antipsicótica. Los resultados de este estudio, junto con un estudio posterior del 2006 (Moriana, Alarcón, & Herruzo, 2006), muestran resultados favorables, aumentando el número de habilidades de la vida diaria, la adherencia al tratamiento farmacológico y consiguiendo una mejora en la sintomatología general de los pacientes.

Kopelowicz et al. (2006), consideran que la eficacia de los programas de EHS para la esquizofrenia, reside en el diseño del procedimiento de la intervención donde se utilizan los siguientes métodos para generalizar lo aprendido en contextos naturales: refuerzo positivo, el establecimiento de metas, el modelado, los ejercicios o tareas para casa y la representación de papeles (*role playing*).

- Resultados favorables:

Así pues, Moriana y su equipo (Moriana, 2006; Moriana, & Martínez, 2011; Moriana et al., 2015), concluyen 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 Terapia Psicológica Integrada (ITP) (Roder & Brenner, 1996) 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). Además, en Moriana et al. (2015) se concluye que el EHS debería ser una pieza fundamental de los servicios de rehabilitación psiquiátrica para trastornos mentales graves, donde se apliquen tratamientos combinados que integren la terapia farmacológica e intervenciones de carácter psicológico y social. Asimismo, el equipo de Huang, Lin, Yang y Sun (2009) y el equipo de Agius, Shah, Ramkisson, Murphy y Zaman (2007), también confirman que en sus estudios de intervención domiciliaria, aquellos pacientes que respondían mejor tanto con una buena adherencia a la medicación como reducción de rehospitalizaciones, eran esos que se habían integrado dentro de un programa de psicoeducación y de intervenciones psicosociales.

d) Otros servicios domiciliarios:

En la ciudad de Cali (Colombia), se realiza un programa de atención domiciliaria para pacientes con esquizofrenia a lo largo de seis meses, dirigido a pacientes que no cuentan con ningún tipo de seguridad social y que poseen una red de apoyo familiar, ofreciendo un tratamiento multidisciplinar (psiquiátrico, familiar, psicoeducativo y ocupacional) que es llevado a cabo por personal de enfermería (Castaño, Chávez, & Piedrahita, 2012). En este programa, se prioriza la atención a personas con baja adherencia al tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y con tendencia a recaer frecuentemente, o sea pacientes que son resistentes a tratamiento.

En Taiwán cada vez son más comunes las intervenciones a domicilio por los resultados favorables obtenidos en diversidad de estudios, relacionados sobre todo con la potenciación de la calidad de vida de los pacientes así como con la reducción de hospitalizaciones (Chang et al., 2013; Cheng, Huang, Lin, Yang, & Hsu, 2012; Huang et al., 2009; Kao & Huang, 2014; Tsai et al., 2005). En las sesiones se evalúa la sintomatología clínica, las posibles reacciones que puedan causarles los psicofármacos y el funcionamiento social, con el objetivo de controlar la adherencia al tratamiento farmacológico y ofrecer psicoeducación tanto al paciente como a la familia, ofreciendo un servicio de asistencia durante las 24 horas en caso de ser necesario. Aunque el equipo de Chang et al. (2013) en su estudio no tuvieron en cuenta variables relacionales y de funcionamiento social, Kao & Huang, en el 2014, sí que lo hicieron. Éstos últimos compararon la intervención domiciliaria, con intervenciones diarias en la comunidad (*Day Care*), obteniendo mejores resultados en cuanto a variables sociales en la segunda tipología de intervención. La razón de estos resultados fue por el hecho de ofrecer oportunidades de trabajo y por potenciar el entrenamiento de habilidades sociales y estar rodeados de otros pacientes (Kao & Huang, 2014). Por otro lado, en el estudio de Huang et al. (2009) concluyen que los servicios domiciliarios muestran beneficios a nivel de funcionamiento social y generan mayor confianza en los servicios psiquiátricos por parte de los cuidadores de los pacientes.

En algunos de los estudios mencionados de Taiwán, se comenta que un dato destacable que podría suponer impedimentos en la intervención domiciliaria es que el cuidador del paciente en cuestión, se oponga a que se visite en su domicilio (Cheng et al., 2012) e incluso que los profesionales se muestren reacios a participar en esta tipología de intervenciones por miedo a posibles actos violentos del paciente o cuidadores de éste.

- Casa de acogida (*Foster Home*):

En varios países se lleva a cabo un servicio que es conocido como Foster Home, en español vendría a ser como un lugar de acogida, en las afueras de la ciudad (Kallert, Leisse, & Winiecki, 2006). En Misuri, concretamente un servicio similar recibe el nombre de *Boarding Home (BH)*, teniendo como finalidad la reducción de rehospitalizaciones de pacientes que sufren esquizofrenia (Bota, Munro, & Sagduyu, 2007). Al ser como una residencia, se ofrece asistencia y supervisión las 24 horas del día (asistencia con las actividades básicas e instrumentales diarias). Aunque

generalmente los resultados de los estudios no han sido favorables, sí que es cierto que los pacientes que son derivados a esta tipología de servicios, son pacientes crónicos y graves que tienen un nivel de funcionamiento global inferior que aquellos pacientes que viven en sus domicilios. Por lo tanto, el principal foco de atención cuando se deriva a estos servicios, es el bajo funcionamiento global de la persona (Bota et al., 2007).

En Francia, el servicio de Foster Home, se ofrece des del 1989, definido como una modalidad de hospitalización completa. Aunque ha recibido críticas por el hecho de ser visto como un servicio donde los pacientes se cronifican en mayor medida, se han empezado a implantar técnicas de rehabilitación (en el *Ainay-le-Chateau Hospital*) junto con programas de Entrenamiento de Habilidades Sociales, psicoeducación y adaptación a los déficits cognitivos que puedan sufrir como consecuencia del TMS (Petitjean, Muller, & Dabat, 2013).

También es aplicado en Croacia y son varios los estudios realizados por el equipo de Mihanovic, Restek-Petrovic, Bogovic, Ivezic, Bodor & Pozgain (2015) que pretendían denotar si se veía afectada la calidad de vida del paciente al ingresar en dicho servicio. Los pacientes que ingresan en *Foster Homes* son pacientes que no pueden vivir de manera autónoma e independiente en domicilios y que tampoco tienen soporte social suficiente, viéndose afectada, por lo tanto, su calidad de vida. Confirmándose sus hipótesis, al igual que estudios de Kallert et al. (2006) encontraron un aumento en la calidad de vida, mejor funcionamiento físico, social y emocional y menor número de recaídas en comparación con los pacientes que no ingresaban en dicho servicio (5 recaídas frente 11).

Tratamientos útiles en la intervención domiciliaria: intervención individual y familiar

El bloque que se plantea a continuación, pretende dar respuesta al tercer y último objetivo de la presente revisión sistemática, ofreciendo resultados de diversidad de estudios donde se han comentado tipos de intervenciones tanto en el domicilio del paciente o fuera de él que han sido efectivas para el tratamiento de la esquizofrenia, frente a un abordaje tanto individual como familiar. Además, se plantean las preferencias de los pacientes y familiares que han sido estudiadas o referidas por varios investigadores.

Por una parte, en 2001, Vallina y Lemos, se plantean en líneas generales las

intervenciones psicológicas para el tratamiento de la esquizofrenia que han demostrado su eficacia: 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 (déficits cognitivos) y los paquetes integrados multimodales, destacando la Terapia Psicológica Integrada (IPT) de Roder et al. (1995).

Por otra parte, Moriana y su equipo, en un estudio realizado sobre intervención domiciliaria aplicando un programa de EHS, enumeran diversas investigaciones que han obtenido resultados positivos aplicando sus modelos de intervención en el domicilio del paciente (Moriana, 2006). Entre ellos encontramos programas psicoeducativos tanto para familiares como para pacientes aplicados en el domicilio (Tarrier & Barrowclough, 1995; Montero et al., 2001), entrenamiento en habilidades sociales en contextos comunitarios (Glynn et al., 2002), programas de habilidades de la vida diaria (Moriana & Alarcón, 2000), tratamiento combinado (farmacológico, habilidades de la vida diaria y módulo de medicación de Liberman) (Moriana, Alarcón & Herruzo, 2004), módulos de Uberman a domicilio (Kopelowick, Larate, & Gonzalez-Smith, 2003; Moriana, Alarcón, & Herruzo, 2006), Terapia de Psicología Integrada (IPT) (Moriana, Alarcón & Herruzo, 2006) e intervención en crisis y home-care packages (Joy, Adams, & Rice, 2006).

Gran variedad de temáticas podrían trabajarse tanto a nivel comunitario como domiciliar con pacientes psicóticos (Moriana, 2006), como por ejemplo: Exposición en vivo, Programa 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 socio-familiar (a nivel de divorcios y/o rupturas familiares, amigos, etc.), abandono del tratamiento ambulatorio (prevención de recaídas), baja adherencia al tratamiento farmacológico y síntomas negativos (aislamiento, etc.).

Otros aspectos a trabajar que quizás ya se han planteado o nombrado anteriormente pero que en la presente revisión se han encontrado estudios que los sustentan más allá de sólo nombrarlos, podrían ser los siguientes:

Rehabilitación cognitiva en el domicilio del paciente

Se estudió la efectividad de un programa de rehabilitación cognitiva (junto con tratamiento farmacológico, psicopatológico y mejora del funcionamiento global) llevado a cabo en el domicilio de pacientes que presentaran un primer episodio psicótico (Hegde, Rao, Raguram, & Gangadhar, 2012). También se evaluó en este mismo estudio el nivel de influencia que tenía dicho trastorno en el funcionamiento familiar. Los resultados muestran que el hecho de incidir en las funciones cognitivas en las primeras etapas de la enfermedad, beneficia al paciente siendo doble el beneficio si se realiza la intervención en el domicilio (reduciendo costes de personal, visitas diarias al hospital...). Los resultados de este estudio muestran que el entrenamiento cognitivo, mejora las funciones ejecutivas y que, en consecuencia, se reduce la sintomatología negativa; resultados que son similares a los obtenidos por el equipo de Wykes et al. (2007) ya que la sintomatología negativa va asociada a los bajos resultados de las funciones ejecutivas. Asimismo, frente los resultados obtenidos en el estudio de Hegde et al. (2012), se propone que si se incrementara la duración del programa de rehabilitación cognitiva a domicilio, combinado con el entrenamiento en habilidades sociales, se mejoraría la cognición, la sintomatología y el funcionamiento general del paciente.

Psicoeducación

Son muchos los estudios que se han planteado en los resultados anteriores los que integran en la tipología de tratamientos la psicoeducación a nivel individual y familiar (Burns, 2014; Chang et al., 2013; Cheng et al., 2012; Huang et al., 2009; Kao, & Huang, 2014; Moriana et al., 2015; Moriana & Martínez, 2011; Petitjean et al., 2013; Tsai et al., 2005; Vallina & Lemos, 2001). Es por ello que ésta debe constar como un elemento más en las intervenciones domiciliarias.

Terapia Cognitivo-Conductual

La terapia Cognitivo-Conductual ha sido la tipología de intervención más aplicada para el tratamiento de la esquizofrenia; usada principalmente para reducir las alucinaciones y delirios persistentes en los pacientes (Burns, 2014; Farooq, & Naeem 2014; Moriana, 2006). Aunque la efectividad de ésta a veces ha sido y sigue estando en controversia en varios estudios y es difícil de generalizar los resultados de ésta en la vida cotidiana del paciente (Jauhar et al., 2014), sigue siendo la terapia más

recomendada en las guías de intervención de trastornos del espectro psicótico (Turkington et al., 2006).

En los estudios de Elis, Caponigro & Kring (2013), se muestra que la terapia cognitivo-conductual y el entrenamiento en habilidades sociales, son las tipologías de tratamiento que mayor evidencia empírica presentan. Aun así, la terapia cognitivo-conductual es la que va más asociada con el mantenimiento de la sintomatología negativa seis meses después de finalizar el tratamiento. Se considera que los síntomas negativos van asociados al funcionamiento global deteriorado y a la calidad de vida del paciente. No obstante, en este mismo estudio, se plantea la duda sobre si un tratamiento combinado podría reducir dicha sintomatología ya que se intuye que se conseguiría dicha reducción si se aplicaran de manera conjunta las intervenciones psicosociales y la terapia cognitivo-conductual.

Seguimiento telefónico

El seguimiento telefónico con pacientes esquizofrénicos, ha sido estudiado por Palmier-Claus et al. (2013) para atender a la sintomatología que puedan presentar con el objetivo de que ésta sea tratada de forma rápida y eficaz. Se han denotado resultados positivos tanto para la reducción de clínica alucinatoria (Granholt, Ben-Zeev, Link, Bradshaw, & Holden, 2011) como para la reducción de recaídas (Španiel et al., 2008).

En el caso de Sharifi et al. (2012), se realizó un protocolo para realizar un seguimiento telefónico durante tres meses, cada dos semanas, para pacientes con trastornos de ansiedad y de depresión después de haber recibido la psicoterapia correspondiente. En vista de estas propuestas y estudios, dicha opción podría ser contemplada a la hora de realizar seguimientos de los pacientes una vez acabada la intervención domiciliaria.

Tratamiento farmacológico

Los estudios muestran que las intervenciones que mejoran en mayor medida la adherencia al tratamiento farmacológico son las terapias cognitivo-conductuales, las intervenciones familiares (técnicas conductuales y psicoeducativas para integrar a la familia en facilitar la administración y supervisión de la toma de los fármacos) y las intervenciones realizadas en servicios comunitarios (reforzando las redes de soporte del paciente y servicios de apoyo) (Farooq, & Naeem, 2014). Aun así, medir la adherencia al tratamiento farmacológico es imprecisa y poco objetiva.

Cognición social

En los últimos años, uno de los procesos que se ha estudiado más del trastorno mental psicótico, ha sido la cognición social, propuesta como una variable mediadora entre la neurocognición y el funcionamiento global del paciente (Gil et al., 2009). Sabiendo que el término *cognición social* engloba varios subdominios (reconocimiento de emociones y percepción social) y que es una pieza clave para entender el trastorno mental de la esquizofrenia, el equipo de Gil et al. (2009), realizaron un estudio piloto con la implantación de un Programa de Entrenamiento de Cognición Social; programa que integra el entrenamiento en el reconocimiento de emociones y de la percepción social. Los resultados de dicho estudio demostraron que el grupo experimental mejoró en la percepción e interpretación social pero no en el reconocimiento de emociones en comparación con el grupo control que no recibía el programa en cuestión.

Intervención familiar

Los pacientes con esquizofrenia, en general, no llegan a conseguir nunca una autosuficiencia tanto personal como económica y en consecuencia la familia es quien tiene que cuidar de ellos. Por este motivo, una vez se estabiliza la fase aguda del episodio, la convivencia familiar tendrá que crearse o mantenerse como un hábito para toda la vida (Garnica, 2013). En los estudios de (Castaño et al., 2012), el rol de cuidador normalmente lo adquiere la madre (52.6%), la hermana y el padre lo adquieren en menor medida (10,5% en ambos casos) ya que generalmente los pacientes con esquizofrenia son personas solteras por la disfuncionalidad social derivada de la enfermedad.

Es por este motivo que el hecho de incidir en el tratamiento familiar es de gran importancia para prevenir recaídas ya que se ha demostrado que dichas intervenciones reducen las rehospitalizaciones y promueven la rehabilitación del paciente (Johnson, 2007; Bird et al., 2010; Burns, 2014; Moriana et al., 2015). En caso contrario, una alta Emoción Expresada (EE) en la familia, aumenta el riesgo de padecer recaídas (Ballús-Creus, 1998; Leff & Vaughn, 1985). La Emoción Expresada se entiende por un estilo de comunicación prevalente dentro de una familia, en donde una alta emoción expresada se caracterizaría por altos niveles de criticismo, hostilidad o sobreimplicación emocional

hacia el paciente esquizofrénico (García, Roxana, Pérez, Llovera, & Forteza, 2012). Por ello, como la sobrecarga de los cuidadores y el afrontamiento de los pacientes, podría ser más efectivo si se aplicara terapia familiar o psicoterapia (Huang et al., 2009). Garnica (2013), comenta que el equipo de profesionales que trate al paciente debe realizar psicoeducación con la familia de éste ya que de no hacerlo, la familia podría convertirse en una fuente de estrés emocional que condujera a un mayor número de recaídas. Además, la familia también puede ser clave para reducir riesgos como la conducta suicida en el paciente esquizofrénico (Rascón, Valencia, Domínguez, Alcántara, & Casanova, 2014) o para contribuir a la reducción de la sintomatología negativa (Girón et al., 2010).

La terapia familiar, pues, se centra en examinar y cambiar formas de funcionamiento o dinámicas que se dan entre los miembros de la familia que juegan un papel importante en la creación y en el mantenimiento de comportamientos problemáticos a nivel interpersonal como el hecho de mantener la sintomatología del propio trastorno mental (Elis et al., 2013). Asimismo, muchos tipos de terapia familiar están basadas en la teoría de sistemas, cuyo principio gira en torno al hecho de que no se puede entender una persona de forma individual sin entender la dinámica familiar que se ha establecido en el ambiente interpersonal donde se mueven (Doherty & McDaniel, 2010; Linares, 1996, 2007). Es por este motivo que Doherty & McDaniel (2010) así como Borchers, Seikkula, & Arnkil (2014), postulan que el principal objetivo de la terapia familiar consiste en los cambios relacionales e interpersonales que pueden facilitar el alivio y recuperación de la sintomatología psicótica. Dichas intervenciones se establecen entorno a la psicoeducación del trastorno, recomendaciones de afrontamiento, entrenamiento en habilidades comunicativas, solución de problemas e intervenciones en caso de crisis (Elis et al., 2013; Moriana et al., 2006). En esta línea de intervención familiar, Kłapciński & Wojtynska (2015), comentan que las intervenciones a nivel más narrativo, son la mejor oportunidad para entender el sufrimiento familiar, comprendiendo entre todos al paciente para así poder tratarlo. Además, las intervenciones no sólo implican a la familia, sino que se puede integrar en el tratamiento tanto a amigos allegados, vecinos como a agentes sociales de la comunidad que puedan ser influyentes en las relaciones sociales del paciente (Avdi, Lerou, & Seikkula, 2015; Seikkula, 2011; Sjølie et al., 2010).

En varias modalidades de intervención estas ideas ya se están aplicando. En el

estudio de Bird et al. (2010) sobre la intervención precoz en la psicosis, ya se propone que las intervenciones deberían hacerse a nivel individual pero también intervenciones psicosociales (Farriols, et al., 2006), que integraran a la familia básicamente por la incidencia que ésta tiene en el buen pronóstico del paciente y en la reducción de las recaídas. Lo mismo ocurre en los programas de intervención en crisis, donde consideran que los elementos clave de este tipo de intervención son el hecho de incidir en el contexto familiar integrando a estos en el proceso de tratamiento (Hopkins & Niemiec, 2007; Winnes, Borg, & Kim, 2010).

Por estos mismos motivos, el hecho de vivir en un ambiente estructurado con la familia, donde se interaccione a nivel social, es una buena opción para prevenir la pérdida de habilidades sociales (Bota et al., 2007; Kallert et al., 2006). Así, está recomendado usar variedad de técnicas conductuales y educativas para implicar a los familiares en la administración de la medicación así como en dar estrategias relacionadas con solución de problemas (Farooq & Naeem, 2014).

Intervención multidisciplinar

Los resultados más concluyentes de (Moriani et al., 2006) confirman que la utilización conjunta de tratamientos en paquetes terapéuticos formados por varias intervenciones son más efectivos utilizados de manera conjunta además de que la aplicación de dichos procedimientos en el domicilio del paciente resultan positivos y facilitan la generalización y mantenimiento de resultados a su medio socio-familiar y comunitario.

Preferencias de tratamiento de los pacientes

En el estudio de Farrelly et al. (2014), pretendieron estudiar qué prioridades tenían los pacientes en caso de padecer una situación de crisis o de recaída respecto a su enfermedad mental. Aunque algunos de los pacientes refirieron ser hospitalizados, la mayoría prefirieron alternativas, siendo la intervención domiciliaria la modalidad de intervención más demandada (67%) ya que para ellos, permanecer cuanto más tiempo fuera posible en su domicilio, era importante, refiriendo la importancia de no entorpecer en mayor medida la vida de sus familiares. Para muchos de ellos, el hecho de ingresar en el hospital y tener que enfrentarse a nuevos entornos, era un factor estresor añadido que empeoraba la experiencia de su recaída. Además, el hecho de poder superar una crisis en un entorno conocido, comunitario o rodeado de otras personas, supone una

mayor calidad de vida para los pacientes (Carnegie, 2011). Dichas preferencias también fueron estudiadas por otros autores obteniendo los mismos resultados (Bota et al., 2007); Huang et al., 2009) y, además, el equipo de Burns, Catty, & Wright (2006) denotaron la reducción de costes que supone el hecho de prevenir rehospitalizaciones que se pueden evitar.

Resultados finales

En general, se pueden obtener resultados muy positivos de los estudios realizados sobre programas domiciliarios, tanto a nivel de recaídas, de preferencias de los pacientes o de la calidad de vida que éstos refieren. Por ejemplo, en el estudio de Birchwood et al. (2014), en estudios recientes muestran que el 75% de los pacientes integrados en su servicio y tratados a domicilio (1027 personas), después de la intervención pertinente, se les realizó un seguimiento de 12 meses de los cuales el 100% de los casos no recayeron durante este periodo de tiempo. Otro ejemplo, referente a la intervención domiciliaria, lo encontramos en la revisión literaria de Sjølie et al.(2010) que recogen varios estudios que hacen referencia a la efectividad de dicha tipología de intervención en un 80% de los casos (Bristol, 2004; Crisholm, & Ford, 2004; Karlsson & Hultberg, 2007) además de que si se comparan con tratamientos hospitalarios, también hay estudios que muestran mayores ventajas (Bridgett & Polak, 2003; Harvey,& Fielding, 2003; Johnson, 2007; Karlsson et al., 2008; Karlsson & Hultberg, 2007). Así pues, son los estudios de Moriana y de su equipo (2006; 2015) que se reafirman en el hecho de que realizar intervenciones dentro de la situación normalizada del paciente en su domicilio familiar abre numerosas posibilidades de atención comunitaria de los enfermos mentales crónicos como alternativa al tratamiento ambulatorio o a su institucionalización siendo muy positivos ya que facilitan la generalización y mantenimiento de resultados a su medio socio-familiar y comunitario.

No obstante, aunque los resultados planteados mayormente son favorables, como bien planteamos en párrafos anteriores, el estudio de Burns (2014) plantea lo siguiente: Los estudios que se han realizado de intervención domiciliaria son mayormente llevados a cabo en Norte América y Europa, donde las familias ya no pueden hacerse cargo de miembros que estén enfermos (-sobretudo por el hecho de que las mujeres trabajan-, comenta). Es por este motivo que plantea una posible debilidad del tratamiento domiciliario pese a encontrarle muchos beneficios planteados anteriormente por este mismo autor.

Conclusiones de la revisión sistemática

En los últimos años se promueve la *intervención precoz de la psicosis* (*Early Intervention Services*) como una intervención destinada a reducir el futuro deterioro posterior psicológico, clínico y social que la enfermedad conlleva para el paciente (Birchwood, McGorry, & Jackson, 1997). De esta forma el pronóstico del paciente mejora ya que se interviene en el primer episodio psicótico y el paciente no queda desatendido como en otros casos (periodo donde la psicosis no es tratada – DUP) (Birchwood et al., 2014; Bird et al., 2010; Penttilä, Jääskeläinen, Hirvonen, Isohanni, & Miettunen, 2014). No obstante, este planteamiento, aun siendo muy prometedor y preventivo, no tiene en cuenta los pacientes resistentes a tratamiento psicoterapéutico. La reflexión que se extrae de este último comentario, no tiene por objetivo desatender a los primeros episodios psicóticos, sino acoger también en el plan de intervención clínica, a esos pacientes crónicos que, de no ser así, podrían acabar institucionalizados después de múltiples recaídas. Es cierto que la intervención precoz ha demostrado ser efectiva en las últimas revisiones sistemáticas aunque no aseguran que la recuperación del paciente se mantenga en los siguientes años (Bird et al., 2010; Marshall, & Rathbone, 2014). Es por este motivo que se necesita contar con intervenciones para pacientes crónicos ya que, pese a que el número de recaídas se reduzca, sigue habiendo algunos de ellos que aun siendo atendidos en las fases más precoces recaen o que directamente nunca han dispuesto de este servicio de intervención precoz (Bird et al., 2010).

Una posible solución a la reflexión planteada sobre los pacientes resistentes a tratamiento, en un principio parece ser remediada con las intervenciones en el domicilio cuando éste tiene una crisis (*CRHTs*). De esta forma, se plantea que, al ser atendidos en dicha situación de crisis, no serán ingresados de nuevo en el hospital y, como consecuencia, se les ofrece ayuda a estos pacientes que recaen frecuentemente (*NIMH*, 2006). Sin embargo, las intervenciones en crisis sólo consiguen “amortiguar el golpe” y quizás prevenir la recaída (Glover et al., 2006; Hasselberg et al., 2011; Jethwa et al., 2007), pero no prolongar los resultados de dicha intervención o generalizarlos en su vida cotidiana por la condición de deterioro que provoca la patología (Tyrrer et al., 2010).

Como se ha planteado en el apartado de resultados pertinente, son múltiples los estudios que abalan resultados favorables en cuanto a la reducción de

rehospitalizaciones una vez introducido este servicio (Barker et al., 2011; Glover et al., 2006; Goud et al., 2006; Jetwa et al., 2007; Johnson et al., 2005; Murphy et al., 2012; Schöttle et al., 2015), algunos de ellos demostrando hasta una reducción del 50% de las admisiones después de 3-6 meses de la crisis (Murphy et al., 2012). Contrariamente a los resultados expuestos por los investigadores citados, la discusión que se hace es que dichas intervenciones son breves -concordando con la nomenclatura de dicho servicio- pero sí que hay estudios que van en la línea de la reflexión planteada también, y es que proponen que los tratamientos en el domicilio deberían ser más intensivos y prolongados antes que ser derivados a otro servicio ambulatorio (Hasselberg et al., 2011).

En el caso del *Open Dialogue Approach (ODA)*, resultado de la evolución del NAA (Need Adapted Treatment) siguiendo las bases de la terapia familiar sistémica, y poniendo el foco en el paciente como persona, no como patología y en el entorno próximo de éste (familia, amigos, cuidadores...) (Aaltonen et al., 2011; Borchers, 2014) denotamos en esta revisión que es la tipología de intervención que tiene más en cuenta el presente y la capacidad de adaptabilidad a cualquier naturaleza de sistema que se presente (Aaltonen et al., 2011; Arnkil & Seikkula, 2015; Kłapciński & Wojtyńska, 2015; Seikkula et al., 2011; Seikkula & Laitila, 2012). Es un concepto diferente, novedoso, por la forma de entender la psicosis (Borchers, Seikkula, & Arnkil, 2014; Geekie & Read, 2009; Seikkula, 2002) abordándola desde la sencillez por dar sentido a la propia experiencia (Borchers, Seikkula, & Arnkil, 2014) e interviniendo “al gusto” del sistema que esté frente al equipo de profesionales, ya que todo se discute en ese mismo instante (Borchers, Seikkula, & Lehtinen, 2014).

Dicha tipología de intervención, pese a que se centre sobretudo en primeros episodios psicóticos, donde se muestra la disminución de la incidencia de la esquizofrenia tratándola desde el inicio de la aparición del trastorno (Aaltonen et al., 2011), no parece dejar de lado a aquellos pacientes más resistentes; al menos si entendemos la forma de intervenir como una entrega incondicional de los profesionales frente a las infinidades de sistemas, formas de funcionar y de entender la patología que se puedan encontrar (Borchers, Seikkula, & Lehtinen, 2014).

En vista de los resultados favorables de diversidad de estudios con resultados elevadísimos de mejoría que parecen ser increíbles entendiendo la naturaleza de las intervenciones, parece ser una propuesta que de momento no presenta estudios que

rebatan su eficacia (Seikkula, 2006; Seikkula & Aaltonen et al., 2006). Además, se podría pensar que uno de los principales motivos por los que tiene tan buenos resultados es por la rapidez de actuación; en menos de 24 horas ya se está interviniendo con el paciente, su familia y red social, puntos muy importantes que por falta de recursos y de tiempo quizás no pueden ser atendidos.

Desde hace poco más de una década, se ha comentado previamente que el equipo de Moriana et al. (2004), promueve el *EHS* para desarrollar y/o potenciar habilidades sociales en pacientes diagnosticados con trastornos mentales graves, como facilitadores de su proceso rehabilitador y de su reinserción social (Moriana et al., 2015) al haber evidencia de las graves afectaciones del funcionamiento social de estas personas (Hodgekins et al., 2015). Siguiendo la idea del OD, el equipo de Moriana et al. (2004), considera que las intervenciones deben ser individualizadas ya que será el paciente como persona individual junto a su familia los que deberán recibir una intervención conjunta y, centrándonos en el caso de los españoles, en este entorno se deberán promover los recursos sociales del paciente. Sin embargo, precisamente la debilidad del tratamiento en habilidades sociales puede residir en este punto, entendiendo que más allá del EHS, hay otros tipos de intervenciones que quedan un tanto olvidadas, como por ejemplo, la terapia familiar psicoeducativa y sistémica o la reestructuración cognitiva. No obstante, se entiende que la intervención en habilidades sociales es una pieza fundamental tanto en caso de crisis como si se trata de un primer episodio, para ser integrada en el plan de trabajo teniendo por objetivo generalizar lo aprendido en los diferentes ámbitos de la vida del paciente (Agius et al., 2007; Huang et al., 2009).

Una reflexión positiva respecto las diferentes tipologías de intervención domiciliaria que se están comentando hasta el presente párrafo, es que poco a poco, la idea de intervenir en el domicilio, se ha ido propagando en múltiples países y que pese a ser originarias de un país anglosajón, -por ejemplo, en el caso de la intervención en crisis o de la intervención precoz-, se han ido extendiendo de Occidente a Oriente. Es en Oriente, concretamente en Taiwán, donde la intervención domiciliaria está adquiriendo mucho protagonismo y el estudio de la calidad de vida de los pacientes con psicosis es donde se está investigando más. Lo siguen investigando y aplicando ya que son una gran cantidad de estudios que llegan a resultados favorables (Chang et al., 2013; Cheng, et al., 2012; Huang et al., 2009; Kao & Huang, 2014; Tsai et al., 2005), no sólo respecto

a la calidad de vida, sino también a la mejora de habilidades sociales (Huang et al., 2009), como se apuntaba en el párrafo anterior.

Sin ser propiamente un servicio que se lleva a cabo en el domicilio del paciente, las *Foster Homes*, podrían ser planteadas como una alternativa a la atención ambulatoria. No serían discutidas en esta revisión si no fuera precisamente por los avances que se han implementado a lo largo de estos años con la aplicación de técnicas de rehabilitación cognitiva, programas de EHS y programas de psicoeducación (Petitjean et al., 2013). También son incluidas en la revisión por el hecho de que los pacientes a quienes va dirigido este servicio son pacientes que tienen un nivel de funcionamiento global inferior que los pacientes que pueden vivir autónomamente en sus domicilios (Bota et al., 2007). No obstante, la cuestión que se podría plantear es la siguiente: ¿podrían estos pacientes, quizás resistentes a tratamiento psicoterapéutico, beneficiarse de programas domiciliarios junto con sus familias en vez de ser incluidos en dicho servicio? Lo que sí que es cierto es que las rehospitalizaciones disminuyen (Bota et al., 2007) y que es mejor ingresarlos en este servicio respecto a las futuras recaídas que no ingresarlos en él (Kallert et al., 2006). Aun así, no parece que se acaben integrando en la comunidad o que haya una continuidad después de un periodo de residencia en la casa de acogida.

Así pues, llegados a este punto y en vista de los resultados expuestos, se observa que aparte del *setting* propuesto a nivel domiciliario, no dejan de ser importantes los tipos de intervenciones que son recomendados por instituciones como APA o el *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* para el tratamiento de un espectro psicótico (Moriana & Martínez, 2011). Entre otros, éstos sabemos que podrían ser: la terapia cognitivo conductual, el tratamiento asertivo comunitario, la psicoeducación familiar e intervención familiar breve, los programas de autogestión del trastorno, la rehabilitación cognitiva, los programas de empleo protegido y el entrenamiento en habilidades sociales (Moriana et al., 2015). No obstante, los modelos de intervención planteados hasta el momento, o bien dejan de lado la intervención familiar, siendo ésta un factor muy importante en el proceso de la enfermedad y en la reducción de recidivas del paciente (Estepa et al., 2011), o sólo se centran en un tipo de intervención (por ejemplo, en EHS) y, lo más importante que se viene comentando hasta el momento, es que no tienen en cuenta a pacientes que son resistentes a tratamiento psicológico.

Por lo tanto, quizás es más importante definir previamente a quien se dirige el abordaje psicoterapéutico más que el hecho de escoger qué técnica o tratamiento vamos a utilizar. Una vez definido el contexto (domicilio), a quién se dirige (paciente con un primer episodio psicótico o paciente resistente a tratamiento, a la familia, o bien a ambos), es importante proponer qué intervenciones vamos a realizar.

En vista de los resultados planteados, muchos son los estudios que obtienen mayor evidencia de beneficios en el paciente y su familia si las intervenciones se combinan: rehabilitación cognitiva combinada con EHS (mejoraría la cognición, la sintomatología y el funcionamiento general del paciente) (Hegde et al., 2012); psicoeducación como complemento a cualquier intervención (Burns, 2014; Chang et al., 2013; Cheng et al., 2012; Huang et al., 2009; Kao & Huang, 2014; Petitjean et al., 2013; Moriana et al., 2015; Moriana, & Martínez, 2011; Tsai et al., 2005; Vallina & Lemos, 2001); TCC y EHS (posiblemente se reduciría la sintomatología) (Elis et al., 2013); TCC e intervenciones familiares (para integrar a la familia en facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico) (Farooq & Naeem, 2014). Viendo la diversidad de autores que defienden las intervenciones combinadas, añadimos propiamente los estudios que defienden las intervenciones combinadas desde el abordaje familiar: psicoeducación, Entrenamiento en Habilidades Comunicativas y Sociales, Programa de Solución de Problemas e intervención en caso de crisis (Elis et al., 2013; Moriana et al., 2006); Técnicas Conductuales, psicoeducación, Programa de Solución de Problemas e implicación de las familias con la medicación (Farooq & Naeem, , 2014).

Asimismo, tan importante es un buen abordaje individual como el poder atender a las familias y acogerlas para integrarlas consecuentemente en una intervención conjunta. Los resultados planteados sobre la intervención familiar hablan por sí solos cuando promueven la integración de los cuidadores y del entorno inmediato del paciente en la recuperación de éste (Avdi et al., 2015; Bird et al., 2010; Borchers, Seikkula, & Arnkil, 2014; Burns, 2014; Doherty & McDaniel, 2010; Elis et al., 2013; Garnica, 2013; Hopkins & Niemiec, 2007; Huang et al., 2009; Johnson, 2007; Moriana et al., 2015; Rascón et al., 2014; Seikkula, 2011; Sjølie et al., 2010; Winnes et al., 2010).

Por lo tanto, concluimos que un *planteamiento multidisciplinar*, que integre la intervención individual y familiar, puede ser compartido por varias tipologías de intervención: la intervención precoz en la psicosis (Craig et al., 2004; Glesson et al., 2009), la intervención en crisis (CHRTs) (Biong et al., 2012; Hasselberg et al., 2011;

Karlsson et al., 2012), el *Open Dialogue Approach (ODA)* (Seikkula et al., 2008); EHS en el domicilio (Moriana et al., 2004).

No obstante, pese a compartir un mismo planteamiento, a la hora de la verdad, las intervenciones multidisciplinarias en algunos casos no son llevadas a cabo por psicólogos y psiquiatras, como es en el caso de las intervenciones en crisis (Hasselberg et al., 2011), siendo llevadas en la mayoría de los casos por enfermería, como sería el caso de las intervenciones domiciliarias realizadas en Colombia (Castaño et al., 2012). La propuesta es abordar los casos de forma multidisciplinar ya que una intervención durante un periodo de tiempo bien conducida por dicho equipo, podría ahorrar pérdidas económicas y personales. La razón es la siguiente: una vez generalizados y mantenidos los beneficios obtenidos por el paciente y su familia en el domicilio, las crisis se reducirán y en consecuencia las rehospitalizaciones. Lo que está claro es que las múltiples recaídas de dichos pacientes, por la falta de conciencia de enfermedad y por el abandono de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos (Estepa-Zabala et al., 2011; Farriols et al., 2006; Laviana-Cuetos, 2006; Moriana, Alarcón, & Herruzo, 2004; Palma, Farriols, Cebrià, & Segura, 2005), suponen un gasto sanitario muy elevado y hacen que el paciente se vuelva más dependiente y reduzca su funcionalidad.

Además, fijándonos en las preferencias de atención y en la consecuente vinculación afectiva del paciente con el equipo para promover la adherencia a tratamiento, los pacientes prefieren intervenciones domiciliarias que promuevan la generalización de los resultados para evitar más recaídas (Bota et al., 2007; Burns et al., 2006; Carnegie, 2011; Farrelly et al., 2014; Huang et al., 2009).

Pese a los múltiples beneficios y preferencias por parte de los pacientes, es evidente que, como en toda intervención, también ésta tiene sus *limitaciones*: a) La no colaboración por parte de la familia o de los cuidadores de ser visitados y tratados en el domicilio (Cheng et al., 2012); b) Que el paciente en cuestión no disponga de un soporte familiar que pueda hacerse cargo de él económicamente y pueda participar en una intervención domiciliaria a la vez que convive con esta persona (Burns, 2014).

Por lo tanto, lo que hace falta para un buen abordaje domiciliario, teniendo en cuenta que éste es beneficioso por facilitar la generalización y mantenimiento de resultados a su medio socio-familiar y comunitario (Moriana, 2006, 2015), se plantea la necesidad de realizar: a) Intervenciones individuales y familiares; b) Intervenciones multidisciplinarias (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales...) durante

un periodo extendido de tiempo (un año de intervención); c) Seguimiento presencial y telefónico una vez acabada la intervención (Sharifi et al., 2012) durante al menos seis meses.

En líneas generales, pues, vemos que son muchos los pacientes con esquizofrenia que no acuden habitualmente a su visita ambulatoria o centro de rehabilitación y que abandonan el tratamiento o no tienen una adherencia a las prescripciones médicas y toma de fármacos; razonamiento que se ve traducido en los resultados expuestos mostrando un alto porcentaje de recaídas en caso de no ser prevenidas o tratadas las crisis que presente el paciente. Por este motivo, se concluye que la intervención domiciliaria es una propuesta ambiciosa que ha demostrado ser beneficiosa en varios países y que da la posibilidad de ofrecer un mejor servicio al paciente y reducir el gasto sanitario. Se consigue mejorar la adherencia al tratamiento, aumentar habilidades para que viva de forma independiente y abordar los conflictos sociales y familiares en el domicilio. Como consecuencia, se reduce el número de ingresos, se aumenta la calidad de vida y autonomía de éste, tratando de que no quede excluido de la comunidad.

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

2. Objetivos e hipótesis

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo principal

2.1.2. Objetivos específicos

2.2. Hipótesis

2.2.1. Hipótesis generales

2.2.2. Hipótesis específicas

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivos.

Respecto el grupo participante en el programa PSICODOM, en comparación a los sujetos del grupo control que reciben el seguimiento domiciliario habitual por parte del equipo de Trastorno Mental Severo (psiquiatra, enfermera PSI, enfermera y trabajador social), se esperan conseguir los siguientes objetivos:

2.1.1. Objetivo principal

- Evaluar la efectividad de la intervención domiciliaria (PSICODOM) en pacientes afectados de trastornos del espectro psicótico que presentan resistencia al tratamiento integrado en el área del Maresme en la mejora de los síntomas evaluada mediante la escala PANSS.
- Comparar la evolución de los pacientes resistentes que han recibido el programa PSICODOM con los que forman parte del grupo control que reciben el seguimiento domiciliario habitual por parte del equipo de Trastorno Mental Severo (psiquiatra, enfermera PSI, enfermera y trabajador social).

2.1.2. Objetivos específicos

- Aumentar la adherencia y satisfacción del tratamiento farmacológico.
- Aumentar la conciencia de enfermedad.
- Reducir las recaídas.
- Mejorar la funcionalidad psicosocial del paciente.
- Reducir la sintomatología positiva y negativa.
- Reducir la Emoción Expresada (EE) en el marco de la comunicación familiar (comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación) y mejorar la parentalidad.
- Mejorar el estado de ánimo del paciente y de su familia.

- Mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia.

2.2. Hipótesis.

2.2.1. Hipótesis generales

Respecto el grupo participante en el programa PSICODOM, en comparación a los sujetos del grupo control que reciben el seguimiento domiciliario habitual por parte del equipo de Trastorno Mental Severo (psiquiatra, enfermera PSI, enfermera y trabajador social), se espera que:

1. Presenten menor resistencia al tratamiento integrado.
2. Evolucionarán más positivamente a nivel general.

2.2.2. Hipótesis específicas

Respecto el grupo participante en el programa PSICODOM, en comparación a los sujetos del grupo control que reciben el seguimiento domiciliario habitual por parte del equipo de Trastorno Mental Severo (psiquiatra, enfermera PSI, enfermera y trabajador social), se espera que:

3. La adherencia al tratamiento farmacológico será más favorable.
4. La conciencia de enfermedad será 20% superior.
5. Las recaídas se reducirán en un 30%.
6. La funcionalidad psicosocial del paciente será un 30% mejor.
7. La sintomatología psicótica positiva y negativa se reducirá notablemente en la PANSS positiva, negativa y psicopatología general.
8. Se reducirá la EE en el marco de la comunicación familiar (comentarios críticos, hostilidad, sobreprotección).
9. El estado de ánimo en el paciente y en la familia reducirán la intensidad sintomática un 30%.
10. La calidad de vida del paciente y de su familia se percibirá en un 20% superior.

3. Método

3.1. Tipo de diseño

3.2. Participantes

3.2.1. Criterios de selección

a. Criterios de inclusión

b. Criterios de exclusión

3.2.2. Asignación a los grupos de estudio

3.2.3. Tamaño de la muestra

3.3. Instrumentos

3.4. Procedimiento

3.5. Variables del estudio

3.5.1. Intervención de estudio

3.5.2. Medidas de resultado

3.6. Análisis

a. Análisis estadístico

b. Análisis cualitativo

3.7. Aspectos éticos

3. MÉTODO

3.1. Tipo de diseño

La presente investigación consiste en un ensayo clínico aleatorizado, formado por un grupo experimental que participará en un programa de intervención domiciliaria (PSICODOM) y un grupo control (GC) que recibe el seguimiento domiciliario habitual por parte del equipo de Trastorno Mental Severo (psiquiatra, enfermera PSI, enfermera y trabajador social). Todos los pacientes son pertenecientes al área de atención del centro de Salud Mental, Unidad de Adultos. La asignación a ambos grupos se hará de manera aleatorizada, distribuyendo a los pacientes en el grupo de intervención (PSICODOM) y en el grupo control (GC), mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (v.25). La aleatorización la realizará un investigador externo.

3.2. Participantes

La población objeto de estudio estuvo comprendida por los pacientes diagnosticados de trastornos del espectro psicótico, que recayeron mínimo dos veces en los últimos 2 años, que fueron asistidos en alguno de los dispositivos asistenciales de Mataró (Hospitalización de Agudos, Centro de Salud Mental de Adultos y Hospital de Día) y que eran candidatos o estaban en el programa de trastorno mental severo (TMS) al no presentar una buena adherencia al tratamiento. Se entiende por falta de adherencia, la no asistencia al menos a 2 visitas programadas en CSMA y la evidencia de no tomar correctamente el tratamiento farmacológico o la solicitud de alta voluntaria en hospitalización general o de día y/o la negativa y/o no asistencia al seguimiento posterior.¹

3.2.1. Criterios de selección

La muestra fue reclutada del: Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), Hospital de Día de Adultos (HDA), hospitalizaciones (Agudos) y Unidad de Corta Estancia (UCE), los cuales se integran en el servicio de Salud Mental y Adicciones del hospital de Mataró, Consorcio Sanitario del Maresme.

¹ Al no haber bibliografía que concrete qué se entiende por falta de adherencia, el equipo de investigación ha establecido los criterios que se han observado en la experiencia clínica de dicho equipo ya que, se ha observado que la desvinculación del paciente es inminente.

a. Criterios de inclusión:

- Pacientes con un diagnóstico de algún trastorno del espectro psicótico según el DSM-5 (APA, 2013), utilizando la entrevista semiestructurada SCI-D, incluyendo los siguientes trastornos: Esquizofrenia, Esquizoafectivo y Trastorno Delirante.
- Pacientes con dificultades de adherencia al tratamiento psicológico, atendidos en alguno de los servicios asistenciales de Mataró.
- Pacientes que hayan recaído mínimo dos veces en los últimos dos años.
- Han de haber firmado el documento del consentimiento informado donde conste su aceptación a la participación en el estudio de manera voluntaria.
- Edad comprendida entre los 18 y 65 años.

b. Criterios de exclusión:

- Retraso mental (que implique dificultades para realizar las evaluaciones).
- La no aceptación a participar en el programa por parte del paciente o su familia.
- Dificultades de comprensión del idioma muy relevantes.

3.2.2. Asignación a los grupos de estudio

Los individuos reclutados fueron asignados a una de las dos ramas de intervención (grupo intervención PSICODOM o grupo control) de forma aleatoria siguiendo el siguiente procedimiento (ver tabla 1). Se generó un grupo de 70 sobres opacos y cerrados en los que en su dorso figuraba el número de identificación de cada participante en el estudio (asignado correlativamente según estricto orden cronológico de reclutamiento) y, en su interior había una tarjeta con el mismo número de identificación y, además, el grupo de intervención al que había sido asignado. Esta asignación se realizó mediante un listado de 35 números aleatorios de entre una lista de 70, generado por un programa estadístico.

Tabla 1.

Programas de intervención.

Sujetos del GC	Sujetos del programa PSICODOM
- Prescripción del tratamiento farmacológico indicado.	- Prescripción del tratamiento farmacológico indicado.
- Controles rutinarios psiquiátricos domiciliarios (enfermería, psiquiatría) y trabajador social.	- Controles rutinarios psiquiátricos domiciliarios (enfermería, psiquiatría) y trabajador social.
	- Programa de intervención psicoterapéutica domiciliaria, individual y familiar.

3.2.3. Tamaño de la muestra

Se estimó que se requieren 9 sujetos en cada grupo para detectar una diferencia igual o superior a 1 punto entre dos grupos en la escala SFS, asumiendo que existen 2 grupos y una desviación estándar de 18. Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta inferior al 0,6 en un contraste bilateral. Se contempló una tasa de pérdidas de seguimiento del 30%.

3.3. Instrumentos

Para la evaluación de los participantes, tanto de los que forman parte del grupo de intervención (PSICODOM) como del grupo control (GC), se han utilizado, por una parte, instrumentos sistematizados y, por otra parte, se han tenido en cuenta variables que se han considerado relevantes para la consecuente evaluación, así como valoraciones cualitativas:

- **Adherencia al tratamiento psicoterapéutico.** Cumplimiento del número de sesiones y objetivos conseguidos respecto las previsiones.
- **BDI-II, Beck Depression Inventory - II** (Beck, Steer, & Brown, 1996), adaptada a la población española: *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)* (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, & Vázquez, 2005). Autoinforme que permite clasificar a los

evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

- **EEAG, *Escala de Evaluación de la Actividad Global*** (APA, 1994). Instrumento heteroaplicado que permite valorar la gravedad del paciente y su evolución dentro del programa (tanto en el hospital/ingreso como en el domicilio). Constituye el Eje V del diagnóstico multiaxial que propone la APA. Consta de un único ítem puntuado entre 1 (expectativa manifiesta de su muerte) y 100 (actividad satisfactoria en una gama amplia de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas).

- **PANSS, *Positive and Negative Syndrome Scale*** (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987), adaptada a la población española (Peralta & Cuesta, 1994). Escala aplicada mediante una entrevista semiestructurada que consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: dimensional, que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; y categorial que lo que hace es clasificar el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto. Los 30 ítems conforman las siguientes 4 escalas: Escala positiva (PANSS-P): 7 ítems; evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal; escala negativa (PANSS-N): 7 ítems que evalúan los déficit respecto a un estado mental normal; escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo); psicopatología general (PANSS-PG): 16 ítems que evalúan la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc.).

- **PBI, *Parental Bonding Instrument*** (Parker, Tupling, & Brown, 1979), adaptada a la población española, *Instrumento de Lazos Parentales* (Ballús, 1991). Instrumento formado por dos escalas (*afecto/care* y *control/overprotection*) que miden los estilos parentales percibidos. La medida obtenida es retrospectiva, lo que quiere decir que los adultos completan el instrumento de acuerdo a la percepción que tienen de sus padres hasta los 16 años. El instrumento se completa por separado por ambos, padre y madre. Consta de 25 ítems, incluyen 13 para *afecto/care* y 12 para *control/overprotection*.

- **QOLI, *Quality of Life Interview*** (Lehman, 1988). Adaptada al español, *Entrevista de calidad de vida de Lehman* (Bobes, González, Bousoño, 1995). Entrevista estructurada

que mide la calidad de vida subjetiva de los enfermos mentales crónicos. En el presente proyecto se administrará sólo la primera parte que evalúa la satisfacción general con la vida que percibe el paciente.

- **SCID-I/P, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Patient Edition*** (First, Spitzer, Gibbon & Janet, 2002). La SCID-I/P es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV.

- **SFS, *Social Functioning Scale*** (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton, Copestake, 1990), adaptada a la población española, Escala de funcionamiento social (Vázquez & Jiménez, 2000). La escala evalúa los aspectos del funcionamiento social que se juzgan fundamentales a la hora de mantener al paciente en la comunidad. Su objetivo es la obtener una evaluación detallada de los puntos fuertes y débiles del paciente que orienten las intervenciones específicas y ayuden a establecer unos objetivos concretos de tratamiento.

- **FCS, *Family Communication Scale*** (Barnes & Olson, 1982), adaptada a la población española, Escala de Comunicación Familiar (Sanz, Iraugui & Martínez-Pampliega). Escala que evalúa la comunicación que se produce en la familia. Recoge aspectos como: nivel de apertura o libertad para intercambiar ideas, información y preocupaciones compartidas, confianza y honestidad experimentada y tono emocional de las interacciones.

- **SUMD, *Scale of Unawareness of Mental Disorder*** (Amador & Strauss, 1990), adaptada al español, *Escala de valoración de la no conciencia de enfermedad mental* (Ruiz, Pousa, Duñó, Crosas, Cuppa, & García-Ribera, 2008). Escala estandarizada que se puntúa en base a una entrevista semiestructurada directa con el paciente. La escala se compone de tres ítems generales para evaluar la conciencia de tener un trastorno mental: la conciencia de los efectos de la medicación y la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental, y de 17 ítems destinados a síntomas específicos.

- **Test de *Morisky-Green*** (Morisky, Green, & Levine, 1986). Test que consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento farmacológico. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad.

Otras variables:

- Datos sociodemográficos.
- Registro de tratamiento farmacológico en dosis equivalentes a Clorpromazina/día.
- Registro de enfermedades médicas.
- Registro de consumo de tóxicos.

- **Cuestionario de preguntas abiertas:** Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de preguntas abiertas dirigido al observador como herramienta de recogida de datos cualitativa con la finalidad de triangular la información proveniente de los instrumentos auto-aplicados en cuanto a las relaciones familiares. El cuestionario sugiere temas exploratorios al observador con la pretensión de estimular la expresión libre de impresiones y valoraciones sobre la situación observada. Esta técnica nos permite profundizar en el significado que otorga a la experiencia subjetiva de la enfermedad y sus repercusiones.

A continuación, se presenta una tabla con la relación de las variables que se estudiarán y la forma de evaluarlas (ver tabla 2).

Tabla 2.

Relación de variables estudiadas (objetivos) y forma de evaluarlas (test psicométrico, valoración cualitativa y/o cuantitativa).

Variables (objetivos)	BASAL	6 MESES	12 MESES
PACIENTE			
Impacto de la intervención PSICODOM y del grupo control y evolución de los pacientes.	SCID-I/P EEAG	EEAG	EEAG
Adherencia al tratamiento farmacológico.	TEST MORISKY-GREEN	TEST MORISKY-GREEN	TEST MORISKY-GREEN
Conciencia de enfermedad.	SUMD	SUMD	SUMD
Recaídas. (Ver tabla 5)		Ingreso Psiquiátrico Visitas a urgencias	Ingreso Psiquiátrico Visitas a urgencias
Sintomatología.	PANSS	PANSS	PANSS
Adherencia al tratamiento psicoterapéutico.		Cumplimiento de sesiones y de objetivos	Cumplimiento de sesiones y de objetivos.
Emoción expresada.	FCS PBI	FCS Cuestionario de preguntas abiertas familiar	FCS Cuestionario de preguntas abiertas familiar
Estado de ánimo.	BDI-II	BDI-II	BDI-II

Calidad de vida.	QOLI	QOLI	QOLI
Variables (objetivos)	BASAL	6 MESES	12 MESES
FAMILIA			
Funcionamiento psicosocial	SFS	SFS	SFS
Adherencia al tratamiento psicoterapéutico.		Cumplimiento de sesiones y de objetivos.	Cumplimiento de sesiones y de objetivos.
Emoción expresada.	FCS	FCS	FCS
Estado de ánimo.	BDI-II	BDI-II	BDI-II
Calidad de vida	QOLI	QOLI	QOLI

3.4. Procedimiento

El presente estudio cuenta con un equipo investigador adjunto proveniente del propio servicio de Salud Mental y Adicciones del Hospital de Mataró que colaboró a lo largo del estudio junto con el grupo de investigación de la Facultad de Psicología y CEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, conocido bajo el nombre de “Comunicación y Salud”.

Se hizo una reunión informativa con los profesionales del CSMA, del HDA y de la Unidad de Salud Mental y Adicciones del Hospital de Mataró para informarles de la investigación y del reclutamiento de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Una vez fueron derivados, evaluadores entrenados externos, llevaron a cabo el proceso de evaluación de los sujetos.

Los pacientes seleccionados y sus familias, fueron informados para firmar el documento del consentimiento informado y asignados al programa de intervención domiciliaria. Los pacientes que no pudieron incluirse de manera inmediata al programa domiciliario, permanecieron a la espera para ser incluidos en dicha intervención.

En este punto, iniciaron el programa individual y familiar con encuentros con un psicólogo entrenado, y con otro miembro del equipo TMS (psiquiatra, enfermera del Programa de Seguimiento Individualizado, Trabajador Social). Después de cumplimentar el programa durante seis meses, se les hizo un seguimiento quincenal durante los tres meses y mensual durante otros tres meses posteriores a la finalización del programa. Además, en este periodo de seguimiento, se pretendió incluir a los pacientes en programas comunitarios para promover la inserción social (Centro de Día, Hospital de Día, programas de rehabilitación cognitiva...).

El análisis del cuestionario de preguntas abiertas se realizó siguiendo las aportaciones de la *Grounded Theory Methodology* (Glaser & Strauss, 1967). De este modo, se procedió a la transcripción literal de los textos, la división de los mismos en unidades autónomas de sentido (UAS), la agrupación de las unidades en función de sus características comunes y la posterior asignación de la categoría explicativa a cada uno de los grupos de UAS, teniendo en cuenta que dichas categorías pueden aparecer, o no, en todas las técnicas de recogida de datos aplicadas. Es a partir de este momento cuando se estuvo en disposición de establecer relaciones entre las categorías resultantes para

configurar un mapa representativo de la impresión subjetiva de las relaciones familiares. Dicho proceso, fue llevado a cabo por 3 profesionales (triangulación interjueces) con el objetivo de facilitar una visión integradora del fenómeno, a partir del consenso interpretativo de las UAS, como mecanismo de control de calidad de la interpretación.

Posteriormente, se evaluaron los resultados post-tratamiento y post-seguimiento y se procedió al análisis estadístico de los datos recopilados con el análisis estadístico comentado previamente.

El procedimiento que se siguió se ve reflejado en la tabla que se presenta a continuación (ver tabla 3).

Tabla 3.

Proceso y fases de intervención y de evaluación.

PROCESO Y FASES DE INTERVENCIÓN Y DE EVALUACIÓN
EVALUACIÓN INICIAL
TRATAMIENTO (6 MESES)
Fase 1. Presentación y psicoeducación. Creando vínculos con el paciente y la familia.
Fase 2. Tratamiento (módulos de intervención).
Fase 3. Prevención de recaídas.
EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (a los 6 MESES)
SEGUIMIENTO (6 MESES)
Fase 4. Seguimiento – Mantenimiento y generalización de los aprendizajes.
EVALUACIÓN FINAL

3.5. Variables del estudio.

3.5.1. Intervención de estudio.

La variable independiente fue la intervención domiciliaria donde fueron asignados los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, para llevar a cabo la intervención.

La intervención domiciliaria en ambos grupos tuvo una duración de 6 meses y la terapia se llevó a cabo con una frecuencia semanal. Los siguientes 6 meses fueron destinados a un seguimiento quincenal durante los primeros 3 meses y mensual durante los 3 últimos (sesiones individuales y familiares) llevada a cabo por psicólogos entrenados en el mismo tratamiento (siempre acompañados de otro miembro del equipo TMS, siendo dos profesionales, como mínimo, los que visitan a domicilio).

El grupo control (GC) recibió las visitas habituales del equipo TMS domiciliario, con una frecuencia de visitas equivalente al grupo PSICODOM.

Todas las sesiones de evaluación (previas y posteriores a la intervención y de seguimiento), tanto del grupo PSICODOM como del grupo control (GC) se realizaron aparte de las sesiones programadas durante la intervención, por psicólogos entrenados externos a los terapeutas que realizaban el tratamiento. Dichas sesiones de evaluación fueron idénticas tanto en el grupo PSICODOM como en el control. Todos los datos recogidos en las diversas evaluaciones realizadas en ambos grupos lo fueron de forma codificada.

Intervención en el grupo (PSICODOM)

El grupo PSICODOM recibió la atención domiciliar habitual que también recibe el grupo control, añadiendo el programa de intervención y de seguimiento que se muestran en la tabla 4. Las semanas que no se visitó al paciente y familia, se mantuvo contacto por vía telefónica, cuando dicha modalidad fue posible.

Tabla 4.

Organización de la intervención.

<u>MODALIDAD DE LAS SESIONES</u>	
Paciente (45') / Familia (45')	ó Familiar (conjunta) (45') / Paciente (45')
OBJETIVOS / MÓDULOS*	TÉCNICAS
INTERVENCIÓN (24 sesiones – 1 semanal – 6 meses)	
Fase 1. Presentación y psicoeducación – Creando vínculos con paciente y familia (3 SESIONES)**	
<u>Presentación.</u> Explicación formato sesiones.	Genograma usando fotografías para reconstruir la historia vital del paciente y la familia.
<u>Psicoeducación y cambio de hábitos.</u> Abuso de alcohol y otras sustancias: cambio de hábitos.	Material psicoeducativo. Material audiovisual. Tarjetas del TAT (construcción significados y acercamiento al paciente).

Fase 2. Tratamiento - Módulos de intervención (19 SESIONES)	
<p><u>Delirios y alucinaciones.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la identificación de procesos cognitivos que sostienen delirios y alucinaciones y trabajar creencias. - Reestructuración cognitiva. 	<p>Técnica de las experiencias alternativas.</p> <p>Desafiar verbalmente convicciones inusuales, establecer relaciones entre creencias, organizar actividades desconfirmatorias, tomar conciencia de “saltos cognitivos”.</p> <p><u>Trabajo con el síntoma:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulación explicativa de la sintomatología: modelo de 6 estadios de Freeman, Garety, & Kuipers (2003) - Distracción - Focalización - Reestructuración cognitiva <p>Escribir cartas (descripción del síntoma).</p> <p>Diálogo con el síntoma.</p>
<p><u>Adherencia y conciencia de enfermedad.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar adherencia y satisfacción al tratamiento farmacológico y psicológico. - Conciencia de enfermedad. 	<p>Seguir el modelo de intervención cognitivo-motivacional.</p> <p>Expresión escrita.</p> <p>Carta a la enfermedad.</p>
<p><u>Habilidades sociales.</u></p> <p>Esfera social y laboral.</p>	<p>Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS): Role playing.</p>

<p><u>Comunicación y funcionamiento familiar.</u></p> <p>Mejorar la comunicación, Emoción Expresada y funcionamiento familiar.</p>	<p>Escultura familiar</p> <p>Comentarios positivos, peticiones y acuerdos</p> <p>Role-playing (asertividad)</p> <p>Técnica up-down</p> <p>Pautas modelado (familia) y gestión del tiempo.</p>
<p><u>Solución de Problemas.</u></p> <p>Manejar: enfermedad, situaciones de crisis o cotidianas.</p> <p>Toma de decisiones.</p>	<p>Solución de problemas (SP)</p> <p>Silla vacía.</p> <p>Línea del tiempo.</p>
<p><u>Estrategias de afrontamiento.</u></p> <p>Conocer EA actuales y modificar las erróneas.</p> <p>(Delirios, alucinaciones, HHSS, formas de comunicación, creencias...)</p>	<p>Trabajo y manejo de las estrategias de afrontamiento (EA).</p>
<p><u>Trabajo emocional, duelo y prevención del suicidio.</u></p>	<p>Trabajo de valores.</p> <p>Motivación para vivir.</p>
<p><u>Autoestima e identidad.</u></p> <p>Trabajar afectividad y autoestima asociadas a presencia de síntomas.</p>	<p>Auto/heterocaracterización.</p> <p>Trabajo con herencias.</p>
<p><u>Sexualidad.</u></p>	<p>Psicoeducación.</p> <p>Material audiovisual.</p>

Fase 3. Prevención de recaídas (2 SESIONES)	
<u>Prevención de recaídas.</u> - Identificación de signos de alarma. - Refuerzo de la autonomía del paciente.	Plan detección y acceso a servicios. Prevención del consumo sustancias. “El traspaso de cartilla” / “La alarma”.
SEGUIMIENTO (6 sesiones – 1 mensual – 6 meses)	
Fase 4. Seguimiento – Mantenimiento y generalización de los aprendizajes (6 SESIONES)	
Prevención de recaídas y técnicas que se adapten a la situación actual del sujeto en caso que presente dificultades en áreas trabajadas. Inclusión en servicios comunitarios (Hospital de Día, Centro de Día, Programas de rehabilitación cognitiva...).	
Una vez avanzada la intervención (y según se convenga para el paciente) se acompañarán las sesiones de 15 minutos de relajación (paciente y familia)	
<u>Reducción de la ansiedad.</u> Reducir la angustia provocada por las experiencias psicóticas y situaciones estresantes.	Adaptación de mindfulness.

* *El nombre de los diferentes módulos se encuentra subrayado en cada bloque de la columna de objetivos / módulos.*

** *Se establece un número aproximado respecto a la distribución de las sesiones, considerando una cierta flexibilidad al tratar a pacientes resistentes a tratamiento.*

En el *apéndice C* de la presente tesis, se encuentra la intervención realizada detallando el formato de las sesiones, los objetivos propuestos y el abordaje de ellas.

Grupo control (GC)

El grupo control recibió el programa de seguimiento domiciliario habitual que tiene como objetivo proporcionar tratamiento a los pacientes psicóticos resistentes, facilitar la adherencia al tratamiento y realizar el soporte al paciente y a la familia en función de sus necesidades. Durante este seguimiento se controló la adherencia al tratamiento farmacológico indicado y se realizó el seguimiento rutinario a nivel de enfermería, psiquiatría y trabajo social.

3.5.2. Medidas de resultado

Las variables dependientes que se utilizaron en esta investigación son las siguientes:

1. Resistencia a tratamiento farmacológico.
2. Conciencia de enfermedad.
3. Recaídas (Ver Tabla 5).
4. Funcionamiento social.
5. Sintomatología positiva y negativa.
6. Resistencia a tratamiento psicológico (paciente y familia).
7. Comunicación y apoyo familiar – Emoción Expresada.
8. Vínculo Terapéutico.
9. Calidad de vida.

Tabla 5.
Recaídas.

Ingreso Psiquiátrico	- Ingreso/s durante intervención o seguimiento
Visitas en urgencias	- Ingreso/s durante intervención o seguimiento
Ingreso en Hospital de Día	- Ingreso/s durante intervención o seguimiento
Agudización de síntomas	- Visitas no programadas
Cambios de medicación	- Aumento o disminución de la dosis durante intervención o seguimiento

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale.

3.6. Análisis.

a. Análisis estadístico.

Se realizó un análisis de la varianza mediante el modelo lineal general de medidas repetidas para observar el efecto intra-sujeto y entre los grupos en el post-tratamiento y en el seguimiento utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (v.25).

Los datos se introdujeron en la base de datos codificados y disociados de cualquier variable que pueda identificar a la persona que participa en el estudio.

b. Análisis cualitativo.

El análisis de las tres pruebas se realizó siguiendo las aportaciones de la *Grounded Theory Methodology*. De este modo, se procedió a la transcripción literal de los textos, la división de los mismos en unidades autónomas de sentido (UAS), la agrupación de las unidades en función de sus características comunes y la posterior asignación de la categoría explicativa a cada uno de los grupos de UAS, teniendo en cuenta que dichas categorías pueden aparecer, o no, en todas las técnicas de recogida de datos aplicadas. Es a partir de este momento cuando se estuvo en disposición de establecer relaciones entre las categorías resultantes para configurar un mapa representativo de la impresión subjetiva de las relaciones familiares. Dicho proceso, fue llevado a cabo por 3 profesionales (triangulación interjueces) con el objetivo de facilitar una visión integradora del fenómeno, a partir del consenso interpretativo de las UAS, como mecanismo de control de calidad de la interpretación.

3.7. Aspectos éticos.

Al tratarse de personas que sufren un trastorno del espectro psicótico y que presentan graves afectaciones en el funcionamiento diario y en su capacidad para vivir de forma autónoma, los **beneficios esperados** del proyecto que presentamos y que por lo tanto favorecen a la sociedad podrían ser los siguientes:

- Son personas que tienen un alto riesgo de aislamiento y exclusión social. Por lo tanto, se pretende favorecer su inserción en la comunidad, así como el incremento de su autonomía.
- Las recaídas que sufren las personas resistentes a tratamiento suponen un gasto sanitario muy elevado, por lo que la frecuencia de visitas a urgencias y

ambulatorias se reducirán.

- Hasta el momento, en España, no se realizan intervenciones multidisciplinares a domicilio, tanto a nivel individual como familiar, lo que implica un beneficio psicológico y social novedoso.

En cuanto a posibles **efectos no deseados o secundarios**, éstos podrían ser: La agitación del propio paciente en su domicilio como consecuencia de su patología. Dicho efecto será paliado ya que la intervención domiciliaria siempre será realizada por dos profesionales del equipo TMS que se darán soporte para así poder actuar de forma efectiva.

Además, se cuenta con la autorización y el informe positivo de la Comisión de Ética e Investigación de la FPCEE Blanquerna y del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme (código CEIC 30/16).

Consideramos que la presente investigación cumplirá los siguientes **principios éticos** de no maleficencia, de beneficencia, de autonomía, de equidad – de justicia y de confidencialidad.

Todos los participantes tendrán asignado un código con las respuestas dadas para garantizar la confidencialidad del participante, siendo éstas recogidas y tratadas de manera codificada. Los datos que se obtengan de su participación no se utilizarán con ningún otro fin distinto del explicitado en esta investigación que pasarán a formar parte de un fichero de datos del que será máximo responsable el investigador principal. Dichos datos quedarán protegidos mediante un fichero automatizado, cuya información será sólo manejada para fines científicos, a efectos de este proyecto.

El fichero de datos del estudio estará bajo la responsabilidad del investigador principal ante el cual podrá ejercer en todo momento los derechos que establece el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, así como la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002.

4. RESULTADOS

4.1. Introducción

4.2. Participantes

4.3. Evaluación basal

4.3.1. Características sociodemográficas de la muestra

4.3.2. Características diagnósticas de la muestra

4.3.3. Características del patrón de consumo de sustancias de la muestra

4.3.4. Características sociodemográficas de los familiares

4.3.5. Escala PBI, Instrumento de lazos parentales

4.4. Puntuaciones en la evaluación clínica basal entre grupos

4.5. Resultados intra-grupos de la evolución de las puntuaciones de las medidas de resultado

4.6. Resultados entre-grupos de las puntuaciones de las medidas de resultado

4.7. Recaídas y cambios de medicación

4.7.1. Ingresos hospitalarios, visitas a urgencias e ingresos en hospital de día

4.7.2. Tipo de recaídas

4.7.3. Cambios de medicación

4.8. Resultados del análisis cualitativo

4.8.1. Proceso de análisis del contenido

4. RESULTADOS

4.1. Introducción.

En el presente apartado se exponen los diferentes resultados del trabajo de campo. En primer lugar, se presentan los resultados generales de ambos grupos de la evaluación basal y a continuación se muestran los resultados intra-grupo y entre-grupos de cada una de las medidas de resultado.

4.2. Participantes.

Se detectan un total de 35 casos diagnosticados de trastorno esquizofrénico o trastorno esquizoafectivo que cumplen criterios de inclusión en el presente estudio. Durante el proceso de reclutamiento 7 sujetos no aceptan participar en el estudio. A lo largo de la intervención hubo una pérdida muestral (3,57%) antes de transcurrir 6 meses que pertenecía al Grupo Control.

La muestra final quedó conformada por 28 personas que aceptaron participar en el estudio y 27 completaron el programa establecido. La figura 1 muestra la asignación de pacientes y las pérdidas muestrales durante el reclutamiento y el estudio.

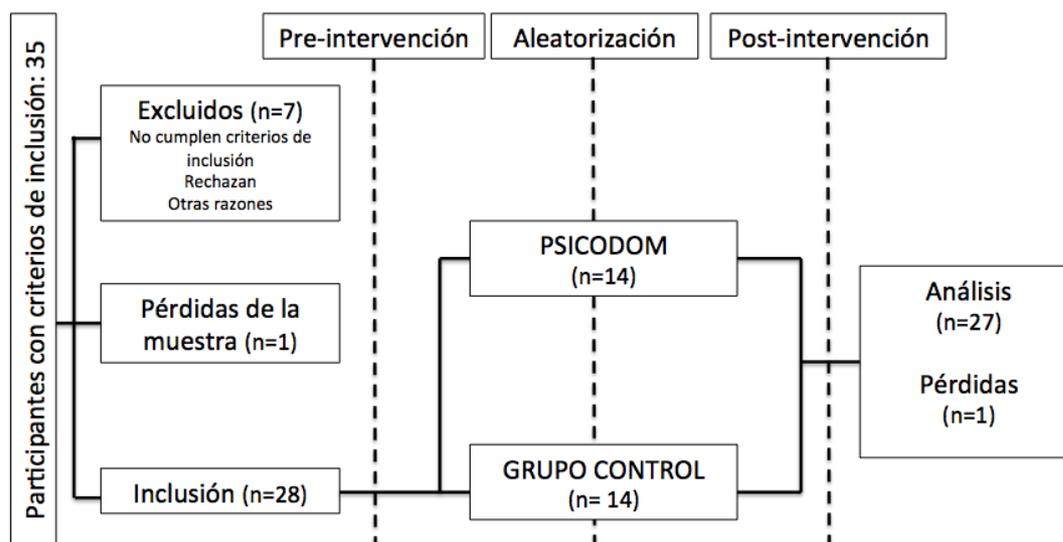


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de asignación de pacientes y las pérdidas muestrales durante el reclutamiento y estudio.

4.3. Evaluación basal.

4.3.1. Características sociodemográficas de la muestra.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra para valorar la distribución de las características sociodemográficas de los grupos y la homogeneidad de éstas (ver tabla 6). Como se observa, la muestra es homogénea, tanto en distribución de grupos (PSICODOM y CONTROL) como en sexo. No es el caso de la edad ya que la media se sitúa en los 38 años para el grupo de PSICODOM y 53 años para el grupo CONTROL, obteniendo puntuaciones estadísticamente significativas ($p=0,000$) que demuestran heterogeneidad de la muestra respecto a esta variable. En cuanto al país de procedencia, la mayoría de los pacientes de ambos grupos son españoles, aunque 4 pacientes (PSICODOM) y 2 pacientes (CONTROL) son de otros países. Aun así, cabe decir que el idioma no ha interferido y no ha sido un problema para llevar a cabo las intervenciones y/o evaluaciones específicas.

La mayoría de los pacientes no tienen hijos en ninguno de los grupos y, en caso de que los tengan, tienen entre 1 y 2 siendo la media de cada grupo inferior a 1. Teniendo en cuenta el número de hermanos, la media se sitúa entre los 2 y los 3 hermanos para ambos grupos. En referencia al estado civil, tanto en un grupo como en el otro se repartían entre estar solteros o casados/pareja. Relacionado con estos datos anteriores, se observa que la convivencia actual en el momento basal de la evaluación, los pacientes mayormente conviven con los padres, hermanos o familia propia; siendo muy pocos los que viven solos (PSICODOM, $n=2$; CONTROL, $n=3$).

Referente al nivel de estudios, por una parte, la minoría no tiene estudios primarios y, por otra parte, la mayoría de la muestra, tiene estudios primarios y hasta secundarios; siendo muy pocos los que llegan a formación profesional ($n=3$, PSICODOM) y solo uno a licenciatura (PSICODOM). En relación con estos datos, respecto a la situación laboral, tienen incapacidad laboral (PSICODOM, $n=10$; CONTROL, $n=13$), por lo que no están activos laboralmente. Consecuencia de la incapacidad laboral que la mayoría tiene, se pueden beneficiar de paga contributiva. Aun así, hay algunos pacientes que no reciben ninguna ayuda económica (PSICODOM, $n=3$; CONTROL, $n=2$). Los niveles socioeconómicos de los pacientes de ambos grupos, se sitúan en niveles bajos o medios.

Tabla 6.

Características sociodemográficas de los grupos de pacientes.

Características sociodemográficas pacientes	Grupo PSICODOM (n=14)	Grupo CONTROL (n=14)	χ^2	U de Mann	<i>gl</i>	<i>p</i>
Sexo	n(%)	n(%)				
Hombre	7(25)	6(21,4)				
Mujer	7(25)	8(28,6)	0,144		1	0,705
Edad						
Media	38,21	53,29				
Desviación típica	9,209	8,444				
Intervalo de confianza para la media al 95%	33,43_43,07	48,72_57,36				
Varianza	84,797	71,297				
Mínimo	24	37				
Máximo	59	65		23		0,000
País de procedencia	n(%)	n(%)				
España	10(35,7)	12(42,9)				
Otros	4(14,3)	2(7,1)	0,848		1	0,357
Hermanos						
Media	2,55	2,60				
Desviación típica	2,067	2,503				
Intervalo de confianza para la media al 95%	1,55_3,73	1,30_4,10				
Varianza	4,273	6,267				
Mínimo	0	0				
Máximo	8	7		111		0,571
Estado civil	n(%)	n(%)				
Casado	4(14,3)	3(10,7)				
Soltero	7(25)	7(25)				
Divorciado	1(3,6)	1(3,6)				
Pareja	2(7,1)	3(10,7)	0,343		3	0,952
Convivencia actual	n(%)	n(%)				
Padres	5(17,9)	2(7,1)				
Familia propia	5(17,9)	5(17,9)				
Solo	2(7,1)	3(10,7)				

Piso compartido	1(3,6)	1(3,6)			
Hermanos	-	3(10,7)			
Otros	1(3,6)	-	5,486	5	0,360
Nivel de estudios	n(%)	n(%)			
Sin estudios primarios	1(3,6)	2(7,1)			
Estudios primarios	4(14,3)	8(28,6)			
Estudios secundarios	5(17,9)	4(14,3)			
Formación profesional	3(19,7)	-			
Licenciatura	1(3,6)	-	7,810	4	0,099
Situación laboral	n(%)	n(%)			
Parado	2(7,1)	1(3,6)			
Trabajo parcial	1(3,6)	-			
Incapacidad laboral	10(35,7)	13(46,4)			
Otros	1(3,6)	-	2,725	3	0,436
Independencia económica	n(%)	n(%)			
Ninguna	3(10,7)	2(7,1)			
Paga contributiva	9(32,1)	12(42,9)			
Otros	2(7,1)	-	2,629	2	0,269
Nivel socioeconómico	n(%)	n(%)			
Bajo	5(17,9)	6(21,4)			
Medio-Bajo	4(14,3)	7(25)			
Medio	5(17,9)	1(3,6)	3,576	2	0,167

4.3.2. Características diagnósticas de la muestra.

Durante la evaluación basal se realizó una reevaluación del diagnóstico confirmatoria a partir de la entrevista semiestructurada SCID-I/P (First, Spitzer, Gibbon & Janet, 2002). La distribución diagnóstica por grupos quedó configurada tal como se presenta en la tabla 7. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión, aparecen tres tipologías diagnósticas: esquizofrenia paranoide, que comprende la mayor frecuencia, la esquizofrenia indiferenciada y trastorno esquizoafectivo. Se consideró oportuno realizar diversas pruebas estadísticas para observar las diferencias entre las frecuencias esperadas y las observadas en la distribución por grupos y confirmar su comparabilidad.

Para estudiar los años de evolución de la enfermedad, se llevó a cabo la prueba estadística U de Mann-Whitney. Se obtuvieron puntuaciones estadísticamente significativas al comparar las medias de los dos grupos ($p=0,000$) por lo que se observa heterogeneidad en esta variable.

En la tabla también se observan las conversiones de la medicación equivalentes a Clorpromazina en mg/día (Gardner, Murphy, O'Donnell, Centorrino, & Baldessarini, 2010), tanto en un momento basal como al final de las evaluaciones y/o intervenciones. Se observa que no hay diferencias significativas en las dosis que están prescritas en ambos grupos en la evaluación basal como en los doce meses.

Tabla 7.

Distribución de los diagnósticos entre grupos, los años de evolución de la enfermedad y la conversión de medicación en dosis equivalentes de Clorpromazina en mg/día en el momento basal y final.

Variables clínicas pacientes	Grupo PSICODOM (n=14)	Grupo CONTROL (n=14)	χ^2	U de Mann	<i>gl</i>	<i>p</i>
Diagnóstico	n(%)	n(%)				
Esquizofrenia Paranoide	6(21,4)	9(32,1)				
Esq. Indiferenciada	3(10,7)	1(3,6)				
TEA	5(17,9)	4(14,3)	1,711		2	0,425
Años de evolución de la enfermedad						
Media	17,79	31,71				
Desviación típica	8,239	8,213				
Intervalo de confianza para la media al 95%	13,03_22,54	26,97_36,46				
Varianza	67,874	67,451				
Mínimo	6	17				
Máximo	34	44		22,5		0,000
Medicación basal (conversión a dosis equivalente de Clorpromazina en mg/día)						
Media	25,57	48,89				
Desviación típica	30,17	50,26				
Varianza	910,580	2526,367				
Mínimo	0,21	0,73				
Máximo	104,17	156,25	28		26	0,358

Medicación final (conversión a dosis equivalente de Clorpromazina en mg/día)					
Media	34,5	71,14			
Desviación típica	35,45	115,13			
Varianza	1256,907	13254,780			
Mínimo	1,12	2,28			
Máximo	104,17	445,55	26	25	0,408

TEA: Trastorno Esquizoafectivo

4.3.3. Características del patrón de consumo de sustancias de la muestra.

En la esquizofrenia y su tratamiento, el patrón de consumo de sustancias es una variable importante para el pronóstico de la enfermedad dada la implicación que tiene en la adherencia y la efectividad del tratamiento farmacológico. En este primer estudio de evaluación a los seis meses se ha creído conveniente analizar a modo descriptivo esta variable recogida en la evaluación basal.

Respecto al patrón de consumo de sustancias se observa un patrón bastante generalizado de consumo de tabaco y en menor medida pero presente, consumo de cannabis y/o de alcohol, en ambos grupos en el momento de la evaluación basal, en el que se barajan altos porcentajes en antecedentes de consumo en años anteriores (ver tabla 8).

Por otro lado, no se observa actualmente consumo de drogas de síntesis, heroína, cocaína u otras sustancias alucinógenas, donde los mayores porcentajes se sitúan en antecedentes más que en el hábito actual. Cabe decir que la mayor proporción de la muestra refieren no haber consumido nunca dichas sustancias.

Tabla 8.

Características del patrón de consumo de sustancias en los grupos en la evaluación basal.

Patrón de consumo pacientes	Grupo PSICODOM (n=14)	Grupo CONTROL (n=14)	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>
Tabaco	n(%)	n(%)			
Nunca ha consumido	1(3,6)	2(7,1)			
Dejó hace > 5 años	2(7,1)	-			
Dejó hace > 1 año	2(7,1)	-			
½ paquete/día	1(3,6)	1(3,6)			
1 paquete/día	5(17,9)	4(14,3)			
> 1 paquete/día	3(10,7)	7(25)	6,044	5	0,302
Cannabis	n(%)	n(%)			
Nunca ha consumido	8(28,6)	11(39,3)			
Dejó hace > 5 años	1(3,6)	-			
Dejó hace > 2 años	1(3,6)	-			
Dejó hace > 1 año	2(7,1)	-			
Consume					
esporádicamente	1(3,6)	2(7,1)			
Alguno al día	-	1(3,6)			
Varias veces al día	1(3,6)	-	6,807	6	0,339
Alcohol	n(%)	n(%)			
Nunca ha consumido	8(28,6)	9(32,1)			
Dejó hace > 2 años	1(3,6)	1(3,6)			
Dejó hace > 1 año	1(3,6)	1(3,6)			
Consume					
esporádicamente	4(14,3)	3(10,7)	0,202	3	0,977
Drogas Síntesis	n(%)	n(%)			
Nunca ha consumido	11(39,3)	12(42,9)			
Dejó hace > 5 años	-	1(3,6)			
Dejó hace > 2 años	2(7,1)	-			
Dejó hace > 1 año	1(3,6)	1(3,6)	3,043	3	0,385

Cocaína	n(%)	n(%)			
Nunca ha consumido	10(35,7)	12(42,9)			
Dejó hace > 5 años	1(3,6)	1(3,6)			
Dejó hace > 2 años	2(7,1)	-			
Dejó hace > 1 año	1(3,6)	1(3,6)	2,182	3	0,536
Heroína	n(%)	n(%)			
Nunca ha consumido	11(39,3)	12(42,9)			
Dejó hace > 5 años	-	1(3,6)			
Dejó hace > 2 años	3(10,7)	-			
Dejó hace > 1 año	-	1(3,6)	5,043	3	0,169
Otras sustancias alucinógenas	n(%)	n(%)			
Nunca ha consumido	12(42,9)	12(42,9)			
Dejó hace > 2 años	2(7,1)	-			
Consume esporádicamente	-	2(7,1)	4	2	0,135

4.3.4. Características sociodemográficas de los familiares.

En este apartado, se describen las variables sociodemográficas de los familiares que han participado en el estudio ya que se consideran de importancia para entender el entorno con el que convive el paciente.

Para ello, se ha decidido hacer un análisis descriptivo, y se han estudiado los niveles de significación (ver tabla 9). Como se observa, la mayoría de los familiares son mujeres (n=14). La edad media se sitúa en los 56 años para el grupo de PSICODOM y 58 años para el grupo CONTROL. En cuanto al país de procedencia, la mayoría de los familiares de ambos grupos son españoles, aunque 2 familiares (PSICODOM) y 1 familiar (CONTROL) son de otros países.

La mayoría de los familiares tenían entre 1 y 3 hijos, y algunos tenían hasta 4 o 6, obteniendo una puntuación significativa ($p=0,014$). En referencia al estado civil de los familiares, tanto en un grupo como en el otro se repartían entre estar casados/pareja; ningún estaba soltero en ninguno de los grupos, pero sí había viudos o divorciados.

Referente al nivel de estudios, tanto en un grupo como en el otro, la mitad de los familiares no tienen estudios primarios y otra mitad de la muestra, tiene estudios

primarios y hasta secundarios; siendo muy pocos familiares los que llegan a formación profesional (PSICODOM, n=1) o a licenciatura (PSICODOM, n=1). En relación con estos datos, respecto a la situación laboral, la mayoría están inactivos laboralmente. La mayoría de los familiares de ambos grupos, reciben algún tipo de ayuda distribuido entre pagas contributivas, pensiones o bajas. Los niveles socioeconómicos de los familiares de ambos grupos, se sitúan en niveles bajos o medios, obteniendo una puntuación significativa ($p=0,014$) dadas las diferencias de distribución de dichos niveles socioeconómicos.

Tabla 9.

Características sociodemográficas de los familiares.

Características sociodemográficas familiares	Grupo PSICODOM (n=12)	Grupo CONTROL (n=10)	χ^2	U de Mann	<i>gl</i>	<i>p</i>
Sexo	n(%)	n(%)				
Hombre	3(13,6)	5(22,7)				
Mujer	9(40,9)	5(22,7)	1,473		1	0,225
Edad	n	n				
Media	56,09	58,20				
Desviación típica	16,220	14,070				
Intervalo de confianza para la media al 95%	46,46_64,64	50,40_66,20				
Varianza	14,070	16,220				
Mínimo	30	40				
Máximo	80	80		51,5		0,809
Hijos						
Media	2,36	1				
Desviación típica	1,362	1,886				
Intervalo de confianza para la media al 95%	1,64_3,09	0,10_2,30				
Varianza	1,855	3,556				
Mínimo	0	0				
Máximo	4	6		96,5		0,014
País de procedencia	n(%)	n(%)				
España	9(40,9)	9(40,9)				
Otros	3(13,6)	1(4,5)	0,825		1	0,364

Estado civil	n(%)	n(%)			
Casado	8(36,4)	4(18,2)			
Soltero	-	-			
Divorciado	2(9,1)	2(9,1)			
Viudo	1(4,5)	1(4,5)			
Pareja	1(4,5)	1(4,5)	3,850	4	0,427
Nivel de estudios	n(%)	n(%)			
Sin estudios primarios	6(27,3)	5(22,7)			
Estudios primarios	2(9,1)	4(18,2)			
Estudios secundarios	2(9,1)	1(4,5)			
Formación profesional	1(4,5)	0			
Licenciatura	1(4,5)	0	2,933	4	0,569
Situación laboral	n(%)	n(%)			
Parado	-	2(9,1)			
Contrato indefinido	1(4,5)	0			
Incapacidad laboral	2(9,1)	4(18,2)			
Ama de casa	6(27,3)	2(9,1)			
Pensión	1(4,5)	-			
Otros	2(9,1)	2(9,1)	6,539	5	0,257
Independencia económica	n(%)	n(%)			
Ninguna	2(9,1)	1(4,5)			
Baja	1(4,5)	-			
Paga contributiva	2(9,1)	3(13,6)			
Trabajo	1(4,5)	-			
Pensión	5(22,7)	3(13,6)			
Otros	1(4,5)	3(13,6)	3,884	5	0,566
Nivel socioeconómico	n(%)	n(%)			
Bajo	3(13,6)	2(9,1)			
Medio-Bajo	-	5(22,7)			
Medio	9(40,9)	2(9,1)			
Medio-Alto	-	1(4,5)	10,560	3	0,014

Las variables clínicas que se tuvieron en cuenta para la evaluación basal de los familiares, fue considerar los antecedentes familiares que podían estar presentes y, como consecuente, los diagnósticos derivados (ver tabla 10). Del Grupo PSICODOM, 7 pacientes tenían antecedentes familiares, y del Grupo CONTROL, 10. Las tipologías diagnósticas que

se observaron fueron 4: Depresión, Depresión Mayor, Esquizofrenia y Retraso Mental; siendo el diagnóstico de Esquizofrenia el que estaba presente en mayor medida.

Tabla 10.

Distribución de los antecedentes familiares y diagnósticos entre grupos.

Variables clínicas familiares	Grupo PSICODOM	Grupo CONTROL	<i>x²</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	(n=14)	(n=14)			
Antecedentes familiares	n(%)	n(%)			
No	7(25)	4(14,3)			
Sí, familiar de primer grado	6(21,4)	10(35,7)			
Sí, familiar de segundo grado	1(3,6)	-	2,818	2	0,224
Diagnóstico del antecedente	n(%)	n(%)			
Depresión	1(6,2)	-			
Depresión Mayor	1(6,2)	1(6,2)			
Esquizofrenia	4(25)	8(50)			
Retraso Mental	-	1(6,2)	2,489	3	0,477

4.3.5. Escala PBI, Instrumento de lazos parentales.

Para estudiar los resultados obtenidos en relación a los lazos parentales de los pacientes que recuerdan tener hasta los 16 años, se ha decidido hacer un análisis descriptivo, así como chi cuadrado y se han estudiado los niveles de significación (ver tabla 11).

Los resultados obtenidos muestran que las puntuaciones más elevadas en los lazos parentales por parte de la madre, teniendo en cuenta ambos grupos conjuntamente (CONTROL y PSICODOM), hacen referencia al “control sin afecto” (n=10), es decir, a un bajo afecto y un alto control en la relación que recuerdan hasta los 16 años. En menor medida, pero también con bastantes pacientes que obtienen puntuaciones elevadas, destaca un “vínculo débil” (n=7), con bajo afecto y bajo control.

En relación a los lazos parentales por parte del padre, las mayores puntuaciones, teniendo en cuenta ambos grupos conjuntamente (CONTROL y PSICODOM), se obtienen en el “control sin afecto” (n=7), es decir, bajo afecto y alto control, en “vínculo débil” (n=6), bajo afecto y bajo control y, en cuanto a puntuaciones positivas, “vínculo óptimo” (n=6), es decir, alto afecto y bajo control.

En ambos tipos de relación, con padre y madre, no se dan diferencias entre el grupo PSICODOM y el CONTROL.

Tabla 11.

Resultados de la escala PBI en la evaluación basal.

Instrumento de Lazos Parentales	Grupo PSICODOM	Grupo CONTROL	χ^2	gl	p
	(n=11)	(n=13)			
Madre	n(%)	n(%)			
Constricción cariñosa: alto afecto y alto control	-	2 (8,3)			
Vínculo óptimo: alto afecto y bajo control	3 (12,5)	1 (4,2)			
Control sin afecto: bajo afecto y alto control	4 (16,7)	6 (25)			
Vínculo débil: bajo afecto y bajo control	4 (16,7)	3 (12,5)			
No se crió con ella	-	1 (4,2)	4,407	4	0,354
Padre	n(%)	n(%)			
Constricción cariñosa: alto afecto y alto control	1 (4,2)	-			
Vínculo óptimo: alto afecto y bajo control	3 (12,5)	3 (12,5)			
Control sin afecto: bajo afecto y alto control	4 (16,7)	3 (12,5)			
Vínculo débil: bajo afecto y bajo control	2 (8,3)	4 (16,7)			
No se crió con él	1 (4,2)	3 (12,5)	2,661	4	0,616

4.4. Puntuaciones en la evaluación clínica basal entre grupos.

En la evaluación basal se examinó el estado clínico de los pacientes mediante ocho instrumentos de medida: la escala para la evaluación del síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS), la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (administrado a pacientes y familiares), la Entrevista de calidad de vida de Lehman (QOLI) (administrado a pacientes y familiares), la Escala de funcionamiento social (SFS), la Escala de valoración de la no conciencia de enfermedad mental (SUMD), el Test de Morisky-Green (cumplimiento farmacológico y la Escala de comunicación familiar (FCS) (administrado a pacientes y familiares).

Conjuntamente con los resultados de cada escala, se realiza un análisis comparativo entre grupos para determinar la presencia de diferencias significativas entre los estadísticos obtenidos de cada escala (ver tabla 12).

Respecto a las medias aritméticas obtenidas de cada escala, podemos observar puntuaciones bastante homogéneas en ambos grupos en el momento de la evaluación basal.

Posteriormente se contrastan los rangos promedios mediante la prueba U de Mann-Whitney y no se observan diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las medidas utilizadas en los niveles de significación. De este modo asumimos la homogeneidad de las puntuaciones en el estado clínico de los pacientes en la evaluación basal.

Tabla 12.

Comparación de la sintomatología clínica de los grupos en la evaluación basal.

Escalas de evaluación psicopatológica de los pacientes	Grupo PSICODOM (n=14)	Grupo CONTROL (n=14)	U de Mann- Whitney	p
Puntuaciones en la PANSS				
PANSS-P				
Rango promedio	16,32	12,68		
Media	14,71	13,93		
Desviación típica	4,779	6,855	123,5	0,246
PANSS-N				
Rango promedio	15,07	13,93		
Media	20,14	18,86		
Desviación típica	6,138	5,749	106	0,734
PANSS-PG				
Rango promedio	16,18	12,82		
Media	34,50	31,43		
Desviación típica	7,025	8,262	226,5	0,285
Puntuaciones en EEAG				
Rango promedio	15,75	13,25		
Media	4,64	4,29		
Desviación típica	0,929	1,383	114,5	0,454
Puntuaciones en BDI-II				
Rango promedio	13,43	15,57		
Media	12,64	17,43		
Desviación típica	7,260	13,810	83	0,511
Puntuaciones en QOLI				
Rango promedio	13,50	15,50		
Media	4,71	4,86		
Desviación típica	0,994	1,460	84	0,541
Puntuaciones en SFS				
Rango promedio	14,75	14,25		
Media	1,93	1,86		
Desviación típica	0,997	0,949	101,5	0,874

Puntuaciones en SUMD				
3 ítems				
Rango promedio	14,29	14,71		
Media	9,71	10	95	0,91
Desviación típica	4,196	3,981		
Conciencia				
Rango promedio	15,50	13,50		
Media	13,71	12,21		
Desviación típica	6,557	8,396	112	0,541
Atribución				
Rango promedio	14,46	14,54		
Media	15,21	15,21		
Desviación típica	6,471	8,877	97,5	0,982
Puntuación total				
Rango promedio	14,54	14,46		
Media	38	37,37		
Desviación típica	14,754	18,834	98,5	1

PANSS-P: Positive and Negative Syndrome Scale-Positive; PANSS-N: Positive and Negative Syndrome Scale-Negative; PANSS-PG: Positive and Negative Syndrome Scale-General Psychopathology; EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global; BDI-II: Beck Depression Inventory - II; QOLI: Quality of Life Interview; SFS: Social Functioning Scale; SUMD: Scale of Unawareness of Mental Disorder

Se decide plantear en una tabla diferenciada (ver tabla 13), las puntuaciones de la escala Morisky-Green (1986) ya que evalúan la forma en que el paciente se toma la medicación. Las medidas aritméticas obtenidas por ambos grupos, son homogéneas y no se observan diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las medidas utilizadas en los niveles de significación en los contrastes de los rangos promedios mediante la prueba U de Mann-Whitney De este modo asumimos la homogeneidad de las puntuaciones en la toma de medicación de los pacientes en la evaluación basal.

Tabla 13.

Comparación de la toma de medicación de los grupos en la evaluación basal.

Escalas de evaluación toma de medicación	Grupo PSICODOM (n=14)	Grupo CONTROL (n=14)	U de Mann-Whitney	p
Puntuaciones del Test Morisky-Green				
Olvida la medicación				
Rango promedio	14,50	14,50		
Media	1,71	1,71		
Desviación típica	0,469	0,469	98	1
Toma horas indicadas				
Rango promedio	14	15		
Media	1,23	1,29		
Desviación típica	0,439	0,469	91	0,769
Deja si se encuentra bien				
Rango promedio	14,50	14,50		
Media	1,79	1,79		
Desviación típica	0,426	0,426	98	1
Deja si se encuentra mal				
Rango promedio	15	14		
Media	1,79	1,71		
Desviación típica	0,426	0,469	105	0,769

En la siguiente tabla (ver tabla 14), se plasman las puntuaciones de la Escala de Comunicación Familiar. Se observan las puntuaciones obtenidas por los pacientes y por sus familiares.

Las medidas aritméticas obtenidas por ambos grupos, y tanto para los pacientes como los familiares, son homogéneas. En cuanto a los familiares, el rango promedio aparece más elevado en el Grupo CONTROL que en el Grupo PSICODOM.

No se observan diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las medidas utilizadas en los niveles de significación en los contrastes de los rangos promedios mediante la prueba U de Mann-Whitney. De este modo asumimos la homogeneidad de las puntuaciones en la toma de medicación de los pacientes en la evaluación basal.

Tabla 14.

Comparación de la escala de comunicación familiar FCS de los grupos en la evaluación basal, de pacientes y de sus familiares.

Escalas de evaluación de comunicación familiar	Grupo PSICODOM (n=14)	Grupo CONTROL (n=14)	U de Mann-Whitney	p
Puntuaciones en la Escala FCS				
Pacientes				
Rango promedio	14,89	13,04		
Media	2,92	3		
Desviación típica	1,240	1,080	103,5	0,55
Familiares				
Rango promedio	12,86	15,23		
Media	1,50	2,58		
Desviación típica	0,509	1,071	75	0,458

FCS: Family communication scale

La última tabla realizada en este apartado, muestra las escalas de evaluación psicopatológica de los familiares. Las escalas administradas son: el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y una parte de la Entrevista de calidad de vida de Lehman (QOLI) (ver tabla 15).

Tabla 15.

Comparación de la sintomatología clínica en la evaluación basal de los familiares.

Escalas de evaluación psicopatológica de los familiares	Grupo PSICODOM (n=12)	Grupo CONTROL (n=10)	U de Mann-Whitney	p
Puntuaciones en BDI-II				
Rango promedio	13,79	15,21		
Media	13,20	14,89	88	0,667
Desviación típica	11,830	12,046		
Puntuaciones en QOLI				
Rango promedio	13,32	15,68		
Media	4,20	4,67	81,5	0,454
Desviación típica	1,476	1,414		

BDI-II: Beck Depression Inventory - II; QOLI: Quality of Life Interview

Las medidas aritméticas obtenidas por ambos grupos son homogéneas. Cabe destacar que el rango promedio de puntuaciones obtenidas por los familiares, son un poco más elevadas en el Grupo CONTROL que en el Grupo PSICODOM.

No se observan diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las medidas utilizadas en los niveles de significación en los contrastes de los rangos promedios mediante la prueba U de Mann-whitney De este modo asumimos la homogeneidad de las puntuaciones en la toma de medicación de los pacientes en la evaluación basal.

4.5. Resultados intra-grupos de la evolución de las puntuaciones de las medidas de resultado.

Con la finalidad de determinar la evolución de la mejoría clínica de cada grupo en el tiempo, se realizó una evaluación clínica a los seis y a los doce meses del inicio de la intervención tanto en el grupo PSICODOM como en el grupo control en medidas de: la escala para la evaluación del síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS), la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (administrado a pacientes y familiares), la Entrevista de calidad de vida de Lehman (QOLI) (administrado a pacientes y familiares), la Escala de funcionamiento social (SFS), la Escala de valoración de la no conciencia de enfermedad mental (SUMD), el Test de Morisky-Green (cumplimiento farmacológico y la Escala de comunicación familiar (FCS) (administrado a pacientes y familiares).

Para contrastar los rangos se ha utilizado la prueba de Wilcoxon.

a) Escala PANSS (ver tabla 16).

I. Resultados intra-grupos de la escala PANSS en el grupo PSICODOM.

A los seis meses de la intervención se observa un aumento ligero de la puntuación general de la escala PANSS ($p=0,001$). Aun así, a los doce meses, el grupo PSICODOM reduce más de 10 puntos la sintomatología general (escala PG) pero no obtiene puntuaciones significativas. La tendencia general de las diferentes escalas de la PANSS, es la reducción de todas ellas.

II. Resultados intra-grupos de la escala **PANSS** en el grupo CONTROL.

A diferencia del grupo PSICODOM, las puntuaciones del grupo CONTROL, tienden a mantenerse estables sin cambios ni reducciones a lo largo de los meses. No se obtienen puntuaciones significativas en ninguna de las escalas.

Tabla 16.

Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala PANSS desde la evaluación basal.

ESCALA PANSS	Evaluación basal		Evaluación a los 6 meses		Evaluación a los 12 meses	
	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=14)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)
PANSS-P						
Media	14,71	13,93	15,43	12,92	12,86	13,69
Desviación típica	4,779	6,855	7,988	8,958	6,212	8,440
Varianza	22,835	46,995	63,802	80,244	38,593	71,231
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			6,92	8	9	6,00
Rango promedio negativo			6,08	4	6	4,50
Z			-0,196	-1,404	-1,649	-0,535
Nivel de significación (bilateral)			0,844	0,160	0,099	0,593
PANSS-N						
Media	20,14	18,86	19,36	20,46	17,14	18,69
Desviación típica	6,138	5,749	5,638	7,207	5,419	7,543
Varianza	31,670	33,055	31,786	51,936	29,363	56,897
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			6,90	4	4	7,13
Rango promedio negativo			6,21	4,67	7,14	4,42
Z			-0,353	-1,402	-1,514	-0,102

Nivel de significación (bilateral)			0,724	0,161	0,130	0,918
PANSS-PG						
Media	34,50	31,43	35,71	35,08	21,14	32,08
Desviación típica	7,025	8,262	8,624	10,492	7,814	11,340
Varianza	49,346	68,264	74,374	110,077	61,055	128,59
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			7,17	5,08	9,50	5,58
Rango promedio negativo			5,83	2,75	5,50	5,38
Z			-0,315	-1,752	-0,827	-0,612
Nivel de significación (bilateral)			0,753	0,08	0,408	0,54

PANSS-P: Positive and Negative Syndrome Scale-Positive; PANSS-N: Positive and Negative Syndrome Scale-Negative; PANSS-PG: Positive and Negative Syndrome Scale-General Psychopathology

b) Escala EEAG (ver tabla 17).

I. Resultados intra-grupos de la escala **EEAG** en el grupo PSICODOM.

Se observa que la tendencia de las puntuaciones de la escala EEAG de los pacientes pertenecientes al grupo PSICODOM, va al alza a lo largo de los meses, hasta obtener puntuaciones significativas a los 12 meses ($p=0,003$).

II. Resultados intra-grupos de la escala **EEAG** en el grupo CONTROL.

En contrapartida al grupo PSICODOM, el grupo CONTROL va reduciendo las puntuaciones en esta escala a medida que pasan los meses, hasta obtener puntuaciones significativas a los 12 meses ($p=0,036$) dada la reducción de éstas.

Tabla 17.

Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala EEAG desde la evaluación basal.

ESCALA EEAG	Evaluación basal		Evaluación a los 6 meses		Evaluación a los 12 meses	
	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=14)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)
Media	51,43	48,57	56,43	47,31	64,29	35,38
Desviación típica	9,288	12,774	10,995	15,892	8,287	26,161
Varianza	86,264	163,187	120,879	252,564	68,681	684,423
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			4,50	4,50	6	2,50
Rango promedio negativo			9	5,40	-	5,71
Z			-1,652	-0,551	-3,002	-2,092
Nivel de significación (bilateral)			0,098	0,582	0,003	0,036

EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global

c) Escala BDI-II (ver tabla 18).

I. Resultados intra-grupos de la escala **BDI-II** en el grupo PSICODOM.

En comparación con las puntuaciones obtenidas por este grupo en la evaluación Basal, la tendencia de las puntuaciones es de una reducción progresiva. Teniendo en cuenta la escala BDI-II, dicho efecto es positivo ya que la sintomatología depresiva significa que va disminuyendo. No se obtienen resultados estadísticamente significativos.

II. Resultados intra-grupos de la escala **BDI-II** en el grupo CONTROL.

En el grupo CONTROL, sí que se obtienen puntuaciones significativas a los 12 meses de la primera evaluación ($p=0,033$) ya que las puntuaciones en este caso también tienden a reducirse y se llegan a obtener puntuaciones significativas debido a que el grupo CONTROL en la evaluación Basal, obtuvo una puntuación superior al grupo PSICODOM y la reducción ha sido más considerable.

Tabla 18.

Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala BDI-II desde la evaluación basal.

ESCALA BDI-II	Evaluación basal		Evaluación a los 6 meses		Evaluación a los 12 meses	
	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=14)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)
Media	12,64	17,43	10,57	13,38	8,79	8,85
Desviación típica	7,260	13,810	7,176	8,931	7,040	5,829
Varianza	52,709	190,725	51,495	79,756	49,566	33,974
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			6,78	5,50	7,31	7,25
Rango promedio negativo			7,50	7,90	4,88	5,06
Z			-1,086	-0,039	-1,533	-1,326
Nivel de significación (bilateral)			0,278	0,969	0,125	0,185

BDI-II: Beck Depression Inventory - II

d) Escala QOLI (ver tabla 19).

I. Resultados intra-grupos de la escala **QOLI** en el grupo PSICODOM.

La tendencia de las puntuaciones de la escala QOLI en el grupo PSICODOM, es de ir aumentando a lo largo de los meses en comparación con la puntuación que se obtiene en el momento inicial. Aún así, no se obtienen puntuaciones significativas.

II. Resultados intra-grupos de la escala **QOLI** en el grupo CONTROL.

En contrapartida con el grupo PSICODOM, en el grupo CONTROL no se observa que la puntuación vaya aumentando a lo largo de los meses sino que la tendencia es a mantenerse prácticamente igual o disminuir. Tampoco se obtienen resultados significativos.

Tabla 19.

Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala QOLI desde la evaluación basal.

ESCALA QOLI	Evaluación basal		Evaluación a los 6 meses		Evaluación a los 12 meses	
	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=14)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)
Media	4,71	4,86	4,86	4,46	5,07	4,77
Desviación típica	0,994	1,460	1,099	1,898	1,207	1,536
Varianza	0,989	2,132	1,209	3,603	1,456	2,359
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			4,13	4,75	5,25	5,71
Rango promedio negativo			3,83	7,50	4,50	6,50
Z			-0,431	-0,409	-1,095	-0,640
Nivel de significación (bilateral)			0,666	0,682	0,273	0,522

QOLI: Quality of Life Interview

e) Escala SFS (ver tabla 20).

I. Resultados intra-grupos de la escala SFS en el grupo PSICODOM.

En la escala de Funcionamiento Social, se observan puntuaciones significativas en el grupo PSICODOM a los 6 meses ($p=0,013$), por una reducción de la puntuación. Aun así, se observa que a los 12 meses, dicha puntuación vuelve a aumentar sin obtener puntuaciones significativas.

II. Resultados intra-grupos de la escala SFS en el grupo CONTROL.

En el caso del grupo CONTROL, a los 6 meses también se obtienen puntuaciones significativas ($p=0,013$), siendo la reducción mucho más considerable que el grupo PSICODOM. Además, a los 12 meses, la puntuación sigue siendo significativa ($p=0,012$) ya que no consigue aumentar lo suficiente como para acercarse a las puntuaciones de la evaluación basal.

Tabla 20.

Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala SFS desde la evaluación basal.

ESCALA SFS	Evaluación basal		Evaluación a los 6 meses		Evaluación a los 12 meses	
	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=14)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)
Media	1,93	1,86	1,21	0,38	1,57	0,46
Desviación típica	0,997	0,949	0,893	0,650	0,646	0,776
Varianza	0,995	0,901	0,797	0,423	0,418	0,603
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			5,56	14	4,50	14
Rango promedio negativo			5	7	6,17	7
Z			-2,496	-2,493	-1,026	3,354
Nivel de significación (bilateral)			0,013	0,013	0,305	0,012

SFS: Social Functioning Scale

f) Escala SUMD (ver tabla 21).

I. Resultados intra-grupos de la escala **SUMD** en el grupo PSICODOM.

En la escala de conciencia de enfermedad, se observan puntuaciones significativas en el grupo PSICODOM en los tres primeros ítems principales a los 12 meses ($p=0,027$), por una reducción de la puntuación, que hace referencia a un aumento de la conciencia de la enfermedad. Siendo más concretos, en el grupo PSICODOM se observan puntuaciones significativas en la escala específica de conciencia de enfermedad a los 12 meses ($p=0,025$), habiendo una reducción de las puntuaciones y, por lo tanto, un aumento de dicha conciencia. Asimismo, en la escala que evalúa la atribución, también se obtienen puntuaciones significativas en el grupo PSICODOM a los 12 meses ($p=0,018$). Finalmente, en el grupo PSICODOM, también se obtienen resultados significativos en la escala de puntuación total a los 12 meses ($p=0,023$) viéndose claramente un descenso de la puntuación y, por lo tanto, un aumento de la conciencia de enfermedad.

II. Resultados intra-grupos de la escala **SUMD** en el grupo CONTROL.

En referencia al grupo CONTROL, se observan puntuaciones significativas en la escala de conciencia a los 6 meses ($p=0,016$), observándose un aumento a los 12 meses pese a que no se obtienen resultados significativos en dicho periodo. También se observan resultados significativos en el grupo CONTROL en la escala de puntuación total a los 6 meses ($p=0,025$). Aún así, pese a que la puntuación a los 12 meses no obtiene puntuaciones significativas, se ve una tendencia al aumento, por lo que la conciencia de enfermedad no mejora.

Tabla 21.

*Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica intra-grupos de la escala **SUMD** desde la evaluación basal.*

ESCALA SUMD	Evaluación basal		Evaluación a los 6 meses		Evaluación a los 12 meses	
	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=14)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)
3 ítems						
Media	9,71	10	7,79	10,69	7	9,84
Desviación típica	4,196	3,981	3,926	3,449	3,942	4,469
Varianza	17,604	15,846	15,412	11,897	15,538	19,974
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			3,50	4,60	6	4
Rango promedio negativo			4,08	2,50	5,44	4
Z			-1,781	-1,549	-2,204	-1,022
Nivel de significación (bilateral)			0,075	0,121	0,027	0,307
Conciencia						
Media	13,71	12,21	11,07	15,69	8,64	14,62
Desviación típica	6,557	8,396	2,702	7,804	4,254	7,489
Varianza	42,989	70,489	7,302	60,897	18,093	56,090

Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio						
positivo			4,20	5,67	3,50	5,50
Rango promedio						
negativo			7,50	4	7,50	5,50
Z			-1,069	-2,199	-2,241	-1,682
Nivel de						
significación						
(bilateral)			0,285	0,016	0,025	0,093
Atribución						
Media	15,21	15,21	12,79	17,98	10,86	15,08
Desviación típica	6,471	8,877	3,490	8,067	4,975	7,433
Varianza	41,874	78,797	12,181	65,077	24,747	55,244
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio						
positivo			3,88	6,83	4,50	6,60
Rango promedio						
negativo			7,21	3,50	6,90	4,40
Z			-1,564	-1,381	-2,362	-0,561
Nivel de						
significación						
(bilateral)			0,118	0,167	0,018	0,575
Puntuación Total						
Media	38	37,57	31,57	44,23	26,50	39,21
Desviación típica	14,754	18,834	8,510	17,768	12,024	16,650
Varianza	217,692	354,725	72,418	315,692	144,577	277,231
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio						
positivo			4,90	6,19	4,33	6,25
Rango promedio						
negativo			7,64	2,75	7,80	4,38
Z			-1,140	-2,245	-2,273	-1,021
Nivel de						
significación						
(bilateral)			0,254	0,025	0,023	0,307

SUMD: Scale of Unawareness of Mental Disorder.

g) Escala MORISKY-GREEN (ver tabla- 22).

I. Resultados intra-grupos de la escala **MORISKY-GREEN** en el grupo PSICODOM.

En la escala de la toma de medicación, no se observan puntuaciones significativas en el grupo PSICODOM.

II. Resultados intra-grupos de la escala **MORISKY-GREEN** en el grupo CONTROL.

En el grupo Control tampoco se obtienen puntuaciones significativas en la forma de tomar la medicación.

Tabla 22.

Comparación de los resultados semestrales en mejoría de la toma de la medicación intra-grupos de la escala MORISKY-GREEN desde la evaluación basal.

ESCALA MORISKY-GREEN	Evaluación basal		Evaluación a los 6 meses		Evaluación a los 12 meses	
	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=14)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=13)
Olvida la medicación						
Media	1,71	1,71	1,86	1,62	1,93	1,62
Desviación típica	0,469	0,469	0,363	0,506	0,267	0,506
Varianza	0,220	0,220	0,132	0,256	0,71	0,256
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			1,50	3	2	3,75
Rango promedio negativo			-	1,50	-	2,50
Z			-1,414	-	-1,732	-
Nivel de significación (bilateral)			0,157	1	0,083	1
Toma a las horas indicadas						
Media	1,23	1,29	1,15	1,31	1,08	1,46
Desviación típica	0,439	0,469	0,376	0,480	0,277	0,519
Varianza	0,192	0,220	0,141	0,231	0,077	0,269

Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio						
positivo			-	2,67	-	2,5
Rango promedio						
negativo			1	2	1,5	-
Z			-1	-1,134	-1,414	-1,890
Nivel de significación						
(bilateral)			0,317	0,257	0,157	0,059
Deja la medicación si se encuentra bien						
Media	1,79	1,79	1,86	1,85	1,93	1,77
Desviación típica	0,426	0,426	0,363	0,376	0,267	0,439
Varianza	0,181	0,181	0,132	0,141	0,071	0,192
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio						
positivo			2	2,25	1,5	3
Rango promedio						
negativo			2	1,50	-	2
Z			-0,577	-0,816	-1,414	-0,378
Nivel de significación						
(bilateral)			0,564	0,414	0,157	0,705
Deja la medicación si se encuentra mal						
Media	1,79	1,71	1,86	1,85	1,86	1,77
Desviación típica	0,426	0,469	0,363	0,376	0,363	0,439
Varianza	0,181	0,220	0,132	0,141	0,132	0,192
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio						
positivo			2	1,50	2	2,25
Rango promedio						
negativo			2	-	2	1,50
Z			-0,577	-1,342	-0,577	-0,816
Nivel de significación						
(bilateral)			0,564	0,180	0,564	0,414

h) Escala FCS (ver tabla 23).

I. Resultados intra-grupos de la escala **FCS** en el grupo PSICODOM del grupo de pacientes.

En la escala de la comunicación familiar, por parte de los pacientes, no se observan puntuaciones significativas en el grupo PSICODOM. Las medias de los pacientes del grupo PSICODOM en la escala nos indican que perciben la comunicación familiar alrededor de buena.

II. Resultados intra-grupos de la escala **FCS** en el grupo CONTROL del grupo de pacientes.

En la escala de la comunicación familiar, por parte de los pacientes, no se observan puntuaciones significativas en el grupo CONTROL. Las medias de los pacientes del grupo CONTROL en la escala nos indican que perciben la comunicación familiar alrededor de buena.

III. Resultados intra-grupos de la escala **FCS** en el grupo PSICODOM del grupo de familiares.

En la escala de la comunicación familiar, por parte de los familiares, se obtienen puntuaciones significativas en el grupo PSICODOM a los 12 meses ($p=0,038$) respecto a la evaluación basal, viéndose un aumento significativo de las puntuaciones. Las medias de los familiares del grupo PSICODOM en la escala nos indican que perciben la comunicación familiar un poco mala y, pasados los meses, mejoran a buena.

IV. Resultados intra-grupos de la escala **FCS** en el grupo CONTROL del grupo de familiares.

En la escala de la comunicación familiar, por parte de los familiares, no se observan puntuaciones significativas en el grupo CONTROL. Las medias de los familiares del grupo CONTROL en la escala nos indican que perciben la comunicación familiar alrededor de buena.

Tabla 23.

Comparación de los resultados semestrales en mejoría en la comunicación familiar intra-grupos de la escala FCS desde la evaluación basal.

ESCALA FCS	Evaluación basal		Evaluación a los 6 meses		Evaluación a los 12 meses	
	PSICODOM (n=10)	CONTROL (n=9)	PSICODOM (n=10)	CONTROL (n=8)	PSICODOM (n=10)	CONTROL (n=8)
Pacientes						
Media	2,92	3	2,33	2,45	2,83	2,91
Desviación típica	1,240	1,080	0,888	1,036	0,835	1,044
Varianza	1,538	1,167	0,788	1,073	0,697	1,091
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			4,17	4,75	4,50	4
Rango promedio negativo			3	3,70	3	3
Z			-1,933	-0,776	-0,333	-0,333
Nivel de significación (bilateral)			0,053	0,438	0,739	0,739
Familiares						
Media	2,30	2,89	2,30	2,50	3,10	3
Desviación típica	1,059	1,054	0,949	0,926	0,568	0,926
Varianza	1,122	1,111	0,900	0,857	0,322	0,857
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			2,50	3,13	3	1,5
Rango promedio negativo			2,50	2,50	-	1,5
Z			-	-1,414	-2,070	-
Nivel de significación (bilateral)			1	0,157	0,038	1

FCS: Familiar communication scale

i) Escala BDI-II de los familiares (ver tabla 24).

I. Resultados intra-grupos de la escala BDI-II de los familiares en el grupo PSICODOM.

En comparación con las puntuaciones obtenidas por el grupo PSICODOM en la evaluación Basal, la tendencia de las puntuaciones es de una reducción progresiva. Teniendo en cuenta la escala BDI-II, dicho efecto es positivo ya que la sintomatología depresiva significa que va disminuyendo. No se obtienen resultados significativos.

II. Resultados intra-grupos de la escala BDI-II de los familiares en el grupo CONTROL.

De la misma forma, en comparación con las puntuaciones obtenidas por el grupo CONTROL en la evaluación Basal, la tendencia de las puntuaciones es de una reducción progresiva. Teniendo en cuenta la escala BDI-II, dicho efecto es positivo ya que la sintomatología depresiva significa que va disminuyendo. No se obtienen resultados significativos.

Tabla 24.

Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica de los familiares intra-grupos de la escala BDI-II desde la evaluación basal.

ESCALA BDI-II FAMILIAR	Evaluación basal		Evaluación a los 6 meses		Evaluación a los 12 meses	
	PSICODOM (n=10)	CONTROL (n=9)	PSICODOM (n=10)	CONTROL (n=8)	PSICODOM (n=10)	CONTROL (n=8)
Media	13,20	14,89	16,70	14,63	14,70	11,13
Desviación típica	11,830	12,046	11,412	9,288	9,604	6,468
Varianza	139,956	145,111	130,233	86,268	92,233	41,839
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			3,33	4,5	4,38	4,25
Rango promedio negativo			2,50	3,33	3,50	3,13
Z			-0,674	-0,681	-0,593	-4,20
Nivel de significación (bilateral)			0,5	0,496	0,553	0,674

j) Escala QOLI de los familiares (ver tabla 25).

I. Resultados intra-grupos de la escala **QOLI de los familiares** en el grupo PSICODOM.

En comparación con las puntuaciones obtenidas por el grupo PSICODOM en la evaluación Basal, la tendencia de las puntuaciones es de mantenerse en torno a los mismos resultados por lo que la percepción de la calidad de vida no varía notablemente. No se obtienen resultados significativos.

II. Resultados intra-grupos de la escala **QOLI de los familiares** en el grupo CONTROL.

De forma similar, en comparación con las puntuaciones obtenidas por el grupo CONTROL en la evaluación Basal, la tendencia de las puntuaciones es de mantenerse en torno a los mismos resultados por lo que la percepción de la calidad de vida no varía notablemente. Tampoco se obtienen resultados significativos.

Tabla 25.

Comparación de los resultados semestrales en mejoría clínica de los familiares intra-grupos de la escala QOLI desde la evaluación basal.

ESCALA QOLI FAMILIAR	Evaluación basal		Evaluación a los 6 meses		Evaluación a los 12 meses	
	PSICODOM (n=10)	CONTROL (n=9)	PSICODOM (n=10)	CONTROL (n=8)	PSICODOM (n=10)	CONTROL (n=8)
Media	4,20	4,67	3,80	4,38	4,70	4,63
Desviación típica	1,476	1,414	1,549	1,685	1,252	1,506
Varianza	2,178	2	2,400	2,839	1,567	2,268
Wilcoxon			PSICODOM	CONTROL	PSICODOM	CONTROL
Rango promedio positivo			3,5	4,83	5	4,17
Rango promedio negativo			3,5	3,38	2	2,83
Z			-0,74	-0,085	-0,957	-0,422
Nivel de significación (bilateral)			0,459	0,932	0,339	0,673

QOLI: Quality of Life Interview; SFS: Social Functioning Scale

4.6. Resultados entre-grupos de las puntuaciones de las medidas de resultado.

A continuación se presentan los resultados comparativos entre los grupos a nivel de mejoría clínica de los síntomas presentados en las escalas de evaluación que se han administrado a los pacientes.

Seguidamente se presentarán los resultados comparativos entre los grupos en relación a las escalas de evaluación administradas a familiares.

La tabla 26 presenta los resultados entre-grupos de las subescalas de la **PANSS** (positiva, negativa y psicopatología general) tras los 12 meses de intervención y durante el seguimiento mediante el estadístico de contraste U de Mann-Whitney.

En la escala positiva, la reducción en las puntuaciones del grupo PSICODOM respecto al control no presenta niveles de significación estadística pero es posible observar una tendencia a la reducción de la sintomatología positiva. En cuanto al grupo CONTROL, dicha sintomatología parece mantenerse a lo largo del tiempo, por lo que tampoco presentan niveles de significación estadísticos. Del mismo modo ocurre en la escala negativa y en coherencia con estos resultados se muestran las puntuaciones en la escala de psicopatología general en la que se observa una reducción en las puntuaciones medias en el grupo PSICODOM y un ligero ascenso en dichas puntuaciones en el grupo CONTROL a los 6 meses que después se estabiliza. Aun así, las diferencias en estas puntuaciones no marcan niveles de significación significativos en la comparación entre grupos.

Tabla 26.

Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala PANSS a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.

Escala PANSS	Evaluación basal		6 meses		12 meses	
Grupos	PSICODOM (n=14)	GC (n=14)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
PANSS-P						
Media	14,71	13,93	15,43	12,92	12,86	13,69
Desviación típica	4,779	6,855	7,988	8,958	6,212	8,440
Varianza	22,835	46,995	63,802	80,244	38,593	71,231
Grupos						
Rango promedio			16,21	11,62	14,46	13,5
U de Mann			122		97,5	
Nivel de significación			0,14		0,756	
PANSS-N						
Media	20,14	18,86	19,36	20,46	17,14	18,69
Desviación típica	6,138	5,749	5,638	7,207	5,419	7,543
Varianza	37,670	33,055	31,786	51,936	29,363	56,897
Grupos						
Rango promedio	15,07	13,93	13,21	14,85	13,64	14,38
U de Mann			80		86	
Nivel de significación			0,616		0,83	
PANSS-PG						
Media	34,50	31,43	35,71	35,08	21,14	32,38
Desviación típica	7,025	8,262	8,624	10,492	7,814	11,34
Varianza	49,346	68,264	74,374	110,077	61,055	128,59
Grupos						
Rango promedio	16,18	12,82	13,79	14,23	13,82	14,19
U de Mann			88		88,5	
Nivel de significación			0,905		0,905	

PANSS-P: Positive and Negative Syndrome Scale-Positive; PANSS-N: Positive and Negative Syndrome Scale-Negative; PANSS-PG: Positive and Negative Syndrome Scale-General Psychopatology

En el caso de la escala **EEAG**, también se presentan los resultados entre-grupos tras los 6 meses de intervención y durante el seguimiento mediante el estadístico de contraste U de Mann-Whitney (tabla 27).

En la escala EEAG, la reducción en las puntuaciones del grupo PSICODOM respecto al control presenta altos niveles de significación estadística ($p=0,019$) observando una mejoría los 12 meses de intervención y, por lo tanto, un mayor puntuación en dicho grupo. En caso contrario, se puede observar que la puntuación del grupo CONTROL tiende a mantenerse sin mejoría observable en la escala EEAG.

Tabla 27.

Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala EEAG a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.

Escala EEAG	Evaluación basal		6 meses		12 meses	
	PSICODOM (n=14)	GC (n=14)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODO M (n=14)	GC (n=13)
Media	51,43	48,57	56,43	47,31	64,29	35,38
Desviación típica	9,288	12,774	10,995	15,892	8,287	26,161
Varianza	86,264	163,187	120,879	252,564	68,681	684,423
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODO M (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	15,68	13,32	16,14	11,69	18,39	9,27
U de Mann			121		152,5	
Nivel de significación			0,155		0,019	

EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global

Al observar los resultados entre-grupos obtenidos por los pacientes en la escala **BDI-II**, no se obtienen puntuaciones estadísticamente significativas. Aun así, la tendencia en ambos grupos es la reducción de la puntuación y así, de la sintomatología depresiva a lo largo de los 12 meses.

Tabla 28.

Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala BDI-II a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.

Escala BDI-II	Evaluación basal		6 meses		12 meses	
	PSICODOM (n=14)	GC (n=14)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Media	12,64	17,43	10,57	13,38	8,79	8,85
Desviación típica	7,26	13,810	7,176	8,931	7,040	5,829
Varianza	52,709	190,725	51,495	79,756	49,566	33,974
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	13,43	15,57	13,04	15,96	13,89	15,11
U de Mann			77,5		89,5	
Nivel de significación			0,352		0,701	

BDI-II: Beck Depression Inventory - II

En coherencia con los resultados de la anterior escala, al observar los resultados entre-grupos, en la escala **QOLI**, no se obtienen puntuaciones significativas a lo largo de los meses, pero sí es observable la tendencia al aumento de las puntuaciones del grupo PSICODOM y la tendencia del grupo CONTROL a mantenerse en el tiempo.

Tabla 29.

Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala QOLI a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.

Escala QOLI	Evaluación basal		6 meses		12 meses	
	PSICODOM (n=14)	GC (n=14)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Media	4,71	4,86	4,86	4,46	5,07	4,77
Desviación típica	0,994	1,460	1,099	1,898	1,207	1,536
Varianza	0,989	2,132	1,209	3,603	1,456	2,359
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	13,5	15,5	14,64	14,36	14,71	14,29
U de Mann			100		101	
Nivel de significación			0,946		0,91	

QOLI: Quality of Life Interview

Es posible encontrar diferencias estadísticamente significativas, al comparar entre-grupos los resultados de la escala **SFS**. Transcurridos 12 meses de intervención, se obtienen puntuaciones altamente significativas ($p=0,011$) y se observa una gran diferencia entre los dos grupos; el grupo PSICODOM tiene una puntuación bastante más elevada que el grupo CONTROL y, por lo tanto, mayor funcionamiento social al finalizar la intervención. Observando la tabla y comparando con el inicio de la intervención, se denota que las puntuaciones iniciales son similares y, en consecuencia, se evidencia de forma más acentuada la diferencia de puntuaciones entre los dos grupos al finalizar la intervención. El grupo PSICODOM tiende a mantener las puntuaciones mientras que en el grupo CONTROL se van reduciendo de forma considerable.

Tabla 30.

Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala SFS a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.

Escala SFS	Evaluación basal		6 meses		12 meses	
	PSICODOM (n=14)	GC (n=14)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Media	1,93	1,86	1,21	0,38	1,57	0,46
Desviación típica	0,997	0,949	0,893	0,650	0,646	0,776
Varianza	0,995	0,901	0,797	0,423	0,418	0,603
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	14,75	14,25	17,29	11,71	18,39	10,61
U de Mann			137		152,5	
Nivel de significación			0,077		0,011	

SFS: Social Functioning Scale

Siguiendo la misma tendencia, de forma similar ocurre cuando se comparan los resultados entre-grupos de las diferentes partes de la escala **SUMD**. En las puntuaciones de los 3 ítems principales, se obtienen puntuaciones estadísticamente significativas a los 6 meses de intervención ($p=0,027$), observando que el grupo PSICODOM, reduce la puntuación y el grupo CONTROL, en cambio la mantiene. En esta escala, el hecho de reducir puntuación, significa mayor conciencia de enfermedad.

En coherencia, las otras secciones de la escala, obtienen puntuaciones significativas. En la parte que mide la conciencia, se obtienen puntuaciones significativas a los 6 meses ($p=0,021$) y a los 12 meses ($p=0,005$). En la parte que mide la atribución, se obtienen también puntuaciones significativas a los 6 meses ($p=0,024$) y a los 12 meses ($p=0,044$). En cuanto a la puntuación total obtenida, aparecen de nuevo puntuaciones estadísticamente significativas tanto a los 6 meses ($p=0,007$) como a los 12 meses ($p=0,016$). Así, en todas las secciones comentadas de la escala donde se obtienen puntuaciones significativas, es a consecuencia de la tendencia de reducción de la puntuación en el grupo PSICODOM y, por lo tanto, aumento de conciencia de enfermedad. Por otra parte, el grupo CONTROL, tiende a mantener la puntuación y, por lo tanto, la falta de conciencia a lo largo del tiempo.

Tabla 31.

Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala SUMD a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.

Escala SUMD	Evaluación basal		6 meses		12 meses	
	PSICODOM (n=14)	GC (n=14)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
3 ítems						
Media	9,71	10	7,79	10,69	7	9,84
Desviación típica	4,196	3,981	3,926	3,449	3,942	4,469
Varianza	17,604	15,846	15,412	11,897	15,538	19,974
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	14,29	14,71	11,07	17,93	11,64	17,36
U de Mann			50		58	
Nivel de significación			0,027		0,069	
Conciencia						
Media	13,71	12,21	11,07	15,69	8,64	14,62
Desviación típica	6,557	8,396	2,702	7,804	4,254	7,489

Varianza	42,989	70,489	7,302	60,897	18,093	56,090
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	15,5	13,5	10,93	18,07	10,25	18,75
U de Mann			48		38,5	
Nivel de significación			0,021		0,005	
Atribución						
Media	15,21	15,21	12,79	17,98	10,86	15,08
Desviación típica	6,471	8,877	3,490	8,067	4,975	7,433
Varianza	41,874	78,797	12,181	65,077	24,747	55,244
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	14,46	14,54	11,04	17,96	11,36	17,64
U de Mann			49,5		54	
Nivel de significación			0,024		0,044	
Puntuación Total						
Media	38	37,57	31,57	44,23	26,50	39,21
Desviación típica	14,754	18,834	8,510	17,768	12,024	16,650
Varianza	217,692	354,725	72,418	315,692	144,577	277,231
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	14,54	14,46	10,39	18,61	10,79	18,21
U de Mann			40,5		46	
Nivel de significación			0,007		0,016	

SUMD: Scale of Unawareness of Mental Disorder.

La tabla 32 presenta los resultados entre-grupos del test **MORISKY-GREEN** en relación a la toma de medicación de los pacientes, tras los 12 meses de intervención y durante el seguimiento. En este caso solo es significativo la toma a las horas indicadas ($p=0,05$), superior en el grupo de comparación al PSICODOM.

Tabla 32.

Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en el test MORISKY-GREEN a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención.

Test MORISKY- GREEN	Evaluación basal		6 meses		12 meses	
	PSICODOM (n=14)	GC (n=14)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Olvida la medicación						
Media	1,71	1,71	1,86	1,62	1,93	1,62
Desviación típica	0,469	0,469	0,363	0,506	0,267	0,506
Varianza	0,220	0,220	0,132	0,256	0,71	0,256
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	14,5	14,5	13,43	15,57	16,04	12,96
U de Mann			113		119,5	
Nivel de significación			0,511		0,329	
Toma a las horas indicadas						
Media	1,23	1,29	1,15	1,31	1,08	1,46
Desviación típica	0,439	0,469	0,376	0,480	0,277	0,519
Varianza	0,192	0,220	0,141	0,231	0,077	0,269
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	14	15	12,93	16,07	11,46	17,54
U de Mann			76		55,5	
Nivel de significación			0,329		0,05	
Deja la medicación si se encuentra bien						
Media	1,79	1,79	1,86	1,85	1,93	1,77
Desviación típica	0,426	0,426	0,363	0,376	0,267	0,439
Varianza	0,181	0,181	0,132	0,141	0,071	0,192
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	14,5	14,5	14,07	14,93	15,04	13,96
U de Mann			92		105,5	
Nivel de significación			0,804		0,734	

Deja la medicación si se encuentra mal						
Media	1,79	1,71	1,86	1,85	1,86	1,77
Desviación típica	0,426	0,469	0,363	0,376	0,363	0,439
Varianza	0,181	0,220	0,132	0,141	0,132	0,192
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	15	14	14,07	14,93	14,57	14,43
U de Mann			92			99
Nivel de significación			0,804			0,999

En relación a la escala **FCS**, de comunicación familiar, se compararon los resultados entre-grupos a lo largo de la intervención, tanto teniendo en cuenta las puntuaciones de los pacientes como de los familiares.

En ninguno de los casos se obtienen puntuaciones estadísticamente significativas. Por una parte, en el caso de los pacientes, la percepción de la comunicación familiar, tiende a mantenerse igual a lo largo del tiempo, en ambos grupos. Por otra parte, los familiares, en ambos grupos tienden a percibir una mejoría de la comunicación familiar a lo largo del tiempo.

Tabla 33.

Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala FCS a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención de los pacientes y de los familiares.

Escala FCS	Evaluación basal		6 meses		12 meses	
	PSICODOM (n=14)	GC (n=14)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Pacientes						
Media	2,92	3	2,33	2,45	2,83	2,91
Desviación típica	1,240	1,080	0,888	1,036	0,835	1,044
Varianza	1,538	1,167	0,788	1,073	0,697	1,091
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	14,89	13,04	13,57	13,42	13,36	13,67
U de Mann			85			82
Nivel de significación			0,999			0,94
Familiares						
Media	2,30	2,89	2,30	2,50	3,10	3
Desviación típica	1,059	1,054	0,949	0,926	0,568	0,926

Varianza	1,122	1,111	0,900	0,857	0,322	0,857
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	12,86	15,23	12,86	14,25	13,18	13,88
U de Mann			75		79,5	
Nivel de significación			0,667		0,820	

FCS: Family communication scale

Al observar los resultados entre-grupos obtenidos por los familiares en la escala **BDI-II**, no se obtienen puntuaciones estadísticamente significativas a lo largo de la intervención.

Tabla 34.

Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala BDI-II a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención de los familiares.

Escala BDI-II	Evaluación basal		6 meses		12 meses	
	PSICODOM (n=14)	GC (n=14)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Media	13,20	14,89	16,70	14,63	14,70	11,13
Desviación típica	11,830	12,046	11,412	9,288	9,604	6,468
Varianza	139,956	145,111	130,233	86,268	92,233	41,839
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	13,79	15,21	13,89	15,11	14,14	14,86
U de Mann			89,5		93	
Nivel de significación			0,701		0,839	

BDI-II: Beck Depression Inventory - II

En coherencia con los resultados de la anterior escala, y de la misma forma que pasaba con los pacientes en esta misma escala, al observar los resultados entre-grupos, en la escala **QOLI** respondida por los familiares, tampoco se obtienen puntuaciones significativas a lo largo de los meses, pero sí es observable la tendencia al aumento de las puntuaciones del grupo PSICODOM y la tendencia del grupo CONTROL a mantenerse en el tiempo.

Tabla 35.

Comparación de los resultados en mejoría clínica entre grupos en la escala QOLI a los 6 meses y 12 meses del inicio de la intervención de los familiares.

Escala QOLI	Evaluación basal		6 meses		12 meses	
	PSICODOM (n=14)	GC (n=14)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Media	4,71	4,86	4,86	4,46	5,07	4,77
Desviación típica	0,994	1,460	1,099	1,898	1,207	1,536
Varianza	0,989	2,132	1,209	3,603	1,456	2,359
Grupos			PSICODOM (n=14)	GC (n=13)	PSICODOM (n=14)	GC (n=13)
Rango promedio	13,32	15,68	12,96	16,04	13,61	15,39
U de Mann			76,5		85,5	
Nivel de significación			0,329		0,571	

QOLI: Quality of Life Interview

4.7. Recaídas y cambios de medicación.

En este apartado, por una parte, se presentan las variables relacionadas con las recaídas: los ingresos hospitalarios, visitas a urgencias e ingresos a hospital de día así como las recaídas específicas, globales y tipos de recaídas. Por otra parte, se presentan los cambios de medicación de los pacientes a lo largo de los 12 meses, siendo ésta una variable que también se relaciona con las recaídas. Para ello, se ha decidido hacer un análisis descriptivo, y se han estudiado los niveles de significación. Todos los resultados son comparativos entre los grupos PSICODOM y el control.

4.7.1. Ingresos hospitalarios, visitas a urgencias e ingresos en hospital de día.

Como se observa en la primera tabla (ver tabla xx), tanto en los ingresos hospitalarios durante la intervención como en la fase de seguimiento, en el grupo PSICODOM, no hay ningún caso que haya sido ingresado, mientras que en el grupo CONTROL, durante la intervención hay un 14,3% de la muestra que ingresan, aunque no se dan puntuaciones estadísticamente significativas. En el período de seguimiento ingresan un 35,7% de la muestra del grupo control. En éste último caso, se obtienen puntuaciones altamente significativas respecto al grupo PSICODOM ($p=0,014$).

Sucedo algo similar con las visitas realizadas en urgencias tanto durante en la intervención como en el seguimiento. En el primer caso, el grupo PSICODOM, sólo un paciente visita el servicio de las urgencias mientras que en el caso del grupo CONTROL serán

3 pacientes los que lo hacen (21,4% de la muestra). Aun así, no se obtienen puntuaciones significativas. En el segundo caso, las visitas a urgencias durante el seguimiento, sí que se obtienen puntuaciones significativas ($p=0,002$) ya que ninguno de los pacientes pertenecientes al grupo PSICODOM visitará urgencias, pero la mitad de los pacientes del grupo CONTROL (50% de la muestra), sí que lo harán.

Por último, referente a la primera tabla (ver tabla 36) del apartado de recaídas, se destaca que durante los primeros seis meses, ningún paciente de ambos grupos, ingresa en hospital de día, mientras que en la fase de seguimiento, lo harán 3 pacientes del grupo CONTROL (21,4% de la muestra), aunque no se obtienen puntuaciones estadísticamente significativas.

Tabla 36.

Ingresos hospitalarios, visitas a urgencias e ingresos en hospital de día.

VARIABLES RELACIONADAS CON LAS RECAÍDAS	GRUPO PSICODOM (n=14)	GRUPO CONTROL (n=14)	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>
Ingresos hospital durante la intervención					
Sí	-	2(14,3)			
No	14(100)	12 (85,7)	2,154	1	0,142
Ingresos hospital durante seguimiento					
Sí	-	5(35,7)			
No	14(100)	9(64,3)	6,087	1	0,014
Visitas a urgencias durante la intervención					
Sí	1(7,1)	3(21,4)			
No	13(92,9)	11(78,6)	1,167	1	0,280
Visitas a urgencias durante el seguimiento					
Sí	-	7(50)			
No	14(100)	7(50)	9,333	1	0,002
Ingresos hospital de día durante seguimiento					
Sí	-	3(21,4)			
No	14(100)	11(78,6)	3,360	1	0,067

4.7.2. Tipo de recaídas.

Similar a lo que se describe en la anterior tabla, a continuación, se presentan los tipos de recaídas (ver tabla 37). En cuanto a recaídas, se obtienen puntuaciones significativas ($p=0,043$), dado que en el grupo CONTROL, la mitad de los pacientes pasan por una recaída a lo largo del año de evaluación y sólo dos pacientes del grupo PSICODOM, lo hacen. Por lo que hace referencia a los tipos de recaídas. Aunque no se obtienen puntuaciones significativas, los pacientes del grupo PSICODOM, recaen sólo uno de forma leve y otro de forma moderada, mientras que los pacientes del grupo CONTROL, 3 recaen de forma moderada y 4 de forma grave.

Tabla 37.
Tipo de recaídas.

Tipo de recaídas	Grupo	Grupo	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>
	PSICODOM (n=14)	CONTROL (n=14)			
Recaída	n(%)	n(%)			
Sí	2(14,3)	7(50)			
No	12(85,7)	7(50)	4,094	1	0,043
Tipo de recaída	n(%)	n(%)			
Leve	1(7,14)	-			
Moderada	1(7,14)	3(21,4)			
Grave	-	4(28,6)	4,661	2	0,097

Leve: aumento de medicación en visita ambulatoria programada o no programada; Moderada: visita a urgencias y consecuente aumento de medicación; Grave: ingreso hospitalario o en hospital de día

4.7.3. Cambios de medicación.

En la siguiente tabla (ver tabla 38), se describen las variables relacionadas con las recaídas, pero en este caso referentes al aumento o reducción de la medicación. Por una parte, describimos la franja de 0-6 meses, es decir, cuando el grupo PSICODOM recibe la intervención, y por otra, la franja de los 6-12 meses, es decir, la fase de seguimiento.

En primer lugar, en la franja de los 0 a los 6 meses, no se obtienen puntuaciones significativas. Aun así, se observa, que hay más pacientes en el grupo CONTROL, que aumentan la medicación (35,7%) que en el grupo PSICODOM (14,3%). Referente a la bajada

de medicación, pasa lo contrario. En el grupo CONTROL, ningún paciente reduce la medicación mientras que en el grupo PSICODOM, 2 pacientes lo hacen. En cuanto al motivo del cambio de medicación, la descripción muestra que son más los pacientes del grupo CONTROL los que cambian de medicación (35,7%) mientras que en el grupo PSICODOM son menos (21,4%). En el grupo CONTROL la cambian por empeoramiento clínico 4 pacientes, mientras que lo hacen por este motivo la mitad de éstos en el grupo PSICODOM (14,3%).

En segundo lugar, en la franja de los 6 a los 12 meses, se obtienen puntuaciones significativas en cuanto al aumento de la medicación ($p=0,014$). Mientras que 5 pacientes del grupo CONTROL aumentan la dosis de la medicación, ninguno del grupo PSICODOM lo hace. Aunque sin obtener puntuaciones significativas, sucede a la inversa si nos fijamos en la bajada de medicación. Dos pacientes del grupo PSICODOM reducen medicación, mientras que en el grupo CONTROL, ninguno lo hace. En relación a los cambios de medicación, no se obtienen puntuaciones significativas pero son 6 los pacientes que en el grupo CONTROL cambian de medicación, mientras que en el grupo PSICODOM sólo son 2. Por último, sí que se obtienen puntuaciones significativas ($p=0,033$) en el motivo de cambio de medicación ya que en el grupo CONTROL 6 pacientes lo hacen por empeoramiento clínico y en el grupo PSICODOM no lo hace ninguno por este motivo y lo hacen 2 por mejoría clínica y mejor adherencia al fármaco.

Tabla 38.
Cambios de medicación.

Cambios de medicación	Grupo PSICODOM	Grupo CONTROL	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>
0-6 meses y 6-12 meses	(n=14)	(n=14)			
0-6 meses					
Aumento de medicación	n(%)	n(%)			
Sí	2(14,3)	5(35,7)			
No	12(85,7)	9(64,3)	1,714	1	0,190
Bajada de medicación	n(%)	n(%)			
Sí	2(14,3)	-			
No	12(85,7)	14(100)	2,154	1	0,142

Sí	3(21,4)	5(35,7)			
No	11(78,6)	9(64,3)	0,700	1	0,403
Motivo del cambio de medicación	n(%)	n(%)			
Efectos secundarios no deseados	1(7,1)	1(7,1)			
Mejor adherencia al fármaco	1(7,1)	-			
Empeoramiento clínico	2(14,3)	4(28,6)	1,719	3	0,633
6-12 meses					
Aumento de medicación	n(%)	n(%)			
Sí	-	5(35,7)			
No	14(100)	9(64,3)	6,087	1	0,014
Bajada de medicación 6-12 meses	n(%)	n(%)			
Sí	2(14,3)	2(14,3)			
No	12(85,7)	12(85,7)	-	1	1
Cambio de medicación	n(%)	n(%)			
Sí	2(14,3)	6(42,9)			
No	12(85,7)	8(57,1)	2,800	1	0,094
Motivo del cambio de medicación	n(%)	n(%)			
Efectos secundarios no deseados	1(7,1)	1(7,1)			
Mejor adherencia al fármaco	-	1(7,1)			
Mejor clínica y mejor adherencia al fármaco	2(14,3)	-			
Empeoramiento clínico	-	6(42,9)	10,471	4	0,033

Teniendo en cuenta las limitaciones del tipo de análisis estadístico, dado que dos variables pronósticas importantes no fueran homogéneas en el análisis bivariado, se decidió realizar un análisis mediante un modelo lineal general de medidas repetidas, corrigiendo posibles errores por múltiples comparaciones mediante el método de Bonferroni contemplando como covariables las medidas basales, la edad y los años de evolución de enfermedad ya que fueron las únicas que se consideraron clínicamente relevantes. Esta corrección se realizó únicamente para las principales variables que resultaron significativas entre los grupos ya que, aunque no ofrezca resultados concluyentes, nos aporta información sobre el comportamiento de dichas variables sobre los resultados a nivel longitudinal.

No se encontró significación ni con la edad ni con los años de evolución para ninguna de las variables analizadas con la escala de conciencia de enfermedad (SUMD) ($F=0,238;p=0,631$ / $F=0,028;p=0,868$). Del mismo modo ocurre con la actividad global

(EEAG) ($F=1,569;p=0,223$ / $F=1,644;p=0,213$); el funcionamiento social (SFS) ($F=0,38;p=0,544$ / $F=0,08;p=0,93$); los ingresos hospitalarios ($F=0,092;p=0,764$ / $F=0,129;p=0,722$); las visitas a urgencias ($F=0,071;p=0,792$ / $F=0,198;p=0,661$); y, por último, los ingresos en hospital de día ($F=0,496;p=0,488$ / $F=0,042;p=0,839$).

4.8. Resultados del análisis cualitativo

Se ha realizado un análisis de contenido en relación a la comunicación familiar con el objetivo de comparar las observaciones del profesional observador con los resultados de la escala de Comunicación Familiar autoaplicada a los pacientes y sus familiares. Este análisis cualitativo se decide llevar a cabo después de intuir que las respuestas dadas por los pacientes y familias se diferían en gran medida de lo que el terapeuta y el observador podían percibir después de 3 sesiones y a lo largo de los 12 meses.

4.8.1. Proceso de análisis del contenido

El análisis cualitativo se realizó únicamente en el grupo que recibió la intervención PSICODOM por dos motivos: a) el grupo CONTROL recibe una intervención de PSI que no está enfocada en la intervención familiar; b) el objetivo es analizar bien los sesgos de la percepción de los usuarios cuando se les pregunta por la familia dado que las escalas de valoración de comunicación son autoaplicadas y podrían estar reflejando una realidad muy distorsionada.

Para realizar el análisis de contenido se organizó el material recogido por parte de los observadores de la intervención en dos momentos: en las dos primeras sesiones y a los 12 meses en las sesiones de seguimiento tras obtener las transcripciones literales de las observaciones externas de 12 familias en los dos momentos temporales. Para ello participaron tres investigadores, dos de ellos ajenos a los que realizaron la observación participante y anotaron las observaciones. Esto se hizo para garantizar la triangulación inter-jueces e incrementar la fiabilidad del análisis. No se utilizó para ello ningún programa informático, se realizó sobre lápiz y papel.

Para llevar a cabo el análisis se fueron dividiendo los textos en UAS y asignando de forma consensuada las subcategorías acordadas en función de las macro-categorías hacia donde iban destinadas las preguntas del cuestionario abierto.

Así, para el análisis se han seguido los siguientes pasos:

- a) Fase 1 “vaciado de macro-categorías”: del cuestionario de preguntas abiertas se desprendieron 5 macro-categorías tanto inicialmente (basal) como en el seguimiento (12 meses) sumando un total de 10 macro-categorías, de las cuales se desprendieron 92 subcategorías (ver tabla 39).

Tabla 39.

Proceso análisis del contenido: 1er análisis longitudinal “análisis relacional de las categorías”.

Basal		12 meses	
5 categorías	Subcategorías	5 categorías	Subcategorías
Tipo de familia	9	Tipo de familia	4
Convivencia	10	Convivencia	11
Comunicación	15	Comunicación	11
Gestión de las emociones	11	Gestión de las emociones	9
Emoción expresada	7	Emoción expresada	5
Total	52	Total	40
Primer análisis 10 categorías con 92 subcategorías			

- b) Fase 2 “análisis relacional de las categorías”: El siguiente análisis, es un análisis relacional, del que se obtienen 4 categorías basales y 4 categorías a los 12 meses; haciendo un total de 8 categorías principales, de las que se obtuvieron 56 subcategorías. Durante este proceso se agruparon y depuraron las categorías en consenso inter-jueces según el contenido de las mismas. También se renombraron en consenso en función del significado que más se ajustó al material transcrito (ver tabla 40).

Tabla 40.

Proceso análisis del contenido: 2º análisis longitudinal.

Basal		12 meses	
4 categorías	Subcategorías	4 categorías	Subcategorías
Tipo de familia	7	Tipo de familia	7
Convivencia	9	Convivencia	7
Comunicación emocional	9	Comunicación emocional	9
Emoción expresada	5	Emoción expresada	3
Total	30	Total	26

Segundo análisis 8 categorías con 56 subcategorías

c) Fase 3 “análisis longitudinal-relacional”: En esta fase se revisan las categorías que tienen una estabilidad de contenido en el discurso transcrito y se incorporan nuevas categorías que aparecen nuevas a los 12 meses durante el seguimiento. En el resultado de este análisis se mantuvieron las 8 categorías principales y se obtuvieron 60 subcategorías (ver tabla 41).

Tabla 41.

Proceso análisis del contenido: 3º análisis longitudinal-relacional

Basal		12 meses	
4 categorías	Subcategorías	4 categorías	Subcategorías
Tipo de familia	5	Tipo de familia	5
Convivencia	8	Convivencia	16
Comunicación emocional	10	Comunicación emocional	8
Emoción expresada	5	Emoción expresada	3
Total	28	Total	32

Tercer análisis 8 categorías con 60 subcategorías

- c) Fase 4 “análisis relacional y de frecuencias”: en este último análisis se obtuvieron 4 categorías principales y 42 subcategorías (ver tabla 42).

Tabla 42.

Proceso análisis del contenido: 4º análisis de consenso.

Basal – 12 meses	
4 categorías	Subcategorías
Tipo de familia	5
Convivencia	10
Comunicación emocional	18
Emoción expresada	9
Total	42
Cuarto análisis 4 categorías con 42 subcategorías	

Las cuatro macro-categorías que se extraen del tipo de pregunta del cuestionario abierto, tal y como se muestra en las tablas son: tipo de familia, convivencia, la comunicación emocional y la emoción expresada.

a) Tipo de familia

De la macro-categoría “tipo de familia” se desprenden 5 sub-categorías con las que los observadores describieron a todas las familias observadas (ver figura 2).

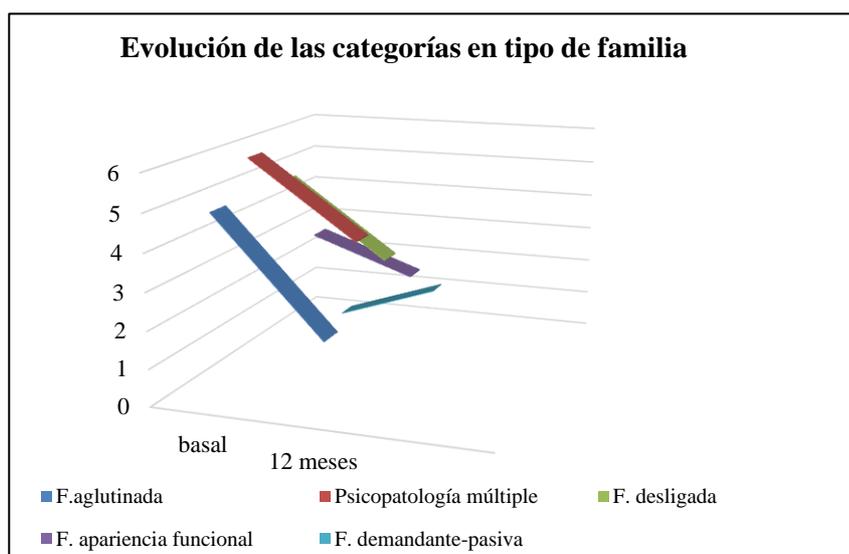


Figura 2. Evolución de las categorías en tipo de familia.

En un inicio (basal), el tipo de familia que más prevalece es la familia aglutinada y la familia desligada, así como familias donde existe psicopatología múltiple. El perfil de familia que aparece en menor medida, es la familia demandante-pasiva y la familia aparentemente funcional. Transcurridos los 12 meses, se observa la persistencia de familias con psicopatología múltiple conviviendo en domicilio, así como familias desligadas y aparentemente funcionales. Al final del proceso se observa una evolución de las familias aglutinadas, disminuyendo esta característica principal y siendo descritas más como familias demandante-pasivas.

b) La convivencia

De esta macro-categoría, se extrajeron 10 subcategorías tal y como puede verse en la figura 3. Algunas de éstas permanecieron estables durante el periodo de observación. En contrapartida, otras categorías tuvieron evoluciones muy abruptas respecto a la observación inicial.

En un inicio (basal), el tipo de convivencia más frecuente (la que más veces aparece en el discurso de los observadores) es la “co-dependencia”. Esta categoría se reduce mucho a los 12 meses viéndose incrementada la autonomía de los pacientes de forma importante. Otra categoría que cabe mencionar por su evolución es la de falta de convivencia. En las observaciones basales es una categoría bastante frecuente y evoluciona a más convivencia al final de la intervención (durante el seguimiento).

En función de la frecuencia observada, disminuye también la categoría de relación dual aislada, la relación disfuncional poco afectuosa y el conflicto abierto. Además, mejora el sub-sistema fraternal, la cooperación respecto a las tareas de casa y el disfrute.

En cuanto a la convivencia se observa una evolución de estas 10 categorías hacia una dirección más saludable tras la intervención a los 12 meses de las primeras observaciones.

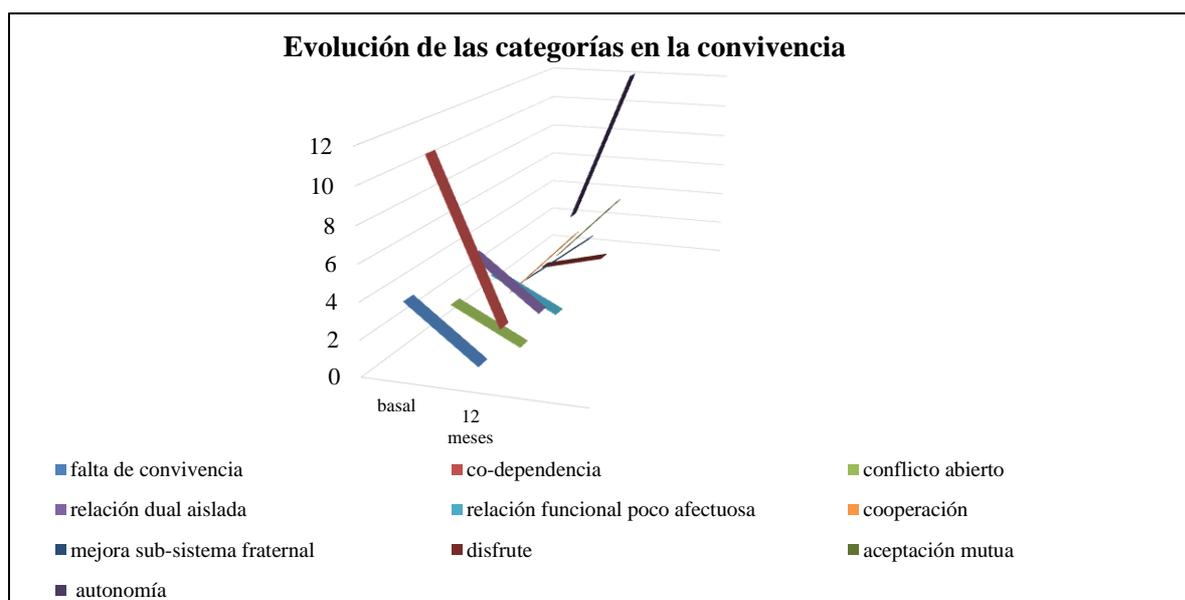


Figura 3. Evolución de las categorías en la convivencia.

c) La comunicación emocional

La comunicación emocional es la macro-categoría a la que se vincularon la mayoría de las sub-categorías del análisis (18). Los observadores tenían instrucciones precisas para enfocar este aspecto dada la importancia de la comunicación en este tipo de familias y el objetivo principal de poder complementar las evaluaciones cuantitativas de la escala de comunicación familiar. De las 18 sub-categorías, se observaron evoluciones muy marcadas en el transcurso de un año tanto en disminución como en aumento de la frecuencia (en el discurso transcrito de los observadores).

En un inicio (basal), una de las sub-categorías que con más frecuencia aparece en los textos de observación es “la no expresión de afecto”, “la comunicación agresiva” y la “desconfirmación”. A los 6 meses transcurridos, se observa un aumento considerable de la frecuencia de la comunicación asertiva y del hecho de compartir las preocupaciones entre los familiares, así como se reducen de forma considerable los ítems anteriormente descritos. Por tanto, en el análisis de las observaciones finales, desaparecieron categorías que existían en la basal de 10 a 8 por mejoría (ver figura 4).

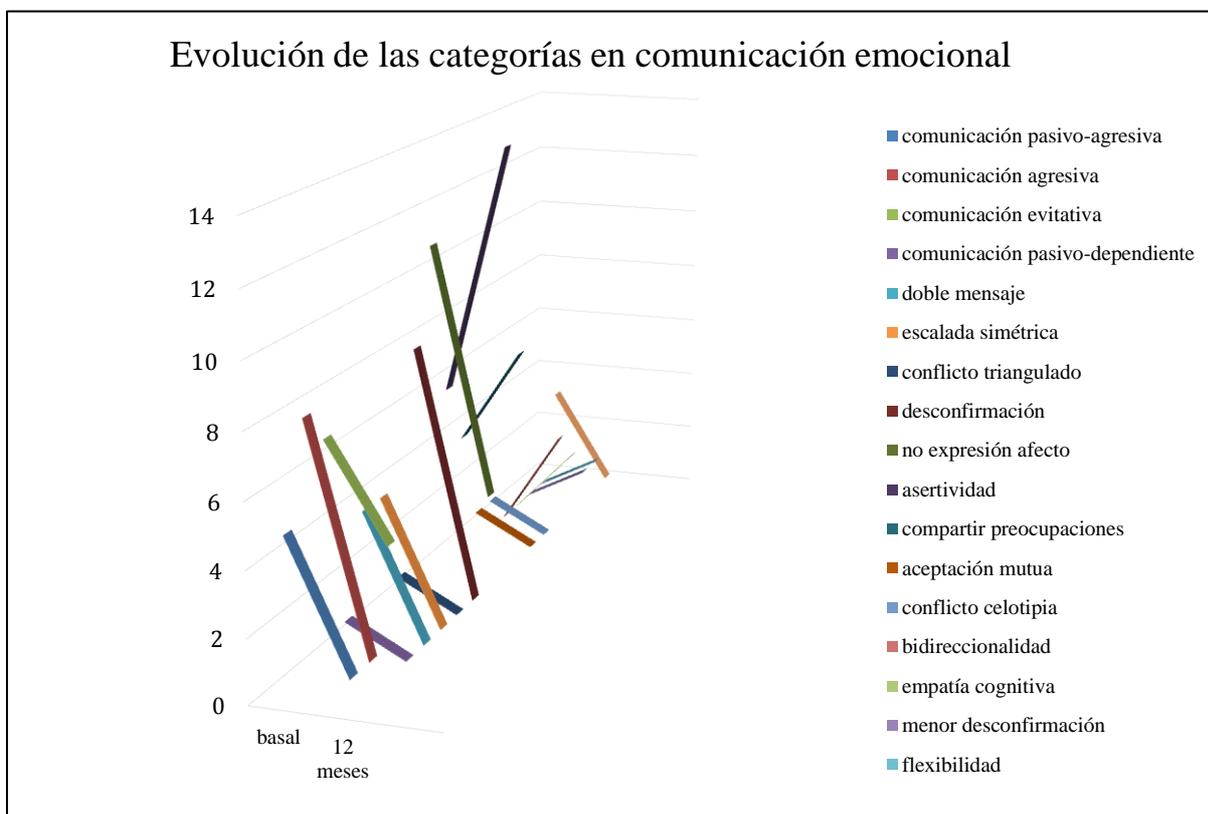


Figura 4. Evolución de las categorías en comunicación emocional.

La escasa expresión de afecto, la comunicación agresiva y la desconfirmación fueron las categorías que inicialmente tuvieron más frecuencia en las observaciones de estas familias. Además, cabe destacar la presencia inicial de dobles mensajes, comunicación pasivo-agresiva, escaladas simétricas, y la falta de empatía tanto cognitiva como emocional. Todas estas categorías tuvieron una evolución importante en el transcurso de un año. Mejoró abruptamente la comunicación agresiva, la evitativa, la aparición de escaladas simétricas y la desconfirmación hacia el paciente. Aumentó la frecuencia de la aparición de categorías tales como la bidireccionalidad, la asertividad, la aceptación mutua, el compartir preocupaciones y la falta de empatía.

d) La emoción expresada.

La emoción expresada se trató como macro-categoría aparte de la comunicación emocional, a pesar de que forma parte de la misma. Se decidió por la importancia que tiene en las familias con hijos afectados de psicosis según el marco teórico. Es por ello que formaba parte de un apartado especial en el registro de los observadores y se le ha dado especial importancia en el análisis. De la “emoción-expresada” se desprendieron 9 sub-categorías en total, pero 5 de éstas estaban presentes en las observaciones iniciales y desaparecieron de los registros finales por no detectarse durante las observaciones (ver figura 5).

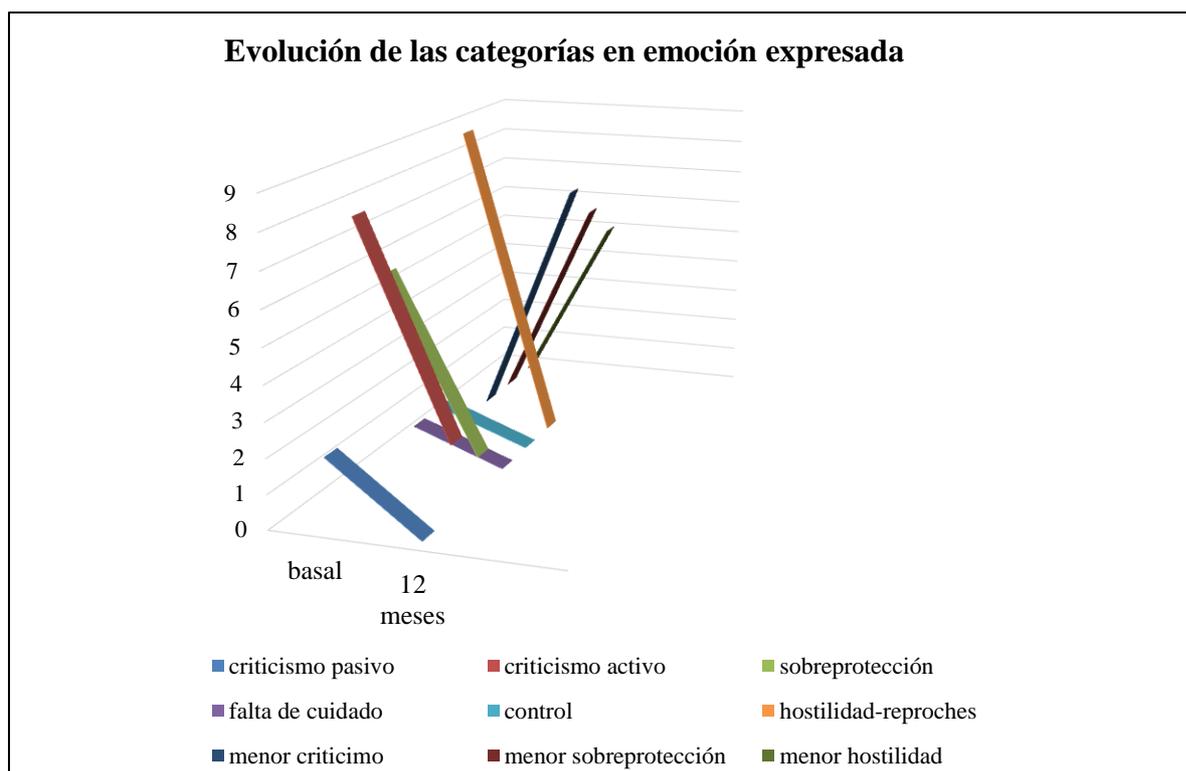


Figura 5. Evolución de las categorías en emoción expresada.

En un inicio (basal), en relación a la Emoción Expresada, se observa que las categorías con mayor frecuencia son “el criticismo activo”, “la hostilidad-reproches”, y la “sobreprotección”. Estas categorías son las que sin desaparecer del todo disminuyen abruptamente en la frecuencia de aparición. Las

Transcurridos 12 meses se observa un incremento de la frecuencia en categorías de menor criticismo, menor sobreprotección y menor hostilidad.

Con todo ello podemos observar que las categorías que inicialmente se observan tienen un itinerario de cambio en cuanto a la frecuencia durante el proceso y, por tanto, son dinámicas. Además, el contenido registrado por los observadores pone de manifiesto la realidad de la disfuncionalidad y malestar de estas familias, así como también los cambios positivos tras la intervención sobre todo en la convivencia, la comunicación y la emoción expresada.

5. DISCUSIÓN

5.1. Participantes

5.2. La evaluación basal

5.3. Los resultados de la evaluación y la comparación entre los grupos

5.4. Comparación de resultados cuantitativos del FCS con las observaciones de la parte cualitativa

5.5. Las recaídas

5. DISCUSIÓN.

En las páginas que vienen a continuación, se presenta la discusión del estudio siguiendo una estructura paralela a los resultados presentados en el apartado anterior: la evaluación basal, los resultados intra-grupos, entre-grupos, y los resultados cualitativos.

5.1. Participantes.

El número total de sujetos detectados fueron 35 casos de los cuales 7 se perdieron durante el reclutamiento y 1 durante el seguimiento. Las pérdidas muestrales obtenidas son semejantes a las esperadas y a las obtenidas en otros estudios (Farriols, et al., 2006; Mihanovic, Restek-Petrovic, Bogovic, Ivezic, Bodor, & Pozgain, 2015); hecho que no sucede habitualmente ya que las pérdidas muestrales en estudios con pacientes crónicos y con desvinculación del centro de salud mental suelen ser elevadas.

El número de pacientes que no aceptaron participar en el estudio (n=7) va relacionado con el hecho de que los pacientes con esquizofrenia, y con más frecuencia, los pacientes con resistencia a tratamiento psicológico y farmacológico, muchas veces no tienen conciencia de enfermedad. Además, el contacto realizado con los pacientes, en algunas ocasiones, se realizaba a través de los familiares, quienes pese a necesitar ayuda, en contadas ocasiones y por miedo a lo desconocido, afirmaban la necesidad de soporte pero acababan postergando el inicio de la intervención hasta el punto de no aceptarla en ninguna ocasión. Los pacientes que decidían no empezar la intervención, se excusaron con el motivo de no necesitar vinculación con los servicios de salud mental ni asistencia profesional, y en mayor medida tampoco en el domicilio, ya que podían vivirlo como una invasión de la intimidad y, como consecuencia, evidenciar las dificultades diarias (falta de higiene personal y del hogar, gestión económica, compras semanales...). El paciente que se perdió durante el seguimiento, había cambiado de zona.

En relación a lo comentado en las líneas anteriores respecto a las pérdidas muestrales, cabe destacar positivamente que en el presente estudio sólo se ha perdido un paciente, que representa un 3,57% de los participantes totales, a diferencia de la pérdida esperada inicial del 30% de la muestra.

Asimismo, la inclusión en el estudio de los pacientes que cumplían dichos criterios fue bastante acertada ya que sólo un 20% no lo quisieron iniciar.

La distribución de la muestra en cuanto a sexo es homogénea. En cuanto a las edades, la media del grupo PSICODOM es menor (38 años) que el grupo CONTROL (53 años). Al haber diferencias significativas, se han estudiado las tendencias de las puntuaciones ya que nos aportan información sobre el comportamiento de dichas variables sobre los resultados a nivel longitudinal, no siendo en ningún caso significativos, por lo que se deduce que esta variable no ha influido en los resultados obtenidos. Se ha querido estudiar, también, el país de procedencia, dado que algunos de los pacientes que cumplían criterios de inclusión, provenían de fuera de España. Por este motivo, uno de los criterios de inclusión más importantes, era el hecho de comprender el idioma para poder llevar a cabo una intervención. Sigue siendo homogénea la distribución de los grupos en relación a los hijos. En muy pocos casos tenían hijos, hecho que recuerda que esta tipología de pacientes normalmente viven acompañados, están solteros (50% de la muestra), y que serán sus padres quienes los cuidarán, dato que en diversos estudios anteriores también se ha denotado (Castaño et al., 2012; Cheng, Huang, Lin, Yang, & Hsu, 2012; Garnica, 2013; Kao & Huang, 2014).

Los hermanos que tienen no coinciden con los hijos de los familiares, ya que hay que pensar que no se ha podido acceder a todos los familiares de los pacientes del estudio, o bien porque no querían participar, o bien porque no tenían familia o contacto con ésta.

Respecto al nivel de estudios, la mayoría afirman tener estudios y pocos de ellos no han cursado ninguno. Aun así, la mayoría tienen incapacidad laboral, con su respectiva paga contributiva, y no trabajan. Se observan resultados similares en cuanto a la actividad laboral en el estudio de Cheng, Huang, Lin, Yang, & Hsu (2012) o en Kao & Huang (2014). Aun así, tanto para aquellos que no se benefician de una paga contributiva, y para los que sí que pueden beneficiarse de ella, es importante realizar activación conductual para que salgan del domicilio y así se relacionen con otras personas y con su entorno. El beneficiarse de trabajar y estar activos socialmente también fue estudiado en 2014 en el estudio de Kao & Huang, quienes obtuvieron resultados positivos ya que, con su intervención, entre otros aspectos, ofrecieron oportunidades laborales. Del mismo modo pasa con el estudio de Moriana et al. (2015), quienes en su protocolo de intervención cuentan con un programa de trabajo protegido. En general, los niveles socioeconómicos de los pacientes son entre medios y bajos, por lo que la gestión económica y el manejo del dinero siempre es un punto importante a trabajar en sesión, tanto con el paciente como con la familia tal como también se apunta en Garnica (2013).

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas de los familiares, pese a que han participado 22 de ellos, la muestra es homogénea, y no presenta puntuaciones significativas, tanto en sexo como en edad. Aun así, hay presencia de más mujeres familiares que son cuidadoras de los pacientes, tal como indican los estudios de Castaño et al. (2012). Se obtienen puntuaciones estadísticamente significativas en el número de los hijos de los familiares; datos que, como comentamos en líneas anteriores, no tienen relación con el número de los hermanos de los pacientes. La mayoría de los familiares están casados o viven en pareja y no trabajan, por lo que es normal que sean una proporción elevada los pacientes que conviven con padres o hermanos, y tengan que convivir juntos toda la vida (Garnica, 2013). El nivel socioeconómico de los familiares, puntúa de forma estadísticamente significativa, siendo la distribución de los grupos heterogénea. Un gran número de familiares en el grupo PSICODOM tienen un nivel socioeconómico medio y la mayoría de familiares del grupo CONTROL, se distribuyen entre los rangos medio y bajo. Este hecho puede influir en mayor o menor medida en función del caso del que hablemos, ya que los propios pacientes, como es en este caso, se benefician de pagas contributivas. No obstante, es importante recordar, que el nivel socioeconómico del paciente suele influir en el pronóstico de la enfermedad.

En cuanto al consumo de tóxicos de los pacientes, se destaca el elevado consumo diario de tabaco, un consumo esporádico de cannabis (pero elevado en años anteriores a la actualidad), y un consumo de alcohol más elevado que el anterior. Por este motivo, es de gran importancia el hecho de realizar psicoeducación para reducir el consumo de tóxicos (Burns, 2014; Chang et al., 2013; Cheng et al., 2012; Huang et al., 2009; Kao & Huang, 2014; Moriana et al., 2015; Moriana & Martínez, 2011; Petitjean et al., 2013; Tsai et al., 2005; Vallina & Lemos, 2001) dada su ya conocida interacción con el tratamiento neuroléptico y prevenir las recaídas ya que este factor les influye. Así mismo, el consumo de sustancias influye enormemente en la gestión económica destinando gran parte de las ayudas que reciben a la compra de tabaco.

Son muchos los pacientes que tienen familiares con antecedentes psiquiátricos ya que pese a que dicha enfermedad es multicausal, el componente genético es una variable de gran peso en el pronóstico de la esquizofrenia. En relación al presente estudio, más de la mitad de los pacientes cuentan con familiares de primer grado que sufren o sufrían esquizofrenia, porque ya han fallecido, en la mayoría de las ocasiones.

5.2. La evaluación basal.

Respecto a la evaluación basal de la clínica sintomática presentada al inicio de la intervención, cabe destacar la similitud entre los grupos y la ausencia de diferencias significativas en la mayoría de medidas de resultado exploradas. Estos datos nos han permitido poder extraer conclusiones más precisas en cuanto a la valoración de los resultados obtenidos gracias a la intervención aplicada.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y el protocolo de evaluación basal, se decidió incluir la entrevista semiestructurada SCID-I/P para corroborar la estabilidad del diagnóstico inicial o al menos el que tenían en ese momento. Al ser una enfermedad heterogénea, la sintomatología puede variar a lo largo de los años. Pese que tiende a estabilizarse, a veces, los diagnósticos son cambiantes y nos encontramos con que la persona está diagnosticada de esquizofrenia cuando en realidad tiene un trastorno esquizoafectivo. En el transcurso de las evaluaciones basales no se descartó ningún caso, ya que todos presentaron criterios suficientes de estabilidad diagnóstica, habiendo 14 pacientes en cada grupo y tres tipologías diagnósticas: esquizofrenia paranoide (en mayor proporción), esquizofrenia indiferenciada, y trastorno esquizoafectivo; dicha distribución es similar en el estudio de Hodgekins et al. (2015). Una variable clínicamente significativa son los años de evolución de la enfermedad, siendo la media del grupo CONTROL mayor que la del grupo PSICODOM y, asimismo, estadísticamente significativa. Pero con las pruebas estadísticas se comprobó que dicha variable no influyó en los resultados significativos.

Referente a la medicación al inicio de las evaluaciones, convirtiendo la dosis de antipsicóticos equivalente a Clorpromazina en mg/día (Gardner, Murphy, O'Donnell, Centorrino, & Baldessarini, 2010), no se obtuvieron puntuaciones significativas, por lo que las dosis iniciales de los participantes de ambos grupos fueron homogéneas.

Se examinó el estado clínico de los pacientes mediante diferentes instrumentos de medida con el fin de valorar qué sintomatología tenían, si eran o no activos conductualmente y socialmente y cómo era el marco de la comunicación familiar, sobre todo en los casos en que los pacientes convivían con la familia. No sólo se evaluó a los pacientes sino que también se tuvieron en cuenta los familiares.

La distribución de las diferentes variables presenta resultados homogéneos, tanto en la escala PANSS y en sus subescalas, la escala EEAG, el test BDI-II, la escala QOLI, la escala

de SFS, y la escala SUMD. Entendemos que los dos grupos parten desde puntuaciones similares y esto nos ayuda a poder ver la evolución y diferenciación a lo largo de los meses entre ambos. Sucede lo mismo con el test que valora la toma de medicación (Morisky-Green).

Por otro lado, y haciendo referencia a la comunicación familiar, la distribución de las puntuaciones y, por lo tanto, la percepción que tienen tanto pacientes como sus familiares, de la comunicación en el domicilio, se asemeja bastante.

Los resultados también son homogéneos cuando se trata de la evaluación psicopatológica de los familiares y nos ayudará a denotar el impacto de la terapia a lo largo del tiempo.

En resumen, las variables valoradas en la evaluación basal del estudio son homogéneas en relación a la asignación aleatoria a los grupos y similares a otros estudios análogos y metanálisis (Cheng, Huang, Lin, Yang, & Hsu, 2012; Moriana, Alarcón, & Herruzo, 2004; Murphy et al., 2012) exceptuando los años de evolución de la enfermedad y la edad, variables que no mostraron influencia en los resultados obtenidos en la comparación de ambos grupos.

5.3. Los resultados de la evaluación y la comparación entre los grupos.

Tras la valoración de los resultados en la evaluación basal, se discutirán los resultados obtenidos a nivel intra-grupos y entre-grupos, es decir, la evolución clínica de cada grupo y la comparación entre ambos a lo largo de los 6 y los 12 meses en todas las medidas de resultado evaluadas.

Referente a la medicación al inicio y transcurridos los 12 meses, convirtiendo la dosis equivalente a Clorpromazina en mg/día (Gardner, Murphy, O'Donnell, Centorrino, & Baldessarini, 2010), y sin obtener puntuaciones significativas, se observa que, comparando la medicación de los dos grupos, la tendencia es que aumenta más la medicación que se administra en el grupo CONTROL que en el grupo PSICODOM. Hay que destacar, que las dosis que se estudian en este punto son las dosis de antipsicóticos y, cuando se vea reflejada la bajada o subida de la medicación posteriormente en el apartado de recaídas, se hace referencia a toda la medicación en su conjunto.

La mejoría sintomática ha sido evaluada mediante la PANSS (basal, a los 6 y 12 meses). Pese a no obtener puntuaciones significativas, la frecuencia de las puntuaciones de

la escala de psicopatología general de la PANSS, tiene tendencia a reducirse a lo largo de los meses en el grupo PSICODOM, hecho que no sucede en el grupo CONTROL. La reflexión que se extrae y que se puede intuir, es que a lo largo del tiempo, la tendencia será la disminución de las puntuaciones y, por lo tanto, de la sintomatología. Mientras que en el grupo PSICODOM, hay mejoría de la sintomatología, el grupo CONTROL empeora. Similar a comentarios anteriores y a estudios que también lo señalan (Farriols, et al., 2006), podemos decir que, frente a la tipología de pacientes crónicos y resistentes a tratamiento, necesitamos tiempo y valoración en el transcurso de los meses y años para poder denotar mayor cantidad de mejoras que sean significativas. La falta de resultados significativos también se plasma en la valoración entre-grupos de la misma escala. En esta etapa de la enfermedad, no es esperable encontrar notables cambios clínicos ya que con el tiempo se estabilizan y tienden a cronificarse progresivamente. Aun así, sí que se pueden observar cambios funcionales; contrariamente a lo que sucede en estudios de primeros episodios psicóticos, donde la remisión clínica en la intervención es más habitual.

En el caso de la escala que evalúa la actividad global (EEAG), se obtienen puntuaciones significativas, tanto por parte del grupo CONTROL como del grupo PSICODOM. Por parte del grupo CONTROL, las puntuaciones significativas son a los 12 meses debido a una reducción de las puntuaciones y, por lo tanto, debido a un empeoramiento en la actividad global del paciente. Por parte del grupo PSICODOM, en cambio, las puntuaciones significativas obtenidas a los 12 meses, pueden ser debidas a la mejoría de la actividad global y funcionalidad en el medio natural así como gracias al hecho de complementar el trabajo que realiza el PSI. En cuanto a la comparación entre grupos, también se hallan puntuaciones significativas a los 12 meses, evidenciando la mejoría de la actividad global en el grupo PSICODOM. Se entiende que este efecto está promovido por la intervención psicológica realizada y obtiene resultados positivos al igual que otros estudios que también promueven la activación conductual y social y, por lo tanto global, de los enfermos (Bota et al., 2007; Farriols, et al., 2006; Kallert et al., 2006; Moriana, 2006; Moriana et al., 2015).

La sintomatología depresiva es valorada mediante la escala BDI-II. Los resultados no son significativos pero, en ambos grupos, se reducen las puntuaciones. En consecuencia, la sintomatología depresiva disminuye. Cuando comparamos los dos grupos entre ellos, no aparecen puntuaciones significativas tampoco. Esto puede suceder porque los dos grupos

están atendidos a lo largo del tiempo (o bien, con el soporte de la figura del PSI solamente o con el PSI y el psicólogo a domicilio, además del equipo multidisciplinar). Es decir, el paciente puede sentirse apoyado y acompañado por lo que se reduce la sensación de soledad y, como consecuencia, la sintomatología depresiva. Además, la escala BDI-II es una escala subjetiva autoaplicada donde el paciente responde cómo percibe que se encuentra –a veces dicha percepción está distorsionada o se quiere proyectar una mejor estabilidad por miedo a las consecuencias–. En cualquier caso, esas tendencias son similares en ambos grupos, apoyando la idea de que la intervención de apoyo en el medio natural, ayuda a la mejora del estado de ánimo.

Al estudiar la percepción de la calidad de vida –decimos percepción porque la valoración es subjetiva–, no se muestran resultados significativos en cada grupo, pero la tendencia de las puntuaciones es de una mejora de la calidad de vida, por parte de los pacientes del grupo PSICODOM y de mantenerse estables en el tiempo por parte del grupo CONTROL. Esta tendencia observada, también se aprecia en otros estudios sobre la calidad de vida realizados en diversos países en servicios domiciliarios, tanto cuando tenían crisis y la abordaban en el domicilio (Carnegie, 2011) como cuando había un trabajo intensivo durante un periodo de tiempo en el domicilio (Chang et al., 2013; Cheng, Huang, Lin, Yang, & Hsu, 2012; Huang et al., 2009; Kallert et al., 2006; Kao & Huang, 2014; Schöttle et al., 2015; Tsai et al., 2005). En las comparaciones entre grupos no se hallan resultados significativos tampoco. Que no sean significativos los resultados puede ir vinculado a que son pacientes crónicos que, por su larga evolución, ya están acostumbrados a la enfermedad y a sus limitaciones personales y sociales que ésta implica.

Respecto al funcionamiento social, se puede decir que la intervención en habilidades sociales es una pieza fundamental que debe ser integrada en el plan de trabajo de una terapia psicológica (Agius et al., 2007; Huang et al., 2009) y, además, si es en un entorno natural del paciente como es en el domicilio, aun es más fácil. Los resultados obtenidos por cada uno de los grupos, nos muestran resultados significativos. Por parte del grupo CONTROL, se observa que el funcionamiento social empeora tanto a los 6 meses como, de forma similar, en el periodo de seguimiento respecto a la puntuación basal. En el caso del grupo PSICODOM, se obtienen puntuaciones significativas a los 6 meses, inferiores respecto a la basal, probablemente porque la evaluación que realiza el terapeuta observador es más realista que en la primera evaluación conociendo la situación global, cuando el paciente

pretende mostrar una visión sana de él mismo. Observamos que, aunque no se obtienen puntuaciones significativas a los 12 meses, se puede intuir que una intervención prolongada, más allá de los 12 meses, puede mantener su actividad social y no deteriorarse como en el otro grupo.

Cuando comparamos entre los dos grupos el funcionamiento social, observamos una gran diferencia entre éstos. Se obtienen puntuaciones significativas a los 12 meses, entendiendo que la intervención PSICODOM promueve un mantenimiento del funcionamiento social en el tiempo. Estos resultados se asemejan a los estudios de Bota et al., 2007; Farriols, et al., 2006; Kallert et al., 2006; Moriana, 2006; Moriana et al., 2015. Por otro lado, el hecho de no intervenir de forma psicológica, va reduciendo su funcionalidad y aumentando el estancamiento y consecuente aislamiento promoviendo posibles aumentos de recaídas, tal como plantea Moriana y su equipo (2006, 2015). Hay que recordar que la figura del PSI realiza un acompañamiento al paciente, pero que un trabajo psicológico puede aportar mayores resultados para mantener el funcionamiento social.

La conciencia de enfermedad es una pieza clave para la buena adherencia de los pacientes que padecen esquizofrenia y es una idea que está presente en diversidad de estudios (Estepa-Zabala et al., 2011; Laviana-Cuetos, 2006). El incumplimiento del tratamiento farmacológico es un problema frecuente, que se debe principalmente a la falta de dicha conciencia y a los efectos secundarios que producen (Farriols et al., 2006; Moriana, Alarcón, & Herruzo, 2004), lo que se traduce en el aumento de posibilidades de sufrir recaídas.

Los resultados obtenidos en el este estudio, presentan diferencias significativas en los grupos, reduciendo de forma importante las puntuaciones y, por lo tanto, aumentando la conciencia de enfermedad de los pacientes que se han beneficiado de las intervenciones del grupo PSICODOM y no dándose en el grupo CONTROL. Resultados similares son los que nos encontramos cuando comparamos entre grupos ya que hay diferencias significativas a los 6 y a los 12 meses en las diferentes subescalas que evalúan la conciencia de enfermedad (SUMD); se mejora la conciencia: de poseer un trastorno, de los efectos de la medicación así como de las consecuencias sociales del trastorno; se aumenta la conciencia en las escalas de conciencia y de atribución de los síntomas positivos (alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento) y negativos (embotamiento afectivo, anhedonía y sociabilidad) propios de la enfermedad. Por lo tanto, podemos decir que es clave el hecho de que una intervención

psicológica pueda promover una mayor conciencia de enfermedad por los aspectos comentados en los párrafos anteriores, ya a los 6 meses, y manteniéndose en el tiempo, pudiendo influir dicha conciencia en la mejora en otras variables que sólo muestran los cambios en períodos más prolongados.

Aun así, debemos tener en cuenta que una toma de conciencia brusca que implique la identificación que hará el paciente con sus, frecuentemente, amplias limitaciones, puede dificultar la mejora debido a la sintomatología depresiva que puede asociarse (Palma, Farriols, Cebrià, & Segura, 2005). Es importante no olvidar que durante la terapia se debe ayudar al paciente a afrontar el duelo de la enfermedad y las pérdidas que ésta conlleva y aceptar cuáles son las limitaciones de cada uno, fomentando las partes sanas de la persona. Así, como afirmábamos, tendremos en cuenta si la persona está preparada para afrontar y ser consciente de lo que le está sucediendo. Hay personas que niegan parte de la enfermedad pero que otra parte la aceptan (por ejemplo, un caso del estudio, de 40 años de edad, afirmaba lo siguiente: “*Tengo esquizofrenia; cobro por la orfandad de mi padre*”).

Son muchos los autores que defienden el hecho de incidir en que el paciente pueda controlar y ser más autosuficiente en el uso de la medicación antipsicótica (Agius, Shah, Ramkisson, Murphy, & Zaman, 2007, Huang, Lin, Yang, & Sun, 2009; Liberman, De-Risi, & Mueser, 1989). En los resultados del presente estudio, no se han obtenido puntuaciones significativas a lo largo de los meses en ninguno de los grupos pero sí que se han obtenido cuando comparamos entre los dos grupos. Aun así, los resultados obtenidos están lejos de los que nos gustaría obtener ya que el grupo CONTROL parece que mejora más en uno de los aspectos, la toma de medicación en el horario prescrito, por lo que aceptamos que en los estudios pueden aparecer resultados no esperados, ya que en las intervenciones domiciliarias realizadas se ha hecho gran inciso en la toma de medicación a las horas indicadas y a lo largo de los meses. Hay que tener en cuenta, también, que la figura del PSI que hace el control de la medicación, incide mucho en la toma de la medicación y en el seguimiento de ésta, pero dicho seguimiento se ha realizado en ambos grupos. Por último, en referencia a la medicación, y tal como explicitan Farooq & Naeem (2014), es de vital importancia implicar a los familiares en la administración de la medicación y que, a pesar de que en el grupo PSICODOM se ha implicado a la familia, no se ha mostrado su influencia en la toma de medicación en el horario indicado.

Centrándonos en estas líneas con las puntuaciones obtenidas por los familiares que han participado en el estudio, y al evaluar la sintomatología depresiva y la percepción de calidad de vida subjetiva, en ninguno de los casos obtenemos puntuaciones significativas a lo largo de los meses así como tampoco en la comparación entre grupos. No obstante, cuando nos referimos a la calidad de vida de los familiares a lo largo de los meses, pese a no obtener puntuaciones estadísticamente significativas, la percepción subjetiva mejora en ambos grupos. Tal como Huang et al. (2009) explican en sus estudios, la intervención familiar y la intervención psicológica en familiares es necesaria para reducir la sobrecarga de éstos mismos, ya que cumplen el papel de familiares y, a la vez, de cuidadores.

La reflexión que se extrae de los resultados es similar a la anterior comentada sobre la sintomatología depresiva en los pacientes, y es el hecho de que los participantes en el estudio han estado atendidos a lo largo de un año y se han sentido acompañados, por lo que los resultados podrían entenderse mejor partiendo de esta reflexión. Como comentan otros autores (Bota et al., 2007; Burns et al., 2006; Carnegie, 2011; Farrelly et al., 2014; Huang et al., 2009), y con la experiencia del presente estudio e intervenciones, es preferible, una vez conocen a los terapeutas y profesionales que trabajarán con ellos, tanto para los pacientes como para sus familiares, que las visitas sean a domicilio, evitando las crisis y los reingresos y estando en un ambiente confortable para ellos. Por estos motivos, el acompañamiento psicológico se puede ver reflejado en la tendencia que siguen las puntuaciones clínicas ya que mejoran la sintomatología depresiva a lo largo de los meses, aunque no de forma significativa, posiblemente debido a la limitación del número de la muestra, en relación a las características de los participantes, que están desvinculados del centro de salud mental.

Como conclusión de este apartado, por una parte, se ha demostrado significativo: la mejora de la actividad global en el grupo PSICODOM; el mantenimiento del funcionamiento social del grupo PSICODOM (mientras que el grupo CONTROL empeora); y el aumento de la conciencia de enfermedad que mejora a los 6 meses de forma muy significativa en el grupo PSICODOM y se mantiene a los 12 meses.

Por otro lado, pese a no obtener puntuaciones significativas, las tendencias son positivas para el grupo PSICODOM ya que en el grupo CONTROL aumentan más las dosis de medicación que se administran que en el grupo PSICODOM; la escala de psicopatología general de la PANSS, tiene tendencia a reducirse a lo largo de los meses en el grupo PSICODOM, hecho que no sucede en el grupo CONTROL (que obtiene puntuaciones significativas a los 6 meses debido al empeoramiento); en el BDI-II, se muestra una

reducción de la sintomatología depresiva en ambos grupos, tanto en el caso de los pacientes como de los familiares así como sucede en la percepción de la calidad de vida, todo ello, gracias a que están acompañados a lo largo de los meses. No se mejora la toma de medicación a las horas indicadas en el grupo PSICODOM pero, a la vez, no empeoran su sintomatología; en el grupo CONTROL sí que mejoran en el periodo de seguimiento.

5.4. Comparación de resultados cuantitativos del FCS con las observaciones de la parte cualitativa.

Cuando quisimos estudiar la comunicación familiar y la percepción de ésta según los diferentes miembros de la familia, se percibió que los resultados que referían y se objetivaban en la escala eran superiores y, por lo tanto, mejores que los que observábamos los profesionales en realidad de forma externa a la familia. Es por este motivo, que a parte del cuestionario de la comunicación familiar (FCS), se decidió valorar esta variable de forma cualitativa estudiándola a partir de observadores externos a la familia y al terapeuta principal.

Dado que la terapia familiar se centra en examinar y facilitar cambios en el funcionamiento o dinámicas que se dan entre los miembros de la familia (Elis et al., 2013), consideramos que es un elemento esencial que ha ayudado a que los pacientes no recaigan en la intervención PSICODOM que se ha realizado. Varios estudios afirman que la familia es capaz de crear y de mantener comportamientos problemáticos a nivel interpersonal como también de mantener en el tiempo la sintomatología del propio trastorno mental (Doherty & McDaniel, 2010; Elis et al., 2013; Linares, 2006).

Si observamos los resultados obtenidos a lo largo de los meses por la escala de comunicación familiar, sólo encontramos resultados significativos a los 12 meses, por parte de los familiares del grupo PSICODOM. Las puntuaciones obtenidas por ellos, aumentan y, por lo tanto, la percepción de la comunicación familiar, según su percepción mejora. La percepción de la comunicación familiar que tenían en un inicio, era de tener una comunicación buena. Por parte de los pacientes, la percepción de la comunicación es menor que la de sus familiares, pero sigue estando alrededor de percepciones de que se relacionan y comunican de forma adecuada en la escala FCS. Se sigue manteniendo, al igual que ha sucedido con otras variables, la necesidad de observar cambios transcurridos unos meses y realizando una terapia prolongada en el tiempo (Farriols et al., 2006). Cuando estudiamos la comparación entre ambos grupos, no obtenemos puntuaciones significativas. Es importante tener en cuenta que los cambios familiares son más complejos y requieren más tiempo pero,

aun así es vital incidir en ellos ya que los cambios relacionales e interpersonales que se generan en la familia, pueden facilitar el alivio y recuperación de la sintomatología psicótica (Borchers, Seikkula, & Arnkil, 2014; Doherty & McDaniel, 2010).

El análisis cualitativo que se ha realizado nos ha permitido observar el tipo de familias, la convivencia, la comunicación emocional y la emoción expresada que había en los diferentes sistemas estudiados. Estos aspectos observados, han sido una parte importante de la intervención que se ha llevado a cabo y se ha hecho un énfasis importante en el funcionamiento familiar.

En un inicio, la percepción de los observadores externos, no iba vinculada en la mayoría de las ocasiones con una buena comunicación familiar, tal como percibían pacientes y familiares. En mayor proporción, se observaban familias aglutinadas que no dejaban que el paciente tuviera autonomía y que, además, en muchas de ellas había presencia de psicopatología múltiple por parte de varios miembros de la familia. En cuanto a convivencia, gran parte de ellas tenían una relación de co-dependencia; factor que tampoco promovía la autonomía y, al mismo tiempo, tampoco la posibilidad de cooperar, ya que recaía en muchas ocasiones la carga para la misma persona. En relación a la comunicación emocional, se observó que no había presencia de expresiones de afecto, así como las desconfirmaciones por parte de varios miembros de la familia estaban presentes haciendo que, a la vez, la comunicación familiar se convirtiera en una comunicación agresiva. Por otra parte, había familias que el tipo de comunicación principal era evitativo; hecho que no ayudaba tampoco a la ayuda mutua, al afrontamiento de problemas o a la posibilidad de que el familiar animara al paciente a ser más independiente. Teniendo en cuenta los elementos de la Emoción Expresada, en diversas familias, la presencia de reproches era constante así como una alta sobreprotección por parte del familiar hacia el paciente que no le dejaba avanzar.

Después de los 12 meses de intervención PSICODOM, se objetivaron cambios. Podemos decir que la intervención realizada ha podido dar respuesta, por una parte, a variables familiares como: mejorar el subsistema fraternal y la co-dependencia parental; generar cooperación familiar tanto en las tareas de la casa como para hacer frente a la enfermedad; fomentar el soporte mutuo, la asertividad y la confianza; aumentar la empatía cognitiva; reducir el criticismo, la sobreprotección y la hostilidad; generar transparencia y la bidireccionalidad, para poder transmitir cómo se sienten y ayudarse; y, por otra parte, a variables personales, como: fomentar la autonomía-independencia de los pacientes para

poder llevar a cabo tareas de la vida diaria así como mejorar el disfrute de éstos. Y, por último, promover la aceptación y la validación personal y del sistema.

El trabajo de la comunicación familiar y la consecuente reducción de la emoción expresada en la familia, es vital para ayudar al paciente a sentirse integrado y validado dentro del sistema familiar así como lo explicitan varios autores (Ballús-Creus, 1998; Garnica, 2013; Leff & Vaughn, 1985) para evitar el riesgo de recaídas y para reducir la sintomatología negativa (Girón et al., 2010).

Vinculándolo con la teoría de Linares (1996, 2007), observamos que elementos como las desconfirmaciones, triangulaciones o los dobles mensajes, están presentes en las familias con pacientes con esquizofrenia. Los trastornos psicóticos pueden ser entendidos desde un punto de vista relacional como un resultado de la desconfirmación; siendo un fenómeno comunicacional que consiste en la experiencia subjetiva de la negación de la propia existencia por parte de figuras relevantes de las que se depende (Linares, 2007). En otras ocasiones, aunque con menor frecuencia, pueden aparecer la triangulación, que es una implicación disfuncional de los hijos en la resolución de los problemas relacionales de los padres. Estos elementos se enmarcan en lo que Linares define como conyugalidad y parentalidad. En familias con psicóticos, es habitual encontrar familias con una parentalidad primariamente deteriorada y/o con una conyugalidad disarmónica. Si la conyugalidad disarmónica coexiste con la parentalidad primariamente deteriorada, la situación relacional en la que se cría a los hijos es calificada como caótica. Serán familias trianguladoras cuando se combina una conyugalidad disarmónica con una parentalidad primariamente conservada. En caso de que los padres no presenten dificultades relevantes en el plano conyugal, pero sí se muestran incompetentes en el ejercicio de la parentalidad, se habla de privación; generando importantes carencias en la nutrición relacional de los hijos.

Antes de finalizar el presente apartado, y vinculado a las relaciones familiares, se decidió describir la relación del padre y de la madre con el hijo/a y la influencia de ésta, a partir de la Escala PBI, de Lazos parentales (Parker, Tupling, & Brown, 1979), que nos muestra la percepción del tipo de relación que recuerda el paciente hasta sus 16 años. La valoración realizada puede ser importante, ya que el tipo de vinculación con el padre y con la madre podría ser un factor protector para el paciente, al igual que lo hace una baja Emoción Expresada (García, Roxana, Pérez, Llovera, & Forteza, 2012) en la comunicación familiar. Aun así, y pese a no encontrar diferencias significativas, la relación que recuerdan tener los pacientes con su madre a esa edad, la mayoría la vinculan a una relación de control

sin afecto (bajo afecto y alto control) y a un vínculo débil (bajo afecto y bajo control), mientras que con los padres, también se distribuyen entre control sin afecto (bajo afecto y alto control), vínculo débil (bajo afecto y bajo control) pero, de forma positiva, aparece el vínculo óptimo (alto afecto y bajo control).

Si se relacionan los resultados del PBI, con los anteriores comentados de comunicación familiar, denotamos que una vinculación basada en un bajo afecto y un alto control (control sin afecto) puede ser similar a la sobreprotección observada en muchas ocasiones y que un vínculo débil, es decir, un bajo afecto y un bajo control, puede hacer referencia a las familias caóticas a las que hace referencia Linares. Para obtener vínculos óptimos (alto afecto y alto control), es decir formar parte de una familia con una parentalidad y una conyugalidad primariamente conservadas, serán importantes elementos como la ayuda mutua, la escucha activa, la empatía... Y, por otra parte, será vital incidir en la familia para reducir las desconfirmaciones, los dobles mensajes o las triangulaciones que están lejos de reducir el sufrimiento del paciente con esquizofrenia.

En síntesis, podemos decir que, pese a que los pacientes y familiares en un inicio, quieran demostrar que la comunicación familiar y la relación que mantienen la perciben de forma más positiva que la de los observadores externos, afirmamos que, con una intervención familiar, a lo largo del tiempo, se puede mejorar y se puede aumentar la conciencia y, en consecuencia, la mejora de la comunicación familiar en general.

5.5. Las recaídas.

Los expertos afirman la importancia de prevenir las recaídas durante el transcurso de la enfermedad del paciente ya que, junto con otros factores como son los periodos de aislamiento y las hospitalizaciones, influyen en el deterioro del funcionamiento diario y poco a poco en la capacidad de la persona para poder vivir de forma autónoma (Moriani et al., 2015). Es por este motivo que dicha variable constituye uno de los factores pronósticos más importantes de la esquizofrenia y se debe estudiar a lo largo del tiempo con la finalidad de mantener los resultados conseguidos.

En el presente estudio hemos encontrado diferencias en los resultados de recaídas en función de las medidas exploradas a los 6 y a los 12 meses. Los resultados han mostrado frecuencias superiores en el grupo CONTROL en todas las medidas evaluadas respecto a número de ingresos hospitalarios, número de visitas a urgencias y número de ingresos en hospital de día. Sin embargo, no en todas las medidas hallamos significación estadística. Las

diferencias de proporción entre los dos grupos, nos evidencian que los pacientes de PSICODOM no ingresan en el hospital ni durante la intervención ni durante el seguimiento, (sólo un paciente visita urgencias durante la intervención y ninguno en hospital de día). Dichos resultados muestran la fuerza del acompañamiento psicológico, tanto individual como familiar, y obteniéndose, resultados tan positivos como en estudios anteriores (Seikkula, 2006; Seikkula & Aaltonen et al., 2006).

A la par de los comentarios anteriores, y obteniendo puntuaciones significativas en el tipo de recaídas, dos de los pacientes de PSICODOM, sufren algún tipo de recaída, que no llega a ser grave, por tanto no se requiere ingreso, pero sí que lo serán las del grupo CONTROL, ya que la mitad de los pacientes tienen recaídas específicas y, de éstos, 4 recaen gravemente. Por lo tanto, tal como indican anteriores estudios (Agius, Shah, Ramkisson, Murphy, & Zaman 2007; Huang, Lin, Yang, & Sun, 2009), la probabilidad de recaer aumenta si no se reciben intervenciones psicológicas.

Dada la diferencia entre el grupo CONTROL y el grupo PSICODOM, se considera que el hecho de incidir en el tratamiento del paciente y de la familia, es de gran importancia para prevenir recaídas ya que, al igual que otros estudios (Johnson, 2007; Bird et al., 2010; Burns, 2014; Moriana et al., 2015), en la presente investigación se puede demostrar que dichas intervenciones reducen las rehospitalizaciones.

Uno de los factores que van relacionados con las recaídas, son los cambios de medicación y el motivo por el que se ha llevado a cabo dicho cambio. Se muestran dos fases diferenciadas: una primera, del inicio a los 6 meses y, una segunda fase, de los 6 meses a los 12. En la primera fase, pese a no obtener puntuaciones significativas, el grupo CONTROL obtiene frecuencias superiores en aumento de medicación mientras que cuando se trata de bajada de medicación en este periodo, las frecuencias son superiores en el grupo PSICODOM. Los motivos de los cambios de medicación, en la mayoría de los casos del CONTROL, son por empeoramiento clínico, y en el PSICODOM, se muestran distribuidos entre éstos, efectos secundarios no deseados y mejor adherencia al fármaco. En la segunda fase, ya se obtienen puntuaciones significativas en aumento de medicación y motivo del cambio de la medicación. Asimismo, como se ha comentado anteriormente, se puede comprobar en este caso que si se lleva a cabo una intervención prolongada en el tiempo, así como lo afirmaban Farriols, et al. (2006), se pueden denotar amplias diferencias en cuanto a progresos entre un grupo y el otro. En el grupo CONTROL, un porcentaje del 35,7%

necesita un aumento de medicación, mientras que ninguno del grupo PSICODOM lo requirió. También se obtienen puntuaciones significativas en los motivos del cambio de medicación, siendo la mayoría del grupo CONTROL, por razones de empeoramiento clínico y en el grupo PSICODOM no se observó.

En conclusión, el grupo PSICODOM, tiene menos recaídas y éstas son más leves que el grupo CONTROL. Ninguno de los pacientes de PSICODOM ingresa a lo largo de los 12 meses evaluados, por lo que se puede concluir que la terapia psicológica y el acompañamiento domiciliario han sido positivos en la prevención de recaídas en general.

6. CONCLUSIONES

6.1. Evaluación de la efectividad del programa PSICODOM

6.2. Limitaciones del estudio

6.3. Prospectiva

6. CONCLUSIONES.

6.1. Evaluación de la efectividad del programa PSICODOM.

En el presente apartado se expondrán las principales conclusiones del estudio referentes a las diferentes hipótesis planteadas, así como las limitaciones de la investigación y la prospectiva.

El programa PSICODOM se ha mostrado adecuado para pacientes resistentes a tratamiento psicológico y farmacológico en su evaluación a los 6 y 12 meses del inicio ya que ha tenido un impacto positivo en muchas de las variables contempladas.

Hipótesis generales

Se confirma las hipótesis 1 y 2.

1. Se espera que el grupo PSICODOM que recibe la intervención, presente menor resistencia al tratamiento integrado que el grupo CONTROL.
2. Se espera que el grupo PSICODOM que recibe la intervención, evolucione más positivamente a nivel general en comparación al grupo CONTROL.

Una intervención domiciliaria en pacientes resistentes a tratamiento que sufren esquizofrenia, realizada con el paciente y la familia, al menos durante 12 meses, tiene un alto impacto sobre la reducción de la resistencia al tratamiento integrado y evoluciona más positivamente en las medidas intra-grupales en:

- La comunicación familiar por parte de la familia a los 12 meses.
- La conciencia de enfermedad a los 12 meses.
- La actividad global a los 12 meses.

Respecto a la comparación entre los grupos, en el grupo PSICODOM se evidencia:

- Una reducción del número de recaídas a los 12 meses en ingresos, urgencias, menor proporción de aumentos de medicación y los motivos de cambio de tratamiento no son por razones de empeoramiento clínico.
- Una mejora en la conciencia de enfermedad a los 6 y 12 meses.
- Un mantenimiento de la funcionalidad social a los 12 meses.
- Una mejoría de la actividad global a los 12 meses.

Hipótesis específicas

No se confirma la hipótesis 3. Se espera que el grupo PSICODOM que recibe la intervención, tenga una adherencia al tratamiento farmacológico más favorable que el grupo CONTROL.

No se obtienen puntuaciones significativas a lo largo de los meses que sean favorables al grupo PSICODOM. No obstante, el hecho de que los pacientes del grupo PSICODOM no recaen prácticamente va vinculado a la adherencia al tratamiento farmacológico y a la intervención psicológica realizada y, por lo tanto, a la toma de medicación.

Se confirma la hipótesis 4. Se espera que el grupo PSICODOM que recibe la intervención, tenga un 20% superior de conciencia de enfermedad en comparación al grupo CONTROL.

El grupo PSICODOM presenta diferencias altamente significativas y mayor conciencia de enfermedad tanto a los 6 como a los 12 meses, tanto de conciencia de enfermedad como atribución de la sintomatología a ésta, en comparación con el grupo CONTROL que no la mejora.

Se confirma la hipótesis 5. Se espera que el grupo PSICODOM que recibe la intervención, reduzca las recaídas en un 30% en comparación al grupo CONTROL.

El grupo PSICODOM muestra una tasa de recaídas más baja en reingresos en hospital, en visitas a urgencias y en reingresos a hospital de día ya que ninguno de los pacientes que se han beneficiado de la intervención, han utilizado dichos servicios. Tampoco han sufrido recaídas graves y no han aumentado la dosis de medicación. En cambio, en el grupo CONTROL, aparece un mayor número de recaídas y un mayor uso de dispositivos.

Se confirma la hipótesis 6. Se espera que el grupo PSICODOM que recibe la intervención, tenga una funcionalidad psicosocial un 30% mejor que el grupo CONTROL.

La funcionalidad psicosocial se mantiene a lo largo del tiempo en el grupo PSICODOM mientras que se observa una decaída muy grande en el grupo CONTROL, hecho que demuestra la necesidad de conservar las habilidades psicosociales del paciente para que no aumenten su deterioro.

No se confirma la hipótesis 7. Se espera que el grupo PSICODOM que recibe la intervención, tenga una reducción mayor de la sintomatología psicótica positiva, negativa y de la psicopatología general en la PANSS en comparación al grupo CONTROL.

La sintomatología psicótica mejora en el grupo PSICODOM cuando nos referimos a la escala de psicopatología general, reduciendo su puntuación, y evidenciándose transcurridos 12 meses desde la evaluación inicial aunque no de forma significativa. En la escala positiva y negativa no se observa esta reducción.

Se confirma la hipótesis 8. Se espera que el grupo PSICODOM que recibe la intervención, reduzca la EE en el marco de la comunicación familiar (comentarios críticos, hostilidad, sobreprotección) más que el grupo CONTROL.

En el grupo PSICODOM se ha conseguido reducir notablemente la Emoción Expresada en el marco de la comunicación familiar. Por un lado, se obtienen puntuaciones significativas transcurridos 12 meses respecto a los familiares en el test cuantitativo. Por otro lado, a partir del análisis cualitativo, se ha podido evidenciar la reducción de estos factores además de la mejoría del sistema en general. En contrapartida, pese a no obtener puntuaciones significativas en las escalas cuantitativas, en el grupo CONTROL, no se evidencian estos cambios cualitativos en la comunicación familiar ya que la figura del PSI no incide en la intervención familiar.

No se confirma la hipótesis 9. Se espera que el grupo PSICODOM que recibe la intervención, respecto al estado de ánimo del paciente y de la familia, reduzcan un 30% más la intensidad sintomática que el grupo CONTROL.

Tanto el grupo PSICODOM como el grupo CONTROL, pacientes y familiares, reducen la intensidad sintomática, pero sin obtener puntuaciones significativas. Se vincula esta mejoría al hecho de estar acompañados durante 12 meses por profesionales que les dan un tipo de soporte u otro.

No se confirma la hipótesis 10. Se espera que el grupo PSICODOM que recibe la intervención, tenga una calidad de vida del paciente y de su familia un 20% superior que el grupo CONTROL.

Mejora la percepción de la calidad de vida en el grupo PSICODOM, tanto de pacientes y de familiares, pero sin obtener puntuaciones significativas. En el grupo CONTROL, las puntuaciones se mantienen de forma similar a la evaluación inicial.

Como en todo estudio e investigación, en las líneas posteriores, se describirán las principales limitaciones, así como las líneas de mejora y prospectiva de futuro.

6.2. Limitaciones del estudio.

La población objeto de investigación tiene unas características muy concretas y, además, se han acotado estrictamente los criterios de inclusión. Esto ha hecho que el tamaño de la muestra final sea reducido. Aún así, cuando se calculó los participantes necesarios para obtener resultados válidos, se estimaron 9 sujetos por cada grupo y finalmente solo se obtuvieron 28 en total. Siendo una muestra reducida, en la fase de análisis estadístico se han tenido que tomar decisiones al respecto como la utilización de pruebas no paramétricas. En general, los estudios de pacientes resistentes a tratamiento presentan esta limitación, ya que los criterios de inclusión para la muestra suelen ser restrictivos, además de las dificultades implícitas que presenta la aceptación a participar en una intervención a domicilio en un ambiente natural para ellos donde pueden quedar expuestas sus limitaciones.

Por otra parte, al no realizarse muchas intervenciones domiciliarias desde un formato de intervención psicológica y multidisciplinar, no existe suficiente bibliografía anterior como para poder discutir los resultados y compararlos con otras intervenciones que sean muy similares a esta. En la revisión bibliográfica realizada, no hemos encontrado ningún otro estudio que defina una intervención de este tipo ya que hay muchas variables que no se pueden controlar en una intervención multidisciplinar. Aún así, este estudio ofrece una intervención completa en un ambiente natural y realizada con un equipo multidisciplinar. Es por ello que es difícil controlar todas las variables que pueden estar vinculadas a los diversos factores (personal asistencial, sociales y psicológicos) que se implican en la intervención.

Una limitación importante es la heterogeneidad de los grupos en cuanto a edad y a años de evolución de la enfermedad, pese haber aleatorizado los grupos. El grupo CONTROL es mayor y, en consecuencia, tiene más años de historia de evolución de enfermedad que el grupo PSICODOM. Aún así, se han estudiado si estas variables podían influir en los resultados significativos del estudio, y parece ser que no influyen en las tendencias de las puntuaciones obtenidas.

Otra de las limitaciones del presente estudio es la temporalización del seguimiento. Se presentan resultados a los 6 meses de la intervención y a los 12 después del seguimiento y aunque éstos hayan sido favorables, es necesario un período de tiempo más largo de seguimiento, para observar con más detalle el mantenimiento de la mejoría en el grupo PSICODOM y la evolución natural del grupo CONTROL a más largo plazo.

Además, en un inicio, se pretendió que el seguimiento psiquiátrico fuera llevado a cabo a nivel domiciliario dentro del programa PSICODOM como mínimo mensualmente por el psiquiatra de referencia del paciente y visitado de forma urgente en caso de que éste lo requiriera. Aunque sí que hubieron visitas a domicilio en ocasiones puntuales, tanto para crear vínculo como para momentos de crisis, no se realizaron una vez al mes como se hubiera deseado en el planteamiento inicial de la investigación.

No debemos olvidar que, pese a tener la intención de realizar una intervención con el paciente pero, además, también familiar, a veces los pacientes no disponían de un soporte familiar que pudiera hacerse cargo de él económicamente y que pudiera participar en una intervención domiciliaria a la vez que conviviera con esta persona, similar a lo que comentaba Burns en su estudio del 2014.

Por último, destacamos que el nivel socioeconómico de los familiares, se muestra como una limitación ya que puntúa estadísticamente significativo, siendo la distribución de los grupos heterogénea, aunque toda la muestra se situaba en los niveles intermedios o bajos. Es una posible limitación ya que se sabe que el nivel socioeconómico puede influir en el pronóstico del paciente.

6.3. Prospectiva.

A continuación se describen las líneas de mejora y valoración para futuros estudios en relación a intervenciones psicológicas realizadas en el domicilio del paciente, tanto a nivel individual como familiar. Estas líneas de mejora hacen referencia sobretudo a la estabilidad de los resultados durante los próximos años, entendiendo que si se mantienen en el tiempo los resultados obtenidos, la propuesta domiciliaria será mayor. Asimismo, la prospectiva de mejora, también va relacionada con las variables de inclusión en futuros protocolos de evaluación para poder de esta forma aumentar el conocimiento sobre las intervenciones psicológicas domiciliarias en pacientes resistentes a tratamiento psicológico y farmacológico.

En vista de nuestros resultados obtenidos en el presente estudio, queremos reflejar es la necesidad de que en futuros programas de intervención:

- Se realice una mayor incidencia en la toma de medicación a las horas indicadas.
- Se incida en la atención a las familias, ya que ambos resultados de los grupos no son estadísticamente significativos y creemos que el cuidado de las familias es clave. Los familiares son los principales cuidadores y quienes sufren la carga en mayor proporción de los pacientes esquizofrénicos. Es común que, frente a la gran demanda de servicios sanitarios, el sistema de respuesta a los pacientes y pueda dejar en segundo plano a los familiares.
- Se observe la evolución durante los próximos años de ambos grupos para extraer conclusiones más consistentes sobre la estabilidad de los cambios y el mantenimiento en el tiempo.
- Se debería ampliar el tamaño de la muestra realizando estudios multicéntricos en colaboración con otros equipos y aumentando el tiempo de recogida de datos (aunque en el presente estudio fue de 2 años porque la inclusión en los grupos fue paulatina).
- Sería interesante manualizar un tratamiento que, aunque se deba flexibilizar teniendo en cuenta las características específicas de los pacientes y sus familiares, ayude a los profesionales que realizan este tipo de intervenciones.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaltonen, J., Seikkula, J. & Lehtinen, K. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3(3), 179–191. doi: 10.1080/17522439.2011.595819
- Agius, M., Shah, S., Ramkisson, R., Murphy, S., & Zaman, R. (2007). Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team – final results. *Psychiatric Danubina*, 19, 130–138.
- Amador, X.F. & Strauss, D.H. (1990). *The scale to assess unawareness of mental disorder (SUMD)*. New York: Columbia University and New York State Psychiatric Institute.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.DSM-IV*. Washington: Author. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a ed). DSM-V*. American Psychiatric Association: Autor.
- Arnkil, T. E., & Seikkula, J. (2015). Developing Dialogicity in Relational Practices: Reflecting on Experiences from Open Dialogues. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(1), 142–154. doi: 10.1002/anzf.1099
- Avdi, E., Lerou, V., & Seikkula, J. (2015). Dialogical features, therapist responsiveness, and agency in a therapy for psychosis. *Journal of Constructivist Psychology*, 28(4), 329–341. doi: 10.1080/10720537.2014.994692
- Ballús-Creus, C. (1991). *Adaptació del parental Bonding Instrument*. Barcelona: Escola Professional de Psicologia Clínica.
- Ballús-Creus, C. (1998). Diez años de orientación familiar terapéutica en la esquizofrenia. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*, 25 (69), 172-176.

- Barker, V., Taylor, M., Kader, I., Stewart, K., & Le Fevre, P. (2011). Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *The Psychiatrist*, 35(3), 106–110. doi: 10.1192/pb.bp.110.031344
- Barnes, H. & Olson, D. (1982). *Parent-adolescent communication Scale*. En *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life circle* (pp. 51-63). St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory—Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Biong, S., Ness, O., Karlsson, B., Borg, M., & Kim, H. S. (2012). A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 3. Changes in morbidity and clinical problems from admission to discharge. *International Journal of Mental Health Systems*, 6(1), 17. doi: 10.1186/1752-4458-6-17
- Birchwood, M., Lester, H., McCarthy, L., Jones, P., Fowler, D., Amos, T., ... Marshall, M. (2014). The UK national evaluation of the development and impact of Early Intervention Services (the National EDEN studies): study rationale, design and baseline characteristics. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(1), 59–67. doi: 10.1111/eip.12007
- Birchwood, M., McGorry, P., & Jackson, H. (1997). Early intervention in schizophrenia. *British Journal Psychiatry*, 170, 2–5. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.170.1.2>
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-9.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of*

Psychiatry: The Journal of Mental Science, 197(5), 350–6. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074526

- Bloch, G., Gronnestad, T. & Lise, A. (2009). *Trabajo familiar y multifamiliar en las psicosis. Una guía para profesionales*. Barcelona: Herder.
- Bobes, J., González, M.P. & Bousoño, M. (1995). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J. R. Prous.
- Borchers, P. (2014). “Issues like this have an impact”: the need-adapted treatment of psychosis and the psychiatrist’s inner dialogue. University of Jyväskylä. Recuperado de <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/44396>
- Borchers, P., Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2014). The Need Adapted Approach in psychosis: The impact of psychosis on the treatment, and professionals. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 16, 5–19.
- Borchers, P., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2013). Psychiatrists’ inner dialogues concerning workmates during Need Adapted treatment of psychosis. *Psychosis*, 5, 60–70. doi: 10.1080/17522439.2012.664775
- Bota, R. G., Munro, J. S. & Sagduyu, K. (2007). Benefits of boarding home placement in patients with schizophrenia. *Southern Medical Journal*, 100(2), 145–8. doi: 10.1097/01.smj.0000254188.27513.34
- Burns, T. (2014). Community psychiatry’s achievements. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(4), 337–44. doi: 10.1017/S2045796014000560
- Burns, T., Catty, J. & Wright, C. (2006). Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 33–35. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00714.x
- Carnegie, M. (2011). Effects of Hospital Based and Community Based Treatment on Quality of Life in Adult Mental Health Clients. *Mental Health CATs*, 24. Recuperado de <http://commons.pacificu.edu/otmh/24>.
- Castaño, Y., Chávez, E. & Piedrahita, L. (2012). Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental. *Enfermería Global*, 28,

41–51. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/clinica4.pdf>

- Chang, L. R., Lin, Y. H., Wu Chang, H. C., Chen, Y. Z., Huang, W. L., Liu, C. M., ... Hwu, H.-G. (2013). Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 112(4), 208–215. doi: 10.1016/j.jfma.2012.01.018
- Cheng, J. F., Huang, X. Y., Lin, M. J., Yang, T. C. & Hsu, Y. S. (2012). Intervening conditions of hospital-based home care for people with severe mental illness. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 29(4), 320–9. doi: 10.1111/j.1525-1446.2012.01021.x
- Craig, T.K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M. & Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *British Medical Journal*, 329, 1067–1070.
- Department of Health. (1999). *National service framework for mental health: Modern Standards and Service Models*. Department of Health: Autor.
- Doherty, W.J. & McDaniel, S.H. (2010). *Family therapy*. Washington, DC: American Psychological Association; New York, NY: Oxford University Press.
- Department of Health of the UK. (2000). *The NHS Plan*. London: Autor.
- Elis, O., Caponigro, J. M., & Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 914–928. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.001
- Elvira, J. A. M., Pulido, E. A., & Cabrera, J. H. (2004). Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*, 16(3), 436–441. ISSN: 0214-9915
- Estepa-Zabala, M^aB., Casín-Galván, G., González-Nuñez, R., Fernández-León, Marta León-Gómez, E. & Jiménez-Membrilla, C. (2001). Abordaje multidisciplinar de un caso de especial dificultad: esquizofrenia paranoide y rechazo activo al tratamiento.

Rehabilitación Psicosocial, 8(1-2), 44-50.

- Geekie, J. & Read, J. (2009). *Making sense of madness: contesting the meaning of schizophrenia*. London: Routledge.
- Farooq, S. & Naeem, F. (2014). Tackling nonadherence in psychiatric disorders: current opinion. *Dove Press Journal: Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1069-1077. doi: 10.2147/NDT.S40777
- Farrelly, S., Brown, G., Rose, D., Doherty, E., Henderson, R. C., Birchwood, M., ... Thornicroft, G. (2014). What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10), 1609–17. doi: 10.1007/s00127-014-0869-1
- Farriols, N., Palma, C., Ramos, M., Fernández, M., Chamarro, A., Polo, Y. & Botella, Ll. (2006) Efectividad de un programa de intervención psicosocial en pacientes psicóticos crónicos, *Clínica y Salud*, 17 (2), 171-185. ISSN: 1135-0806.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J.B.W. (2000). *SCID-I entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV: guía del usuario, cuaderno de puntuaciones y cuaderno de aplicación*. Barcelona: Masson.
- García, A., Roxana, P., Pérez, M., Llovera, F. & Forteza L. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 739–756. ISSN: 0211-5735
- Gardner, D., Murphy, A., O'Donnell, H., Centorrino, F. & Baldessarini, R. (2010). International consensus study of antipsychotic dosing. *American Journal of Psychiatry*, 167(6). doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09060802
- Garnica, R. (2013). Alternativas Terapéuticas para la Esquizofrenia. *Salud Mental*, 36(1), 85–86. ISSN 0185-3325.
- Gil, D., Diego, M., Bengochea, R., Arrieta, M., Lastra, I., Sánchez, R. & Alvarez, A. (2009). Efficacy of a social cognition training program for schizophrenic patients: a pilot study. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 184–91. ISSN 1138-7416

- Girón, M., Fernández-Yañez, A., Mañá-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A., & Gómez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: A 2-year randomized controlled study. *Psychological Medicine, 40*(1), 73–84. doi: 10.1017/S0033291709006126
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Gleeson, J.F.M., Cotton, S.M., Alvarez-Jimenez, D., Wade, D., Gee, D., Crisp, K., ... McGorry, P.D. (2009). A randomized controlled trial of relapse prevention for first-episode psychosis patients. *The Journal of Clinical Psychiatry, 70*, 477–86. doi: 10.4088/JCP.08m04407
- Glover, G., Arts A., & Babu, K.S. (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *British Journal of Psychiatry, 189*, 441–445. doi: 10.1192/bjp.bp.105.020362
- Glynn, S. M., Marder, S. R., Liberman, R. P., Blair, K., Wirshing, W.C., Ross, D. & 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. doi: 10.1176/appi.alp.159.5.829
- Gould, M., Theodore, K., Pilling, S., Bebbington, P., Hinton, M. & Johnson, S. (2006). Initial treatment phase in early psychosis: can intensive home treatment prevent admission? *Psychiatric Bulletin, 30*, 243–246. doi: 10.1192/pb.30.7.243
- Granholm, E., Ben-Zeev, D., Link, P.C., Bradshaw, K.R., Holden, J.L. (2011). Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia (MATS): A Pilot Trial of An Interactive Text-Messaging Intervention for Medication Adherence, Socialization, and Auditory Hallucinations. *Schizophrenia Bulletin, 38*(3), 414–425. doi: 10.1093/schbul/ssbr155
- Hasselberg, N., Gråwe, R. W., Johnson, S. & Ruud, T. (2011). Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry, 11*, 183. doi: 10.1186/1471-244X-11-183
- Heatherington, L. & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family psychotherapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy,*

16, 299-306. doi: 10.1111/j.1752-0606.1990.tb00851.x

- Hegde, S., Rao, S. L., Raguram, A., & Gangadhar, B. N. (2012). Addition of home-based cognitive retraining to treatment as usual in first episode schizophrenia patients: a randomized controlled study. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(1), 15–22. doi: 10.4103/0019-5545.94640
- Hodgekins, J., Birchwood, M., Christopher, R., Marshall, M., Coker, S., Everard, L., ... Fowler, D. (2015). Investigating trajectories of social recovery in individuals with first episode psychosis: a latent class growth analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 1-8. doi: 10.1192/bjp.bp.114.153486
- Hopkins, C. & Niemiec, S. (2007). Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 310–318. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01083.x
- Huang, X. Y., Lin, M. J., Yang, T. C. & Sun, F. K. (2009). Hospital-based home care for people with severe mental illness in Taiwan: a substantive grounded theory. *Journal of Clinical Nursing*, 18(21), 2956–68. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02908.x
- IASAM. (1987). *La población hospitalizada en instituciones psiquiátricas en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía.
- Jauhar, S., Mckenna, P., Radua, J., Fung, E., Salvador, R. & Laws, K. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *British Journal of Psychiatry*, 204, 20–29. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116285
- Jethwa, K., Galappathie N., & Hewson P. (2007). Effects of a crisis resolution and home treatment team on in-patient admission. *Psychiatric Bulletin*, 31, 170–172: doi:10.1192/pb.bp.106. 010389
- Johnson, S. (2007). *Crisis resolution and intensive home treatment teams*. *Psychiatry*, 6, 339–342. doi: 10.1016/j.mppsy.2007.05.011
- Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hoult, J., McKenzie, N., ... Bebbington, P., (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis

- resolution team: the north Islington crisis study. *British Medical Journal*, 331, 599-604. doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F
- Joy, C. B., Adams, C. E. & Rice, K. (2006). Crisis intervention for people with severe mental illnesses: A cochrane systematic review. *Schizophrenia Research*, 3, 41-53. doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub3
- Kallert, T. W., Leisse, M., & Winiecki, P. (2006). Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *Journal of Public Health*, 15(1), 29–42. doi: 10.1007/s10389-006-0071-3
- Kao, C. C. & Huang, H. M. (2014). A comparison of the quality of life of patients with schizophrenia in daycare and homecare settings. *The Journal of Nursing Research : JNR*, 22(2), 126–35. doi: 10.1097/jnr.0000000000000026
- Karlsson, B., Borg, M., Biong, S., Ness, O. & Kim, H. (2012). A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 2. Provision of professional services. *International Journal of Mental Health Systems*, 6(1), 14. doi: 10.1186/1752-4458-6-14
- Kay, S.R., Flszbein, A. & Opfer, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. doi: 10.1.1.514.5005
- Kłapciński, M., & Wojtyńska, R. (2015). Open Dialogue Approach – An Alternative to Neuroleptics or Development of Pharmacologically Cautious Treatment of Schizophrenia? *Journal of Schizophrenia Research*, 2(2). Recuperado de <http://austinpublishinggroup.com/schizophrenia/download.php?file=fulltext/schizophrenia-v2-id1013.pdf>
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P. & Zárata, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 12-23. doi: 10.1093%2Fschbul%2Fsb1023
- Kuipers, E., Leff, J. & Lam, D. (2004). *Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias*. Barcelona: Paidós.

- Laviana-Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de la Psicología*, 24(1-3), 345-373. ISSN 0213-3334
- Leff, J. & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Londres: The Guildford Press.
- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mental ill. *Evaluation and program planning*, 11, 51-62. doi: 10.1016/0149-7189(88)90033-X
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rakkolainen, V. & Syvalahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312-320. doi: 10.1016/S0924-9338(00)00400-4
- Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernández, O., Fernández-Iglesias, P., Vallejo-Seco, G., Fonseca-Pedrero, E., Paíno-Piñeiro, M., ...Ortega-Ferrández, J. A. (2009). Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: a longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 121-9. doi: 10.1016/j.schres.2009.09.011
- Liberman, R.P., De Risi, W.J. & Mueser, K.T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients: Psychology practitioner guidebooks*. New York: Pergamon Press.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J.L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y salud*, 18(3), 381-399. ISSN 1130-5274
- López Santiago, J., Blas, L. & Gómez, M. (2012). Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17 (1), 1-10. ISSN 1136-5420/12
- Marshall, M., & Rathbone, J. (2006). Early Intervention for psychosis. *Cochrane*

Database Systematic Review, 4. doi: 10.1002/14651858.CD004718.pub2

Marshall, M. & Rathbone, J. (2014). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Systematic Review*, 6. doi:10.1002/14651858.CD004718.pub3

Martínez Jambrina, JJ. & Peñuelas Carnicero, E. (2007). Tratamiento asertivo comunitario: el modelo de avilés. *Archivos de psiquiatría*, 70 (2), 77-82. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2777241.pdf>

Mihanovic, M., Restek-Petrovic, B., Bogovic, A., Ivezic, E., Bodor, D. & Pozgain, I. (2015). Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 585–595. doi: 10.2147/NDT.S73582

Montero, I., Asencio, A., Hernández, I., Masanet, M. J., Lacruz, M., Bellver, F., ... 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., & Alarcón, E. (2000). *Entrenamiento en habilidades de la vida diaria para enfermos mentales crónicos*. Madrid: Fund. T. APMIBt

Moriana, J. A., Alarcón, E., & Herruzo, J. (2006). Aplicación de un programa de intervención lógica en un caso de esquizofrenia. *Análisis y modificación de conducta*, 32 (146), 719-742. Recuperado en <https://core.ac.uk/download/pdf/41562399.pdf>

Moriana, J. A., Alarcón, E. & Herruzo, J. (2004). Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*, 16(3) 436-441. ISSN 0214-9915

Moriana, J. A., Alarcón, E. & Herruzo, J. (2006). In-Home Psychosocial Skills Training for Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(2), 260–262. doi: 10.1176/appi.ps.57.2.260

Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. J. & Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(1), 5–24. ISSN 1132-9483

- Moriana, J. A. & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100. ISSN 1136-5420
- Morisky, D.E., Green, L.W., & Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 24, 67-74. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3764638>
- Murphy, S., Irving, C. B., Adams, C. E. & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub4
- National Institute for Mental Health in England. (2006). *Crisis resolution home treatment or closer to home*. England: NIMHE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. Inglaterra y Gales: NICE.
- Ness, O., Karlsson, B., Borg, M., Biong, S. & Hesook, S. K. (2012). A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 1. Patient characteristics at admission and referral. *International Journal of Mental Health Systems*, 6(1), 18. doi: 10.1186/1752-4458-6-18
- Nose, M., Barbui, C., Gray, R. & Tansella, M. (2003). Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 197-206. doi: 10.1192/bjp.183.3.197
- Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 790-812. doi: 10.2466/pr0.1962.10.3.799
- Palma, C., Cebrià, J., Farriols, N., Cañete, J. & Muñoz, E. (2005). La intervención motivacional en el paciente esquizofrénico. *Psiquis*, 26, 109-120. ISSN 0210-8348
- Palmier-Claus, J. E., Rogers, A., Ainsworth, J., Machin, M., Barrowclough, C., Laverty, L., ... Lewis, S. W. (2013). Integrating mobile-phone based assessment for psychosis into people's everyday lives and clinical care: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 34. doi: 10.1186/1471-244X-13-34

- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British journal of medical psychology*, 52(1), 1-10. doi: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x
- Penn, D.L., Waldheter, E.J., Perkins, D.O., Mueser, K.T., & Lieberman, J.A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *American Journal Psychiatry*, 162, 2220–32. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2220
- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 205(2), 88–94. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127753
- Peralta, V. & Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22(4), 171-177. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/433/pdf/8-panss.pdf>
- Petitjean, F., Muller, G., & Dabat, B. (2013). Accueil familial thérapeutique et réhabilitation psychosociale. Mise en œuvre de techniques de remédiation cognitive dans un établissement spécialisé. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 171(8), 556–560. doi: 10.1016/j.amp.2013.06.008
- Rascón, M. L., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H. & Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Mental*, 37(3), 239–246. ISSN 0185-3325
- Roder, V., Brenner, H.D., Hodel, B. & Kienzie, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Ruiz, A. I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J.M, Cuppa, S. & García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 111-119. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/50/ENG/9-50-ENG-111-119-949105.pdf>

- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 16*, 121-142. ISSN 1130-5274
- Sanz, M. (2003). *El funcionamiento familiar de los drogodependientes a lo largo de un tratamiento*. Tesis doctoral. Universidad de Deusto.
- Schöttle, D., Ruppelt, F., Karow, A., & Lambert, M. (2015). Home treatment--a treatment model of integrated care in Hamburg. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 65*(3-4), 140–5: doi: 10.1055/s-0034-1390424
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of family therapy, 30*(4), 478–491. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00439.x
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life. *The Australian and New Zealand journal of family therapy, 32*(3), 179–193. doi: 10.1375/anft.32.3.179
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research, 16*(2), 214–228. doi: 10.1080/10503300500268490
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis, 3*(3), 192–204. doi: 10.1080/17522439.2011.595819
- Seikkula, J., Arnkil, T. E., & Hoffman, L. (2006). *Dialogical Meetings in Social Networks*. London: Karnac.
- Seikkula, J., & Laitila, A. (2012). Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. *Journal of marital and family therapy, 38*(4), (667-687). doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00238.x
- Sharifi, V., Tehranidoost, M., Yunesian, M., Amini, H., Mohammadi, M. & Jalali

- Roudsari, M. (2012). Effectiveness of a Low-Intensity Home-Based Aftercare for Patients with Severe Mental Disorders: A 12-month Randomized Controlled Study. *Community Mental Health Journal*, 48(6), 766–770. doi: 10.1007/s10597-012-9516-z
- Sjølie, H., Karlsson, B. & Kim, H. S. (2010). Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 881–892. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x
- Španiel, F., Vohlídka, P., Kožený, J., Novák, T., Hrdlička, J., Motlová, L., ... Höschl, C. (2008). The Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia: an extension of a mirror design follow up. *International Journal of Clinical Practice*, 62, 1943–1946. doi: 10.1011/j.1742-1241.2008.01903.x
- Tsai, S. L., Chen, M. B. & Yin, T. J. C. (2005). A Comparison of the Cost-Effectiveness of Hospital-Based Home Care With That of a Conventional Outpatient Follow-up for Patients With Mental Illness. *Journal of Nursing Research*, 13(3), 165–173. doi: 10.1097/01.JNR.0000387538.37889.38
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J. & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 36–40. doi: 10.1192/bjp.bp.105.010884
- Tyrer, P., Gordon, F., Nourmand, S., Lawrence, M., Curran, C., Southgate, D., ... Morgan, J. (2010). Controlled comparison of two crisis resolution and home treatment teams. *The Psychiatrist*, 34(2), 50–54. doi: 10.1192/pb.bp.108.023077
- Vallina, Ó., & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345-364. ISSN 0214-9915
- Vázquez, A. J. & Jiménez, R. (2000). Social Functioning Scale: new contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*, 93, 247-256. Recuperado de <https://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/Carpeta%20Instrumentos%20CAM/Carpeta%20Instrumentos/2.Funcionamiento%20>

psicosocial%20y%20HH%20adaptativas/SFS/SFS_P.pdf

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., ... Yeh, E. K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29(1), 9–17. doi: 10.1177/009121741589306

Winnes, M.C., Borg, M. & Kim, H.S. (2010). Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *Journal of Mental Health*, 19, 75–87. doi: 10.3109/09638230903469178

Wykes, T., Newton, E., Landau, S., Rice, C., Thompson, N. & Frangou, S. (2007). Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: An exploratory randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 94, 221–30. doi: 10.1016/j.schres.2007.03.030

APÉNDICE

Apéndice A

Resúmenes

Apéndice B

Consentimiento informado y documento de información

Apéndice C

Guía de intervención PSICODOM (Variable independiente)

Referencias bibliográficas

APÉNDICE A

Resúmenes

Resumen en catalán

TÍTOL: Una intervenció domiciliària en pacients amb psicosis que presenten baixa adherència al tractament.

RESUM: L'objectiu principal consisteix en avaluar l'efectivitat de la intervenció domiciliària (PSICODOM) en pacients afectats de trastorns de l'espectre psicòtic que presenten resistència al tractament integrat en la millora de: l'adherència al tractament farmacològic i psicoterapèutic, la consciència de malaltia, la funcionalitat psicosocial, l'estat d'ànim; i en la reducció de: les recaigudes, la simptomatologia positiva, la negativa i la psicopatologia general. També es pretén millorar tant del pacient i de la família: la comunicació familiar, l'estat d'ànim i la qualitat de vida. Per altra banda, es pretén comparar l'evolució dels pacients que han rebut el programa PSICODOM amb aquells que formen part del grup CONTROL que reben únicament el seguiment domiciliari habitual per part de l'equip de Trastorn Mental Sever (psiquiatra, infermera PSI, infermera i treballadora social).

Mètode. Els participants de l'estudi constitueixen una mostra de 28 pacients; el **disseny** de la investigació consisteix en un assaig clínic aleatoritzat, pel que es van assignar a dos grups, 14 pertanyents al grup PSICODOM i 14 al grup CONTROL. Juntament amb aquests pacients, han participat en l'estudi 22 dels seus familiars, 12 familiars del grup PSICODOM i 10 del grup CONTROL. Els **instruments** utilitzats han estat: PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*), EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global); BDI-II (*Beck Depression Inventory-II*); QOLI (*Quality of Life Interview*); SFS (*Social Functioning Scale*); SUMD (*Scale of Unawareness of Mental Disorder*); Test Morisky-Green; FCS (*Familiar Communication Scale*); SCID-I/P; PBI (*Parental Bonding Instrument*).

Els **resultats** indiquen que una intervenció domiciliària en pacients resistents a tractament que pateixen esquizofrènia, realitzada amb el pacient i la família, almenys durant 12 mesos, té un alt impacte sobre la reducció de la resistència al tractament integrat i evoluciona més positivament en general en les mesures intra-grupals als 12 mesos en: la comunicació familiar per part de la família; la consciència de malaltia; l'activitat global. Respecte a la comparació entre els grups, als 6 mesos ja es constatava,

en el grup PSICODOM, una major consciència de malaltia ($p=0,007$). Als 12 mesos, s'evidencia una reducció del nombre de recaigudes ($p=0,43$) i una reducció de la psicopatologia general en l'escala PANSS sense tenir diferències significatives, un manteniment de la funcionalitat social ($p=0,011$), i una millora de l'activitat global ($p=0,019$). L'única variable en què els resultats són més favorables en el grup CONTROL, és en un dels ítems de la presa de medicació (administració a les hores indicades, $p=0,05$). En la resta de variables no s'han obtingut puntuacions significatives. Els resultats obtinguts en la part quantitativa de l'escala de comunicació familiar, en el grup PSICODOM, resulten amb puntuacions significatives per part dels familiars als 12 mesos ($p=0,038$), millorant així aquesta comunicació. Els resultats comparatius amb l'estudi qualitatiu realitzat, demostren que, per una part, en relació a variables familiars: es millora el subsistema fraternal i la co-dependència parental; es genera cooperació familiar; es fomenta el suport mutu, l'assertivitat i la confiança; s'augmenta l'empatia cognitiva; es redueix el criticisme, la sobreprotecció i l'hostilitat; es genera transparència i la bidireccionalitat, per a poder transmetre com es senten i ajudar-se; i, per altra banda, en quant a variables personals: es fomenta l'autonomia-independència dels pacients per a poder portar a terme tasques de la vida diària així com millorar el gaudi d'aquests; es promou l'acceptació i la validació personal i del sistema.

En **conclusió**, es desprèn del conjunt de resultats d'aquesta tesi que una intervenció domiciliària en pacients resistents a tractament que pateixen esquizofrènia, realitzada amb el pacient i la família, almenys durant 12 mesos, té un alt impacte sobre la reducció de la resistència al tractament integrat i evoluciona més positivament en general en les mesures intra-grupals com en la comparació entre els grups. La població d'estudi necessita temps i, per tant, una intervenció realitzada durant un període prolongat en el domicili, pot disminuir les recaigudes, augmentar el funcionament social, l'activitat global i la consciència de malaltia, així com la comunicació familiar.

Paraules Clau: Trastorn psicòtic, esquizofrènia, intervenció domiciliària, pacients resistents, teràpia familiar.

Resumen en castellano

TÍTULO: Una intervención domiciliaria en pacientes con psicosis que presentan baja adherencia al tratamiento.

RESUMEN: El **objetivo** principal consiste en evaluar la efectividad de la intervención domiciliaria (PSICODOM) en pacientes afectados de trastornos del espectro psicótico que presentan resistencia al tratamiento integrado en la mejora de: la adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, la conciencia de enfermedad, la funcionalidad psicosocial, el estado de ánimo; y en la reducción de: las recaídas, la sintomatología positiva, la negativa y la psicopatología general. También se pretende mejorar tanto del paciente y de la familia: la comunicación familiar, el estado de ánimo y la calidad de vida. Por otro lado, se pretende comparar la evolución de los pacientes que han recibido el programa PSICODOM con los que forman parte del grupo CONTROL que reciben únicamente el seguimiento domiciliario habitual por parte del equipo de Trastorno Mental Severo (psiquiatra, enfermera PSI, enfermera y trabajadora social).

Método. Los **participantes** del estudio constituyen una muestra de 28 pacientes; el **diseño** de la investigación consiste en un ensayo clínico aleatorizado, por lo que se asignaron a dos grupos, 14 pertenecientes al grupo PSICODOM y 14 al grupo CONTROL. Junto con estos pacientes, han participado en el estudio 22 de sus familiares, 12 son familiares del grupo PSICODOM y 10 del grupo CONTROL. Los **instrumentos** utilizados han sido: PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*), EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global); BDI-II (*Beck Depression Inventory-II*); QOLI (*Quality of Life Interview*); SFS (*Social Functioning Scale*); SUMD (*Scale of Unawareness of Mental Disorder*); Test Morisky-Green; FCS (*Familiar Communication Scale*); SCID-I/P; PBI (*Parental Bonding Instrument*).

Los **resultados** indican que una intervención domiciliaria en pacientes resistentes a tratamiento que sufren esquizofrenia, realizada con el paciente y la familia, al menos durante 12 meses, tiene un alto impacto sobre la reducción de la resistencia al tratamiento integrado y evoluciona más positivamente en las medidas intra-grupales a los 12 meses en: la comunicación familiar por parte de la familia; la conciencia de enfermedad; la actividad global. Respecto a la comparación entre los grupos, a los 6 meses ya se constata, en el grupo PSICODOM, una mayor conciencia de enfermedad ($p=0,007$). A los 12 meses, se evidencia una reducción del número de recaídas

($p=0,043$) y una reducción de la psicopatología general en la escala PANSS sin ser significativa, un mantenimiento de la funcionalidad social ($p=0,011$), y una mejoría de la actividad global ($p=0,019$). La única variable en que los resultados son más favorables en el grupo CONTROL, es en uno de los ítems de la toma de medicación (administración a las horas indicadas, $p=0,05$). En el resto de variables no se han obtenido puntuaciones significativas. Los resultados obtenidos en la parte cuantitativa de la escala de comunicación familiar, en el grupo PSICODOM, resultan con puntuaciones significativas por parte de los familiares a los 12 meses ($p=0,038$), mejorando así dicha comunicación. Los resultados comparativos con el estudio cualitativo realizado, demuestran que, por una parte, en relación a variables familiares: se mejora el subsistema fraternal y la co-dependencia parental; se genera cooperación familiar; se fomenta el soporte mutuo, la asertividad y la confianza; aumenta la empatía cognitiva; se reduce el criticismo, la sobreprotección y la hostilidad; se genera transparencia y la bidireccionalidad, para poder transmitir cómo se sienten y ayudarse; y, por otra parte, en cuanto a variables personales: se fomenta la autonomía-independencia de los pacientes para poder llevar a cabo tareas de la vida diaria así como mejorar el disfrute de éstos; se promueve la aceptación y la validación personal y del sistema.

En **conclusión**, se desprende del conjunto de resultados de esta tesis que una intervención domiciliaria en pacientes resistentes a tratamiento que sufren esquizofrenia, realizada con el paciente y la familia, al menos durante 12 meses, tiene un alto impacto sobre la reducción de la resistencia al tratamiento integrado y evoluciona más positivamente en general en las medidas intra-grupales como en la comparación entre los grupos. La población de estudio necesita tiempo y, por lo tanto, una intervención realizada durante un periodo prolongado en el domicilio, puede disminuir las recaídas, aumentar el funcionamiento social, la actividad global y la conciencia de enfermedad, así como la comunicación familiar.

Palabras clave: Trastorno psicótico, esquizofrenia, intervención domiciliaria, pacientes resistentes, terapia familiar.

Resumen en inglés

TITLE: A domiciliary intervention with psychotic patients that show low adherence to treatment.

SUMMARY: The main **objective** consists on evaluating the effectivity of the domiciliary intervention (PSICODOM) in patients affected from disorders of psychotic spectrum that show resistance to the treatment integrated on the improvement of: adherence to pharmacological and psychotherapeutic treatment, the illness consciousness, psychosocial functionality, mood; and decrease of: relapses, positive and negative symptomatology and general psychopathology. There is also the purpose of improving both patient and family: communication, mood and quality of life. On the other hand it is pretended to compare the evolution of patients that have received the PSICODOM program with the ones that are part of CONTROL group that only receive the usual domiciliary follow up by the Severe Mental Disorder Team (psychiatrist, PSI nurse, nurse and social worker).

Method. The study **participants** form a sample of 28 patients; the investigation **design** consists in a randomized clinical essay, where two groups has been allocated, 14 patients to PSICODOM group and 14 to CONTROL group. Linked to those patients, on the study have participated 22 of their family members, 12 family members of PSICODOM group, and 10 of CONTROL group. The **instruments** used have been PANSS (*Passive and Negative Syndrome Scale*), EEAG (*Global Activity Evaluation Scale*); BDI-II (*Beck Depression Inventory-II*); QOLI (*Quality of Life Interview*); SFS (*Social Functioning Scale*); SUMD (*Scale of Unawareness of Mental Disorder*); Test Morisky-Green; FCS (*Familiar Communication Scale*); SCID-I/P; PBI (*Parental Bonding Instrument*).

The **results** indicate that the domiciliary intervention on resistant to treatment patients that suffer schizophrenia, carried out together with patient and family, at least during 12 months, have a high impact on the reduction to integrated treatment resistance and a positive evolution on the intra-group measures at 12 months in: family communication from the relatives viewpoint; illness consciousness; global activity. Regarding the group comparison, at 6 months it is determined, that in PSICODOM group, there is a higher illness conscience ($p=0,007$). On the 12 months is proved a decrease on the amount of relapses ($p=0,043$) and a decrease on the general psychopathology on the PANSS scale without obtaining significance, a social functionality maintenance ($p=0,011$), and global

improvement activity ($p=0,019$). The only variable were the results are better on the CONTROL group, is on one of the medication intake items (intake at stipulated hours, $p=0,05$). On the other variables, no meaningful punctuations were obtained. The results obtained on family communication quantitative scale, on the PSICODOM group, relatives at 12 months have meaningful punctuations ($p=0,038$), improving the communication. Comparative results with qualitative study performed prove that, on one side, in connection with relatives variables: it is improved the fraternal subsystem and the parental co-dependency; family cooperation is generated; mutual support, assertiveness, and confidence are fostered; it is improved the cognitive empathy; criticism, overprotection and hostility are reduced; transparency and two-way communication is generated in order to share how they feel and help each other; and, on the other hand, related with personal variables: patient autonomy-independence is fomented to cope with daily-life tasks and to improve their enjoyment; acceptance and personal and family validation are improved.

In **conclusion**, the overall picture that emerge from the results of this thesis is that a domiciliary intervention with resistant patients to treatment who suffer psychosis, carried out with patient and family, for at least 12 months, have a high impact above the reduction of the resistance of an integrated treatment and evolve more positively in general in the intra-group measures and also in the group comparison. The study population need time and, therefore, a domiciliary intervention performed during a long period, can reduce relapses, improve social functioning, global activity, illness conscious and family communication.

Keywords: Psychotic disease, schizophrenia, domiciliary intervention, resistant patients, familiar therapy.

APÉNDICE B



Información para los participantes

Estudio: *Una intervención domiciliaria en pacientes con psicosis que presentan baja adherencia al tratamiento.*

La presente investigación es fruto de la colaboración entre el equipo de Trastorno Mental Severo del Centro de Salud Mental y Adicciones de Adultos (CSMA) de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme) y de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport de la Universitat Ramon Llull.

El proyecto tiene como finalidad tratar a pacientes que están diagnosticados con un trastorno del espectro psicótico y que presentan múltiples recaídas por falta de conciencia de enfermedad, así como un elevado abandono de tratamientos psicológicos y farmacológicos; hechos que conllevan a una mayor dependencia y reducción de la funcionalidad del paciente. Así mismo, se colabora con la familia para ofrecer soporte en todo el proceso. Por lo tanto, es un proyecto de investigación, el objetivo del cual es evaluar la eficacia de una intervención.

- En primer lugar, la presente investigación contará con dos grupos. Un primer grupo experimental que participará en el programa de intervención domiciliaria (PSICODOM) y un grupo control (GC) que recibirá el seguimiento domiciliario habitual por parte del equipo de Trastorno Mental Severo que cuenta con un psiquiatra, una enfermera PSI (Programa Seguimiento Individualizado), una enfermera de psiquiatría y un trabajador social. La asignación a ambos grupos de intervención se hará de forma aleatoria.

Todos los pacientes son pertenecientes al área de atención del centro de Salud Mental, Unidad de Adultos.

5. La intervención domiciliaria tendrá una duración de 6 meses y la terapia se llevará a cabo con una frecuencia semanal. Los siguientes 6 meses serán destinados a un seguimiento mensual (sesiones individuales y familiares) llevado a cabo por psicólogos entrenados en el mismo tratamiento (siempre acompañados de otro miembro del equipo TMS, siendo dos profesionales, como mínimo, los que visitan a domicilio).

Todos los participantes de éste estudio, tanto pacientes como familiares, deberán entrevistarse con un psicólogo del equipo de investigación antes de empezar el tratamiento, a los 6 meses de haberlo finalizado, y después de 6 meses de seguimiento posterior a la intervención. En total serán 3 entrevistas de 1 hora de duración cada una, donde se administrarán diversos instrumentos para evaluar la evolución y los beneficios que el paciente y la familia han conseguido.

Como se ha comentado en el inicio del documento, en el proyecto participan los siguientes centros de investigación: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport – Blanquerna (Universidad Ramon Llull) y el Hospital de Mataró (Consorci del Maresme). En el contexto de esta investigación le pedimos su colaboración para que pueda beneficiarse de una intervención completa psicológica individual (para el paciente) y familiar (conjuntamente), farmacológica y social, con el objetivo de mejorar la adherencia a tratamiento de usted como paciente o de su familiar, mejorar su autonomía así como el funcionamiento familiar y la convivencia, ya que usted cumple los siguientes criterios de inclusión:

- Paciente o familiar de paciente con un diagnóstico de algún trastorno del espectro psicótico según el DSM-5 (APA, 2013): Esquizofrenia, Esquizoafectivo y Trastorno Delirante.
- Paciente o familiar de paciente con dificultades de adherencia al tratamiento psicológico, atendidos en alguno de los servicios asistenciales de Mataró.
- Paciente o familiar de paciente que haya recaído mínimo dos veces en los últimos dos años.
- El paciente tiene una edad comprendida entre los 18 y 65 años.

Todos los participantes tendrán asignado un código con las respuestas dadas para garantizar la confidencialidad del participante. Los datos que se obtengan de su participación no se utilizarán con ningún otro fin distinto del explicitado en esta investigación que pasarán a formar parte de un fichero de datos del que será máximo responsable el investigador principal. Dichos datos quedarán protegidos mediante un fichero automatizado y adecuadamente codificado para preservar la confidencialidad, cuya información será sólo manejada para fines científicos, a efectos de este proyecto.

El fichero de datos del estudio estará bajo la responsabilidad del investigador principal ante el cual podrá ejercer en todo momento los derechos que establece el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, así como la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002.

Nos ponemos a su disposición para resolver cualquier duda que la misma haya suscitado.



Consentimiento informado

- Yo, _____, mayor de edad, con DNI _____, actuando en nombre e interés propio.
- Yo, _____, como tutor legal de del afectado con DNI: _____, actuando en nombre y por interés del paciente afectado (nombre y apellidos): _____.

DECLARO QUE:

He recibido información sobre el proyecto “*Una intervención domiciliaria en pacientes con psicosis que presentan baja adherencia al tratamiento*” del que se me ha entregado hoja informativa anexa a este consentimiento y para el que se solicita mi participación. He entendido su significado, me han sido aclaradas las dudas y me han sido expuestas las acciones que se derivan del mismo.

He sido informado/a de que mis datos serán tratados de conformidad con lo que establece el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, así como la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002.

Mi colaboración en el proyecto es totalmente voluntaria y tengo derecho a retirarme del mismo en cualquier momento, revocando el presente consentimiento, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona en sentido alguno. En caso de retirada, tengo derecho a que mis datos sean cancelados del fichero del estudio.

Así mismo, renuncio a cualquier beneficio económico, académico o de cualquier otra naturaleza que pudiera derivarse del proyecto o de sus resultados.

Por todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO A:**

1. Participar en el proyecto “*Una intervención domiciliaria en pacientes con psicosis que presentan baja adherencia al tratamiento*”.
2. Que el equipo de investigación, pueda gestionar mis datos personales y difundir la información que el proyecto genere. Se garantiza que se preservará en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas en la ley 15/1999 de protección de datos y normativa complementaria.
3. Que el equipo de investigación conserve todos los registros efectuados sobre mi persona en soporte electrónico, con las garantías y los plazos legalmente previstos, si estuviesen establecidos, y a falta de previsión legal, por el tiempo que fuese necesario para cumplir las funciones del proyecto para las que los datos fueron recabados.

Firma del participante Firma del/los familiar/es Firma del investigador

Mataró, de 20....

APÉNDICE C

GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICODOM

1. Planteamiento de la intervención

2. Explicación de las sesiones

2.1. FASE 1. Presentación y psicoeducación: Creando vínculos con paciente y familia

- I. Sesión 1. Presentación
- II. Sesión 2-3. Psicoeducación y cambio de hábitos

2.2. FASE 2. Tratamiento - Módulos de intervención

- III. Sesión 4-5. Delirios y alucinaciones: Trabajo con creencias irracionales – Reestructuración cognitiva
- IV. Sesión 6. Adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico
- V. Sesión 7-8. Habilidades Sociales: Potenciar la esfera social y laboral
- VI. Sesión 9-10-11. Comunicación y funcionamiento familiar
- VII. Sesión 12-13. Solución de problemas. Establecimiento de objetivos realistas
- VIII. Sesión 14. Trabajo emocional: El impacto de la enfermedad: las pérdidas. Duelo. Prevención del suicidio
- IX. Sesión 15-16. Afectividad y autoestima
- X. Sesión 17. Sexualidad

2.3. FASE 3 – Prevención de recaídas

- XI. Sesión 20 y 21. Prevención de recaídas

2.4. FASE 4. Seguimiento. Mantenimiento y generalización de los aprendizajes

3. Referencias bibliográficas

1. PLANTEAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN.

Después de presentar el planteamiento de las sesiones, la modalidad de éstas (individual y/o familiar) y la duración de la intervención, se presenta a continuación de forma desglosada todo un conjunto de técnicas y de propuestas para aplicar a lo largo de las intervenciones domiciliarias.

Cabe destacar y matizar que no todas las técnicas y propuestas son útiles para todo tipo de pacientes, aunque de un mismo trastorno se hable. La naturaleza de cada persona, dentro del espectro psicótico, y de cada familia y sistema, nos permitirá adaptarnos a éste siempre y cuando tomemos un uso correcto de las técnicas y propuestas que se plantean a continuación. Es por ello que en cada apartado de temáticas y propuestas a plantear, se descartarán o se indicarán, si es necesario, a qué pacientes o a qué ambientes será contraindicada esa aplicación.

Lo que se mide y lo que valoramos no es la efectividad de cada una de las técnicas, sino que lo que tenemos en cuenta y valoramos, es la intervención domiciliaria tanto a nivel individual como con la inclusión de la familia.

Cabe destacar que en este estudio en los criterios de inclusión no se han tenido en cuenta a personas que tuvieran un déficit cognitivo moderado-grave que limitara realizar la terapia psicológica así como personas a quienes la barrera idiomática no permitiera tener un buen conocimiento del idioma como para poder llevar a cabo un tratamiento psicológico y social.

Aunque Elisabeth Kuipers (Kuipers, Leff & Lam, 2004), profesional vinculada y dedicada a las intervenciones familiares de trastornos psicóticos, plantea las sesiones de terapia psicológica de forma quincenal durante los primeros seis-nueve meses, y después éstas pasan a ser mensuales, y algunas familias pueden llegar a realizar terapia hasta 3 años; en la presente intervención, es durante los primeros seis meses que las sesiones son semanales, tanto para el paciente como para la familia. Asimismo, una vez transcurridos estos seis meses, las sesiones pasan a ser realizadas quincenalmente durante un periodo de 3 meses y mensualmente los últimos 3 meses siguientes.

En la presente explicación de la intervención, se propone una aproximación de sesiones necesarias para conseguir los diferentes objetivos así como el formato que se adecuaría más a cada una de ellas (visita con el paciente, con los familiares o formato familiar).

2. EXPLICACIÓN DE LAS SESIONES.

2.1. FASE 1. Presentación y psicoeducación: Creando vínculos con paciente y familia (3 SESIONES)

I. Sesión 1. Presentación (1 sesión individual y 1 sesión familiar).

OBJETIVOS:

- Presentación y formato sesiones.
- **Personas presentes en la intervención:** Profesionales, familia, paciente.
- **Historia del paciente y de la familia:** Cómo han vivido la enfermedad hasta el momento, qué saben, problemas o dificultades con las que se han encontrado, experiencias con profesionales que les han atendido, recursos de los que se han beneficiado, pensión que han recibido por incapacidad...
- **Explicación del formato general de las sesiones:** Siempre se hará un repaso de la sesión anterior y de los acuerdos hechos (deben ser comprobados periódicamente en cada sesión), un repaso de la semana y de los problemas que han surgido (es importante ofrecer un espacio tanto de forma conjunta como por separado) y se establecerán los puntos del día a trabajar (lo denominamos “objetivo del día”). Se darán tareas para realizar entre sesiones (el objetivo principal será generalizar y mantener los aspectos aprendidos en cada sesión).
- **Historia de la familia:** Infancia y evolutiva del paciente, cómo han vivido la enfermedad hasta el momento, qué saben, problemas o dificultades con los que se han encontrado, historia de pareja (en caso de que la haya), experiencias con profesionales que les han atendido, recursos de los que se han beneficiado, pensión...
- **Establecer reglas de comunicación** (Kuipers, Leff & Lam, 2004): Las siguientes reglas deberán ser entendidas, acordadas y llevadas a cabo por todas las personas que participen en la sesión. En caso de no cumplirse alguna de ellas, la sesión se detendrá y hasta que no se cumplan no se proseguirá con la sesión. De este modo, las familias con poca o mala comunicación, deberán escucharse los unos a los otros y respetarse, hechos que harán que la familia vaya adquiriendo nuevos hábitos de relación. Las reglas son:

1. Sólo puede hablar una persona a la vez (incremento de autocontrol y respeto).
2. Hablar a la persona, no de ella (sino se facilita que la persona aludida se sienta como si en realidad no estuviera allí; suaviza la expresión de emociones negativas).
3. Compartir equitativamente el turno de palabra (para que las sesiones no se monopolicen por sólo un miembro de la familia).

a. Establecimiento de objetivos y expectativas de la intervención.

- a. Establecer objetivos cuando el **paciente convive con los padres** (Kuipers, 2004):

(Es importante que dichos objetivos sean establecidos con los padres -o con los cuidadores que convivan con el paciente- sin la presencia del paciente en ese momento).

- En caso de que sea más de un miembro de la familia que convive con el paciente, es importante alentar la cooperación entre estos miembros para potenciar sus esfuerzos en vez de entorpecerse el uno al otro. Es probable que la persona con esquizofrenia explote la división entre estos miembros para obtener beneficios a su favor.
 - Mantener un equilibrio entre ambos miembros para que compartan de manera equitativa la responsabilidad de cuidar del paciente.
 - Fortalecer los límites entre padres/cuidadores e hijos para que la persona con esquizofrenia pueda independizarse.
 - Aliviar a los cuidadores del cuidado continuo del paciente, de manera que puedan pasar algunos ratos sin éste y disfrutar de la mutua compañía, en caso que se trate de una pareja (padres, por ejemplo).
- b. Si se trata de una **familia monoparental**, en las que generalmente la cuidadora será la madre (Castaño et al., 2012), uno de los principales objetivos será desarrollar o potenciar las relaciones que tenga la madre con personas de fuera del hogar, para proporcionarle el apoyo emocional que necesita y crear un foco de interés alternativo para el paciente.

- c. Establecer objetivos cuando es un **tratamiento de pareja** (el paciente convive con su pareja):
 - a. Mantener el equilibrio de poder entre los miembros de la pareja (puede ser difícil si el paciente está muy deteriorado por la esquizofrenia, pero debe reconocerse que la enfermedad puede ser en sí misma una fuente de poder: puede que los familiares tengan un miedo fundado o infundado a la violencia del paciente, y, en un plano más cotidiano, el paciente puede explotar su papel de enfermo para evadir sus responsabilidades así como puede buscar el beneficio secundario del hecho de estar enfermo).
 - b. Potenciar el disfrute de la relación de pareja. Normalmente esto será posible a menos que se trate de un matrimonio mal avenido desde un principio.
 - c. Ayudar a ajustar los roles de la familia para que el paciente pueda encontrar un ámbito de competencia y contribuir al bienestar de la familia. Esto puede traducirse, por ejemplo, en que mientras la esposa va a trabajar, el marido se haga cargo de los niños.
 - d. Garantizar que el cónyuge disponga de tiempo libre en el que no tenga que cuidar al paciente.

EN LA SESIÓN FAMILIAR:

- **Información que debemos saber de la familia:** ¿Quién promueve la esperanza? ¿Quién escucha? ¿Quién contiene el síntoma? ¿Cómo se manejan las urgencias? ¿Qué roles tiene cada uno?

Se debe dejar claro que es necesario implicarlos activamente y que:

- La familia **no** está enferma y, por lo tanto, no es el objeto del tratamiento.
- Los terapeutas están para tratar algunos de los problemas de la familia, que pueden ser consecuencia de que uno de sus miembros padezca esquizofrenia.
- Los familiares son valiosos para los profesionales como elementos **aliados** en la tarea de **ayudar** a los pacientes (los familiares son agentes activos en el transcurso del tratamiento).

PROPUESTA DE TÉCNICAS PARA SER APLICADAS EN ESTAS SESIONES:

I) **Realizar un genograma** (árbol familiar) para conocer a la familia y plasmar los tipos de relaciones que tienen entre ellos. Incluir también apoyo social (red social: amigos, vecinos, etc.) que se consideren importantes en la vida del paciente y del funcionamiento familiar. Precisar cuál es **la relación más estrecha** que mantiene el paciente. Considerar que las relaciones pueden experimentarse de forma diferente, desde distintas perspectivas, dentro y fuera de la misma familia.

II) Utilizar **fotografías** para reconstruir la historia vital del paciente y la familia.

II. Sesión 2-3. Psicoeducación y cambio de hábitos (2 sesiones familiares):

TODAS LAS SESIONES, SEGUIRÁN ESTE ESQUEMA:

- Repaso de la sesión anterior y de los acuerdos hechos.
- Repaso de la semana y de los problemas que han surgido (espacio para cada miembro de la familia).
- Establecimiento de los puntos del día a trabajar (objetivo del día).

OBJETIVOS:

1. Informar sobre la enfermedad: Características, recaídas, manejo de crisis, límites, conciencia de enfermedad, pautas de comunicación, fomentar buenos hábitos de higiene, alimentación y actividad física...

2. Cambio de hábitos:

- **Informar sobre el abuso de alcohol y otras sustancias:** Favorecer la motivación intrínseca para el cambio de hábitos. Se acompaña al paciente a manejar su propia ambivalencia y que llegue a la propia determinación para llevar a cabo la reducción y supresión del consumo, pasando por los diferentes estadios de cambio (Prochaska & Di Clemente, 1992).
- **Hábitos de higiene personal, alimentación, realización de tareas de la casa, comprar en el supermercado, gestión económica, activación conductual en general, etc.**

3) Formulación psicoeducativa del por qué de la psicosis.

TÉCNICAS:

- **Psicoeducación** (Kuipers, 2004):
- **Psicosis (Bloch & Lise, 2009):**
 - **¿Qué es?** La psicosis es un estado de confusión. La manera de experimentarlo dependerá de situaciones particulares de la vida y factores de estrés externo, así como de la personalidad del individuo y de su capacidad de hacer frente a dichos factores.
 - **Fase previa. Fase de advertencia o prodrómica.** Es la fase previa al brote psicótico. Después de ésta, la persona atraviesa un corto o breve período durante el cual pierde gradualmente su contacto con la realidad. Ésta es una fase de transición caracterizada por una sensación de disolución de la personalidad. Se puede entender como una fase de “estado de irrealidad”.

Es importante tener en cuenta que los pacientes con los que estamos interviniendo a domicilio, hace más de dos años que tuvieron el primer brote psicótico, incluso puede hacer décadas de este momento.
 - **¿Quién la puede sufrir?** Cualquier persona puede sufrir un estado de psicosis, un brote, si la presión (estrés) es suficientemente intensa. Pero lo que es verdad es que lo que es estresante para una persona, podría no serlo para otra, y al revés. La manera de hacer frente a los diferentes tipos de estrés tiene algo que ver con nuestras personalidades y experiencias tempranas.
- **Las causas:**
 - La herencia desempeña un papel importante, pero también hay otras causas que aún no se han descubierto.
- **Síntomas negativos: ¿Qué son?**
 - Teniendo en cuenta la escala PANSS (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987) los síntomas negativos son los siguientes: embotamiento afectivo, retraimiento afectivo, contacto pobre, retraimiento social, dificultad en el pensamiento,

ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación y pensamiento estereotipado.

- Los síntomas negativos son causados por la enfermedad y no están bajo el control del paciente.
- No suelen mejorar con los fármacos, aunque normalmente se atenúan en uno o dos años. No obstante, con los fármacos de nueva generación, se pueden evidenciar leves mejorías. Las intervenciones multidisciplinarias sirven de soporte para que estos síntomas disminuyan.
- **Síntomas positivos: ¿Qué son?**
 - Teniendo en cuenta la escala PANSS (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987), los síntomas positivos son los siguientes: delirios, desorganización, comportamiento alucinatorio, excitación, grandiosidad, suspicacia/prejuicio y hostilidad.
 - Las experiencias delirantes o alucinatorias son reales para el paciente.
 - Existe una gran variabilidad individual en cuanto a los síntomas positivos.
- **Crisis: ¿Qué es?**
 - Una crisis es un período limitado de tiempo de desequilibrio mental en una persona que afronta un problema difícil que, en el momento presente, no puede evitar ni resolver utilizando su capacidad habitual de resolución de problemas (Caplan, 1964).
- **Pronóstico:**
 - Una de cada cuatro personas con esquizofrenia se recupera totalmente (25%) y está bien durante muchos años.
 - Del resto, la mayoría mejorará y podrá llevar una vida relativamente estable fuera del hospital.

- **Tratamiento y manejo:**

- a) La enfermedad empeora para los pacientes sensibles al estrés, por lo que debe reducirse éste todo lo posible para beneficiar tanto al paciente como a sus familiares.
- b) A la larga, los fármacos son de utilidad, pero también es importante que el entorno sea tranquilo y predecible (apoyo y tolerancia en vez de rechazo).

2) **Cambio de hábitos:**

b. Abuso de alcohol y de otras sustancias (se deberá retomar el tema en la fase de “Prevención de recaídas”).

Una de las preocupaciones más habituales de las familias gira en torno al abuso de tóxicos por parte de los pacientes: alcohol, tabaco, abuso de cafeína, drogas blandas, como la marihuana o el hachís, o, incluso, drogas duras como el crack o el éxtasis.

El abuso de drogas y de otras sustancias es frecuentemente una forma inadecuada de afrontar un problema emocional.

Una idea falsa muy frecuente entre los familiares es que la enfermedad del paciente es debida a que frecuentó malas compañías y a que tomó drogas y que, por tanto, la enfermedad es debida completamente al abuso de éstas. Aunque es cierto que incluso las drogas blandas tienen el efecto de aumentar la vulnerabilidad al desencadenamiento de la esquizofrenia o a las recaídas, las drogas por sí mismas no causan esquizofrenia. Esto debe quedar claro para los pacientes y sus familias, ya que **no se puede culpar a los pacientes de causarse su enfermedad y, además, el hecho de verbalizarlo sólo empeora la situación.** En muchas ocasiones, el uso de drogas es usado para aliviar los síntomas de una enfermedad que ya ha empezado anteriormente. Esta idea ayuda a desculpabilizar mucho a la familia y al paciente.

Se debe advertir a los pacientes de los peligros del mantenimiento de estas sustancias:

- **Alcohol.** Potencia los efectos sedantes de los tranquilizantes.

- **Tabaco.** Los pacientes alegan que fuman por aburrimiento. Potenciar conductas y zonas de la casa sin tabaco (no fumar en la cama, fumar en la terraza...; fumar cuando no se esté haciendo nada más que dicha conducta).
- **Té, café, mate, colas y otras infusiones estimulantes.** Pueden provocar temblores, nerviosismo, excitación, inquietud motriz, y alteraciones del sueño. Debe moderarse la ingesta de cafeína.

Tarea: Para trabajar este apartado con el paciente y la familia, realizamos psicoeducación y rompemos con los mitos donde el familiar culpabiliza al paciente por consumos de sustancias.

- **Higiene y cuidado personal, tareas de la casa, alimentación, actividad física, etc.**

I. ¿Qué hábitos tiene de higiene personal? ¿Con qué frecuencia? ¿Diarios? ¿Semanales?

II. ¿Cuáles son los hábitos alimentarios? Patrón de comidas, cantidad y frecuencia.

III. ¿Qué tareas de la casa realiza? ¿Con qué frecuencia? ¿Sale del domicilio a hacer compras y recados diarios? ¿Maneja algún tipo de gestión económica?

IV. ¿Va a las visitas médicas regularmente?

V. ¿Realiza algún tipo de actividad física?

3) Formulación del por qué de la psicosis (Freeman, et al., 2005).

A la hora de desarrollar una formulación, puede resultar útil que el profesional y la persona implicada consideren conjuntamente las siguientes cuestiones:

- **¿Cuáles son los problemas?** Una comprensión compartida de los problemas es vital y debe expresarse en el lenguaje cotidiano de la propia persona, por ejemplo: «Me siento muy molesto porque la gente me mira y me preocupa que estén pensando cosas malas de mí». **¿Qué es lo que le perturba más a la persona? ¿Cómo interfieren los problemas con su vida o cómo le limita**

para hacer las cosas que le gustaría hacer?

- **¿Qué pudo haber pasado para que surgieran los problemas?** Por ejemplo, experiencias tempranas de abandono o recibir críticas severas que hayan podido llevar a tener una idea muy negativa, y muy enraizada, sobre uno mismo, por ejemplo: «No valgo para nada», «Soy un fracaso». **¿Cuál es el significado personal de los acontecimientos y/o circunstancias, y el impacto que tuvieron sobre la persona?** Algunas personas –quizás en concreto las que perciben sus problemas en términos de enfermedad– pueden preguntarse sobre el papel que tiene algún tipo de predisposición genética. Es posible que todas estas ideas se desarrollen en el curso de la conversación, cuando ambas personas intentan dar sentido a las experiencias.
- **¿Qué es lo que desencadena los problemas, qué los pone en marcha?** Por ejemplo: «Cuando me siento triste empiezan las voces. Esto tiende a ocurrir cuando me encuentro solo».
- **¿Qué es lo que hace que el problema se mantenga?** Podrían ser algunos pensamientos (por ejemplo: «la gente tiene razón al juzgarme»), o cosas que uno hace (por ejemplo: «evito salir fuera», «cuando salgo de casa bajo la cabeza y no miro a la gente») y/o quedarse atrapado en patrones relacionales difíciles con otras personas.
- **¿Qué fortalezas y recursos tiene la persona? ¿Qué tipo de recursos personales y sociales han protegido a la persona y han evitado que los problemas continúen creciendo?** Ejemplos de este tipo podrían incluir el valor de tirar hacia adelante a pesar del malestar, o las relaciones de apoyo con amigos que no juzgan. **¿Cómo se pueden continuar elaborando y construyendo estos recursos y hacerlos más fuertes?**

Como **recursos** para estas sesiones, se puede utilizar material audiovisual (vídeos explicativos y psicoeducativos):

- **“El caso de Bruno”** (vídeo psicoeducativo):
<https://www.youtube.com/watch?v=nY2odQhVGL0>

- **Documental “Di_Capacitados”** (casos reales de esquizofrenia):
<https://www.youtube.com/watch?v=Fkos-VCRpv0>
- **“Historia de Mauro”** (diferentes situaciones cotidianas, tanto personales como familiares).

Para realizar esta sesión, podemos utilizar material e información complementaria en relación a:

- Síntomas (positivos, negativos, afectivos, cognitivos).
- Síntomas o signos presentes en el diagnóstico de esquizofrenia.
- Preguntas sin respuesta que podemos tener.
- Cómo detectar las crisis. Pródromos.
- Alcohol y otras sustancias.

SESIÓN FAMILIAR:

- **Realizar psicoeducación y fomentar cambio de hábitos en el paciente.**

Muchas veces la familia necesitará no ser tan sobreprotectora y empezar a dejar que el paciente sea más autónomo a partir de la realización de pequeñas tareas diarias dentro y fuera del domicilio.

- **En relación al consumo de sustancias, es importante saber que, a veces, como familiares, se tiende a...**
 1. Inculpar a los pacientes por agravar sus problemas con el abuso de las drogas.
 2. Subestimar la sintomatología del paciente en relación con la esquizofrenia y atribuir todos los problemas a la droga.
 3. Mostrar una actitud reacia, distanciarse y dejar que los pacientes asuman íntegramente la responsabilidad con respecto al cambio.

- **Fomentar una buena comprensión de lo que sucede así como una buena comunicación (familiar y social).**

Es importante trabajar la comunicación familiar y tener en cuenta la forma de relacionarse de los familiares con los pacientes esquizofrénicos. Por ello, y teniendo en cuenta que los familiares y los amigos de los pacientes, son una figura muy importante y vital para la evolución del paciente, se proponen algunas pautas de actuación basadas en la Organización “*Rethink Mental Illness*”:

La organización *Rethink Mental Illness* (Reconsiderar la Enfermedad Mental) (Fadden, James, & Pinfold, 2012) encuestó a personas que usaron servicios de salud mental acerca de cómo podrían ayudar mejor los familiares y amigos. **Las formas más importantes de ayuda parecen ser:**

- a. Aceptación:** mostrar cariño y apoyo, validar las opiniones y puntos de vista de la persona.
- b. Educación:** aprender sobre lo que la persona experimenta y cómo se puede ayudar.
- c. Mediación:** la oferta del amigo o familiar de acompañarle a las citas, a mediar entre el personal de salud mental, o actuar como defensor en su nombre si fuese necesario.
- d. Ayudar a la persona a recuperar su independencia tras la crisis:** animarles a salir, unirse a un grupo de apoyo o de auto-ayuda, hacer cosas de forma independiente.
- e. Siendo pacientes:** cada persona necesita moverse a su propio ritmo.
- f. Encontrar un equilibrio entre la dependencia y la independencia.** Ambos extremos pueden ser dañinos; la independencia puede llevar al aislamiento, mientras que la dependencia puede llevar a las personas a quedarse ancladas en el rol de enfermo.
- g. Recordar cosas divertidas de la vida:** salir y hacer cosas normales y corrientes juntos puede marcar la diferencia para la recuperación de una persona

- h. Los miembros de la familia necesitan considerar sus propias necesidades:** si uno está experimentando estrés resulta difícil cuidar de otra persona.

A TENER EN CUENTA A LO LARGO DE LA INTERVENCIÓN:

Una vez avanzada la intervención (y según se convenga para el paciente) se acompañarán las sesiones de 15 minutos de relajación, tanto para el paciente como para la familia con el objetivo principal de reducir la ansiedad que puedan tener los diferentes miembros de la familia así como para el paciente ya que le ayudará a reducir la angustia provocada por las experiencias psicóticas y situaciones estresantes que se producen en su día a día.

Para realizar esta relajación, se puede hacer una adaptación del mindfulness para pacientes psicóticos. Tal como afirman Miró, Arceo y Ibáñez (2016), es importante tener en cuenta varios aspectos cuando adaptamos el mindfulness a pacientes psicóticos:

- i.** Con pacientes que pueden tener experiencias perturbadoras mientras practican mindfulness no conviene extender la práctica más allá de 10 minutos.
- j.** Conviene evitar los silencios prolongados, de modo que se deben ofrecer guías cada 30 o 60 segundos, con el propósito de que el paciente no se pierda en ruminaciones u otras experiencias difíciles o extrañas que tienen mayor probabilidad de aparecer si el silencio se prolonga.
- k.** Durante la práctica de mindfulness resulta conveniente que las guías verbales hagan referencia explícita a las sensaciones psicóticas, de modo que se las normalice sin darles un estatus especial o diferente de otras sensaciones que surgen y desaparecen; por ejemplo, si se escuchan voces, se puede incluir esta posibilidad en la práctica guiada como una sensación más entre otras.

Al final, el objetivo principal es que los pacientes traten de aprender a reaccionar o a relacionarse con los síntomas que experimentan de un modo más adaptativo.

2.2. FASE 2. Tratamiento - Módulos de intervención (19 SESIONES)

III. Sesión 4-5. Delirios y alucinaciones: Trabajo con creencias irracionales – Reestructuración cognitiva.

OBJETIVO:

Fomentar la identificación de procesos cognitivos que sostienen delirios y alucinaciones y cambiar creencias. Reestructuración cognitiva.

1. Delirios: Son creencias falsas que la persona sostiene firmemente y que son irreductibles a la lógica. Para ello, la propia persona se apoya en algunos detalles de la realidad aunque los interpreta de una manera errónea. Para el paciente son la mejor o la única explicación que es capaz de dar ante las cosas de su alrededor.

Tipos de delirios:

- **Tipo erotomaníaco:** ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.
- **Tipo de grandiosidad:** ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.
- **Tipo celotípico:** ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.
- **Tipo persecutorio:** ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.
- **Tipo somático:** ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.
- **Tipo mixto:** ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.

Muchas de las personas que experimentan delirios, anteriormente han pasado por alguna circunstancia en su vida que ha marcado el inicio de éstos:

- Fallecimiento de una persona querida.
- Abusos sexuales durante la infancia.
- Abusos sexuales durante la vida adulta.

- Agresiones físicas durante la infancia.
- Agresiones físicas durante la vida adulta.
- Abuso emocional o *bullying* intensos.
- Situaciones de combate o secuestro.
- Confinamiento solitario o aislamiento social.
- Privación del sueño.
- Consumo de drogas (*speed*, cocaína, cannabis, éxtasis).
- Consumo de sustancias alucinógenas (setas mágicas o LSD).
- Una temperatura muy elevada u otras enfermedades físicas.

Esta lista, a modo de explicación para el paciente y su familia y para nuestro conocimiento, quizás puede servirnos para situarnos y comprender el origen y el desencadenante de las experiencias delirantes. Además, estas preguntas que proponemos a continuación pueden ayudar al paciente a identificar algunos comportamientos de seguridad que realiza como consecuencia del temor que siente por los delirios experimentados:

- ¿Qué le da miedo que suceda?
- ¿Qué es lo peor que puede pasar?
- ¿Hace algo para evitar que eso ocurra? Si lo hace, ¿en qué situaciones?
¿Le está beneficiando su actuación?

Tarea: Se le puede entregar al paciente una lista de posibles comportamientos de seguridad que la persona puede realizar a consecuencia de experimentar delirios. Este ejercicio puede ayudar al paciente a identificar y ser más consciente de que sus actuaciones son consecuencia de las experiencias delirantes.

2. Alucinaciones: Son unas percepciones en las que la persona escucha, ve o siente cosas que se originan en el interior de su propio cerebro y que aunque él las vive como si fueran reales no lo son. Es posible oír voces a raíz de un hecho traumático y que las voces sean una respuesta de afrontamiento a ese hecho. Se puede decir que entre un 10-

25% de la población ha tenido, al menos una vez en su vida, una experiencia alucinatoria (Parra & Espinoza, 2009).

Ante todo, es importante analizar el tipo de alucinaciones que experimenta la persona. La mayoría de las veces se tratará de alucinaciones auditivas. Es por este motivo que a continuación exponemos un seguido de premisas para que ayudemos al paciente a explorar dichas voces:

- Las voces dicen el siguiente tipo de cosas...
 - Creo que las voces pertenecen a, o vienen de...
 - ¿Qué dice de mí como persona el hecho de oír voces?
 - ¿Puede sucederle algo malo a otras personas por culpa de las voces?
 - ¿Puede ocurrirme algo malo por culpa de las voces?
 - ¿Qué es lo peor que puede pasar por culpa de las voces?
 - ¿Hago algo para evitar que eso suceda?
 - Consecuencias temidas por contradecir o desobedecer las voces...

Técnicas y estrategias para trabajar con delirios y alucinaciones (sesión familiar):

I) Técnica de las experiencias alternativas (Tizón, 2014).

En caso de que el sujeto insista demasiado en la existencia de esas voces, persecuciones o alucinaciones, o quiera discutir sobre ellas, los familiares pueden aceptar ocasionalmente la discusión, con el fin de *“instilar gramos de duda”*. Aun así, esa discusión no debe ser en ningún caso el asunto básico o central de su relación con él.

1. Hablar de otros temas en los que hay acuerdo, incluso de temores y ansiedades del paciente.
2. En caso de que el paciente insista en discutir, se puede aplicar la técnica de las *“experiencias alternativas”*, la *“comunicación de que hay experiencias alternativas”*: *“mira, tú piensas y crees eso, pero yo no... Esa es tu experiencia, pero no la mía. Ahora bien: podemos estar de acuerdo en muchas otras cosas. Por ejemplo en...”*. (Acto seguido, se le nombra algo de

lo que se necesite hablar, o que esté presente, o que sea importante, o que les guste hacer al familiar y al paciente y en lo que coincidan).

II) Otras técnicas para que los familiares puedan abordar el tema de alucinaciones y delirios (Tizón, 2014).

- De entrada, **desafiar verbalmente** esas convicciones inusuales o extrañas, haciendo preguntas y cuestiones que le hagan dudar de ellas.
- **Establecer relaciones entre esas creencias**, las cosas ilógicas que hace o dice el paciente y las consecuencias que todo ello le acarrea. (Por ejemplo: *Es algo que Juan pudo admitir después de la segunda denuncia por agresiones, básicamente porque tuvo que estar hospitalizado por traumatismos recibidos durante la pelea*).
- **Organizar actividades desconfirmatorias**. (Por ejemplo: Cuando Juan se presentó a los alrededores del estadio de su equipo rival, lo hizo envuelto en una camiseta de su propio equipo. *“Cuando los seguidores del otro equipo -te miraban mal- te sentías muy inquieto y rabioso... pero probablemente era cierto que -te miraban mal-. La próxima vez, prueba a ver si te pasa lo mismo viendo el derby por la televisión, envuelto en tu bandera. Y cuando te quiten la orden de alejamiento, probaremos a que vuelvas, pero vestido de calle, sin camiseta de tu equipo y acompañado de algún amigo o compañero. El más pacífico que tengas. A ver si también así sientes lo mismo”*).
- **Tomar conciencia de los “sesgos cognitivos”**. Las creencias delirantes se apoyan siempre en saltos cognitivos, en asociaciones forzadas entre diversos momentos y elementos del pensamiento. Hay ocasiones en las cuales podemos ver, captar ese “sesgo”; se le puede mostrar al paciente y éste puede entenderlo: *“tal vez sea verdad que te miran mal si vas con tu bandera a su estadio. Es una provocación que te ha traído malas consecuencias, ¿no? Pero ¿Significa eso que se han puesto de acuerdo en que no puedas ir a animar a tu equipo? ¿Crees que están organizados para impedirte que vayas a los partidos? No: en el peor de los casos, lo que pasa es que a partir de tu experiencia de que te miran mal, que tú facilitas yendo vestido así, luego imaginas que siempre te miran mal. Eso es generalizar que te miran mal a partir del hecho de que sí lo hacen si te*

presentas allí de esa forma. Y a partir de ahí, ya pierdes el control de lo que puedes pensar y lo que puede pasar”.

III) Técnicas de trabajo con el síntoma:

I. Técnicas de distracción ante las voces y los delirios:

3. Escuchar música o un discurso mediante un estéreo personal.
4. Recuento subvocal.
5. Lectura en voz alta.
6. Recuento mental.
7. Canturreo.
8. Hacer gárgaras.
9. Estrategias de distracción divididas por modalidades (Se trata de técnicas destinadas a distraer el pensamiento y desfocalizar el núcleo de atención de las alucinaciones o ideas delirantes):
 - a. **Cognitivas:** distracción o autoinstrucción.
 - b. **Conductuales:** Aumento de actividades sociales o independientes (por ejemplo, ejercicio físico).
 - c. **Fisiológicas:** Relajación, respiración.
 - d. **Sensoriales:** Escuchar grabaciones musicales.

Es importante eliminar las estrategias de afrontamiento que son maladaptativas. La **distribución de actividades** optimiza el uso de las técnicas de distracción (plan de actividades que incorpore las actividades que más impacto tienen sobre la gravedad de las voces individuales).

II. Focusing (Focalización):

Esta técnica consiste en tratar de examinar el contenido de las voces individuales y de relacionarlo con sus creencias sobre las voces y sobre sí mismo. Primero, el paciente se expone gradualmente cada vez más, a aspectos emotivos de las

voces. Se le pide que monitoree sólo las características físicas de sus voces. Cuando el paciente se siente cómodo con esto, puede progresar hasta monitorear el contenido y sus pensamientos resultantes, y a prestar atención a las creencias que se activan como resultado de las voces. Para ello se usa el **sombreado verbal** o **escrito** (repetir inmediatamente en voz alta el contenido), para favorecer la atención sobre el contenido y los pensamientos y ayudar al paciente a comentar sus creencias. El contenido irá relacionado con las preocupaciones actuales o pasadas del paciente. Se sabe que la angustia que asociamos con las voces se relaciona más con las creencias que el individuo tiene sobre las voces que con el contenido real de las mismas, por lo que la comprensión de dichas asociaciones será muy importante.

En resumen, la técnica consiste en:

- Solicitar al paciente que se centre en la forma y **características físicas de las voces**, el número, la intensidad, el volumen... y lo exponga como foco de discusión en la terapia.
- Una vez que el paciente domina la primera fase, se le pide que preste **atención al contenido** y realice registros de las mismas para de nuevo traerlas a discusión a terapia.
- Se le pedirá al paciente atención a sus creencias y pensamientos respecto a los síntomas productivos y que registre los **sucesos antecedentes y los pensamientos y sentimientos consecuentes** (para que él mismo se dé cuenta de qué es lo que provoca la aparición de esas voces y qué consecuencias tiene sobre él cuando éstas aparecen).

La finalidad es que la técnica le conduzca a la formulación de un significado que normalmente desemboca en la aceptación de que las voces son autogeneradas.

III. Reestructuración cognitiva (RC):

Los sucesos se interpretan en términos de la creencia, en lugar de buscar interpretaciones alternativas. Las interpretaciones delirantes de sucesos también pueden haber sido facilitadas por sesgos de procesamiento emocional. **El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen.** Así

pues, el afecto, la conducta y las reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

¿Cómo aplicaremos la reestructuración cognitiva?

Primero, buscaremos e identificaremos las **interpretaciones delirantes específicas de sucesos**, y a continuación, buscaremos **explicaciones alternativas**.

El contenido incluye la identificación de pensamientos, revisando las evidencias que los fundamentan y fomentando la auto-monitorización de las cogniciones, relacionando los pensamientos con los sentimientos y la conducta.

El modelo cognitivo en que se basa la RC ha sido denominado **modelo A-B-C** por algunos autores (Ellis, 1979). Las tres letras se refieren a lo siguiente (Bados & Garcia, 2010):

- 1. A, se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real.**
Por ejemplo, ser criticado por una persona muy querida o fracasar en una tarea importante tal como el tratamiento del primer paciente.
- 2. B, se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A.** Estas cogniciones pueden ser conscientes o no. La palabra cogniciones puede hacer referencia tanto al contenido de la cognición como a los procesos cognitivos. Entre estos últimos se incluyen la percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación. Los supuestos y creencias que tiene una persona facilitan la ocurrencia de ciertos sesgos y errores en el procesamiento de la información (Beck, 2010) tales como atención selectiva (por ejemplo, atender sólo a los fallos que uno comete), memoria selectiva (por ejemplo, recordar sólo las cosas negativas), sobregeneralización (p.ej., creer que tras un fracaso no se tendrá éxito con los pacientes posteriores) o pensamiento dicotómico (por ejemplo, pensar que la gente es buena o mala).
- 3. C, se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B.**
Por ejemplo, sentir miedo, temblar y salir corriendo al interpretar de modo amenazante la aparición de un perro que se aproxima ladrando. O bien sentirse triste y abatido al tomarse como un rechazo personal la no aceptación de una

propuesta de cita. Emociones, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

4. ***D*, es el debate socrático y cuestionamiento racional.**
5. ***E*, son los efectos del proceso de cuestionamiento y la práctica.**
6. ***F*, significa fortalecer el hábito y mantenerlo en el tiempo.**

Dentro de la reestructuración cognitiva, es posible usar la **técnica del modelado**. Ésta puede ser una técnica útil para ayudar al paciente a adoptar una perspectiva más adecuada de las situaciones perturbadoras. Puede hacerse de varias maneras:

- a) El terapeuta demuestra al paciente una forma más adecuada de enfocar la situación perturbadora.
- b) El terapeuta muestra al cliente cómo este enfocó anteriormente de un modo apropiado una situación relacionada con el problema.
- c) El terapeuta cuenta cómo enfocó una experiencia vivida por él y relacionada en cierta medida con la situación perturbadora para el cliente.

Debemos tener en cuenta que...

- No son los acontecimientos en sí mismos los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las expectativas e interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos.
- Una reestructuración aparentemente válida de un pensamiento negativo conducirá a una reducción de la creencia en este último y a una disminución del malestar emocional.

Para la aplicación de técnicas cognitivas, es importante tener en cuenta la presencia de creencias e ideas irracionales que Ellis (1979) plantea.

- IV. Flecha descendente** (no sólo se aplica para delirios sino que también busca trabajar todo tipo de ideas irracionales que puede tener el paciente):

La técnica de la flecha descendente, tiene como objetivo conocer las **creencias básicas irracionales del paciente**. Nos puede servir para descubrir ideas que estén obsesionando al paciente, ideas que vayan relacionadas o no con el delirio. Es importante indagar en las creencias irracionales de base para trabajar desde ellas y conocer de qué manera el paciente construye significados.

¿Cómo se emplea esta técnica?

La técnica consiste en escoger un pensamiento irracional/delirio del paciente que le perturbe y preguntarle de manera continuada cuestiones como las siguientes:

“¿Y qué pasaría si esto ocurriera?”

“¿Qué es lo peor que podría pasar si eso se diera?”

La idea es ir haciendo preguntas hasta llegar a la idea irracional de base que es la que mantiene el problema y/o sustenta el malestar del paciente.

<i>Modelo de los 6 estadios de Freeman – Ideas de persecución</i>
--

En relación a las técnicas cognitivas comentadas, para trabajar directamente con el síntoma, en este caso los delirios y las alucinaciones, que van relacionados con mayor ansiedad y depresión, conviene tener en cuenta el **Modelo de 6 estadios de Freeman** (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler & Bebbington, 2002).

Este modelo pone el foco en los delirios persecutorios ya que son los más comunes en los trastornos psicóticos teniendo en cuenta que el tipo de trastorno esquizofrénico más común, es el paranoide. Este modelo, pues, explica que la ansiedad y la depresión parecen ser comórbidas a los delirios persecutorios (síntomas positivos). Las experiencias emocionales están directamente asociadas con el contenido de las ideas delirantes. El contenido cognitivo de las emociones estará expresado en los delirios, y a su vez, el contenido de los delirios contribuirá a mantener y exacerbar estas emociones, provocando la aparición y cronificación de la ansiedad.

En relación a la depresión, por ejemplo, si los pacientes creen que los “persecutores” son muy poderosos y que ellos están fuera de su propio control, éstas ideas reforzarán e incrementarán la depresión, al igual que si consideran que se merecen

que les hagan daño, esta creencia hará que aumenten y se confirmen sus pensamientos depresivos.

Tanto unas ideas como otras, provocarán ansiedad y depresión, y potenciarán el mantenimiento de los pensamientos delirantes ya que los pacientes buscarán evidencias en todo momento para sus creencias. Al creer que padecen experiencias anómalas, sus conductas intentarán en todo momento adaptarse a dichas experiencias, lo que provocará que se comporten con las personas que les rodean de manera perturbadora, tales como con hostilidad o simplemente con el propio aislamiento de la persona. En consecuencia, las personas que les rodean actuarán diferente con ellos o directamente romperán la relación. De esta manera, las ideas delirantes de los pacientes se confirman de nuevo. De este modo, a mayor ansiedad, mayor potenciación de actos para protegerse de esas ideas (evitación, escapar, agresión, conformidad, etc.).

¿Qué hacer en terapia?

Buscar la construcción de otra explicación no-delirante que sea alternativa a los modelos de experiencia que son aceptables para ellos. La idea es evaluar los pensamientos delirantes para que puedan utilizar las estrategias adaptativas necesarias que les ayuden a reducir el estrés emocional que comentábamos previamente.

Así, será útil evaluar el poder de los persecutores, preguntando cuando es más probable que ocurra la persecución o que les hagan daño. De esta manera, la persona se puede dar cuenta de que no se ha materializado hasta el momento, y la ansiedad puede reducirse.

IV) Técnica de apoyo narrativo: Escribir una carta como si le estuvieran contando a alguien los síntomas que experimentan que están relacionados con delirios y alucinaciones.

V) Diálogo con el síntoma: se trata de realizar la técnica de la silla vacía (Perls, 1976) pero el diálogo que se establece esta vez es con el síntoma principal que está impidiendo que el paciente avance.

¿En estas sesiones, hay alguna contraindicación para alguna tipología de pacientes o de familia?

Es importante tener en cuenta que debemos encontrar el momento y la adecuación de la técnica para utilizarlo con los pacientes; saber que la persona está preparada y dispuesta para enfrentarse, en este caso, a sus síntomas.

IV. Sesión 6. Adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico.

OBJETIVOS:

- Fomentar adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico.
- Conciencia de enfermedad.

Para trabajar la adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico, es importante que se concreten las conductas a cambiar. Para ello, podemos seguir un modelo motivacional que nos permita llegar al paciente siendo éste mismo quien ponga en marcha sus propios mecanismos de cambio. Será una tarea difícil porque nos encontramos dentro de un contexto donde se ha producido una ruptura y un bloqueo de las áreas de funcionamiento global de la persona y no será fácil encontrar motivaciones para dicho cambio (Palma, Farriols, Cebrià & Segura, 2007). A continuación se plantean los comportamientos más habituales trabajados mediante **intervenciones motivacionales**:

- La toma de la medicación de la forma más autónoma posible.
- El consumo de tóxicos.
- La adherencia al tratamiento psicológico y cumplimiento de pautas terapéuticas.
- La realización de actividades.
- Hábitos de planificación de tareas.

¿Cuáles son los objetivos de la terapia cognitivo-motivacional individual?

- Crear un clima terapéutico basado en la confianza que favorezca la participación activa de la persona como experto en el sentido de que es el que mejor conoce sus problemas.

- Ayudar a la persona a alcanzar un entendimiento de la enfermedad que promueva su **participación activa** en **reducir el riesgo de recaídas y los niveles de desajuste social**.
- Favorecer la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como psicológico.
- **Reducir el estrés y las interferencias producidas por los síntomas positivos** en el funcionamiento de la persona.
- Trabajar el manejo de las emociones acaecidas tras el primer episodio psicótico.
- Ayudar a la persona a desarrollar una nueva comprensión sobre sus **experiencias psicóticas**, a **dotarlas de sentido** y a **reestructurarlas** con alternativas válidas a su experiencia.
- Trabajar la **afectividad** y la **autoestima** asociada a la presencia de los síntomas persistentes.
- Fomentar el desarrollo de **estrategias de afrontamiento** de sus síntomas y problemas.
- Fomentar la **identificación** de los **procesos cognitivos** que sostienen los delirios y las alucinaciones.
- Trabajar en **cambio de hábitos** en relación al consumo de sustancias.
- Fomentar la identificación de los **síntomas asociados a la inminencia de una recaída** y a controlarlos.

¿A quién no se debe aplicar la intervención motivacional?

- Es importante tener en cuenta que las técnicas motivacionales no son aplicables y recomendadas para todo tipo de pacientes. A personas con déficits cognitivos moderados-graves será contraindicado usar este tipo de intervenciones.

ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

(Palma, Farriols, Cebrià & Segura, 2007)

- Es un estilo de intervención centrado en el paciente.
- El terapeuta decide qué elementos son los que debe reflejar del discurso del paciente.
- La relación terapéutica es de colaboración entre expertos (profesional-paciente) no de experto a paciente.
- La intención es promover cambios de comportamiento a través de frases de compromiso que va elaborando el paciente.
- El método es ayudar a la persona a explorar y resolver la propia ambivalencia (Miller & Rollnick, 1991).
- Se basa en el modelo transteórico de las etapas del cambio (Prochaska & Di Clemente, 1992): estadio precontemplativo, contemplativo, determinación, cambio activo, mantenimiento y recaída.

TÉCNICAS:

1) Psicoeducación.

1. Pautas y estrategias para la toma de medicación:

En relación a la toma de medicación, las siguientes normas se han mostrado útiles en muchos casos:

- **Utilizar un recordatorio.** Si se tiende a olvidar su medicación es muy conveniente establecer una rutina: tomarla siempre en el **mismo sitio** y a la **misma hora**, acompañándola de **zumos, leche u otro alimento**.
- Llevar un **registro** de las **medicaciones tomadas** y los **efectos terapéuticos** y también de los **efectos secundarios** experimentados. Este cuaderno registrará la historia de las medicaciones antipsicóticas tomadas y a la hora de visitar a un nuevo psiquiatra o simplemente para facilitar la evaluación que realiza el psiquiatra habitual.

2. Para aumentar la aceptación de la medicación:

- Hacer **acuerdos** entre la familia y la persona afectada y considerar la toma de medicación como un requisito indispensable.
- Establecer límites en la convivencia y relacionar los trastornos más graves de la conducta con la suspensión de la medicación, remitiendo a la propia experiencia del paciente.
- Educar a la persona afectada en la importancia de la medicación. Promover la figura del psiquiatra y de otros profesionales de la salud mental como fuente de información sobre estos fármacos.
- **Escuchar y responder a las preocupaciones que tiene la persona afectada con su medicación:** Molestias estomacales, efectos secundarios neurológicos o somáticos como el sobrepeso, sentimientos de minusvalías. Hay que ser sensible a los sentimientos y molestias que tiene la persona en relación con la medicación. Algunos de los efectos pueden ser paliados mediante algunos métodos (sequedad de boca, estreñimiento...).

Si el paciente tiene resistencia a tomar la medicación, se debe intentar que el momento de la toma sea un momento importante entre familiar y paciente: Mostrar comprensión y firmeza a la vez.

Debemos tener en cuenta que...

Los beneficios que consigue con su tratamiento la persona afectada serán siempre mayores que los efectos indeseables o el riesgo de presentarlos. Estos

beneficios son fundamentales para una vida normalizada. Para la persona afectada esta medicación es su seguro ante las crisis.

Es la ayuda que requiere para seguir en la normalidad, para mantener su capacidad de relación y ocupación. Debe visualizar la medicación como el medio que le ayuda a estar en la realidad, para compartir con los suyos, como una ayuda o un bastón que le ayuda a ser el mismo, a ser más autónomo y más seguro de sí mismo. Como un protector ante las tensiones de la vida, para que el estrés y la ansiedad no le hagan desarrollar síntomas.

2) Estrategias cognitivo-motivacionales (Palma, Farriols, Cebrià & Segura, 2007) para trabajar en estas sesiones. Algunas estrategias cognitivo-motivacionales son las siguientes:

I. Empatía: La principal estrategia de manejo de resistencias es la expresión verbal y no verbal de empatía.

II. Paradoja: Muchas veces las resistencias aparecen como una reacción natural de reactancia psicológica. La técnica de la paradoja utiliza esta reactancia a la inversa, a favor del “*no cambio*” con el objetivo de que la persona reaccione en contraposición buscando activamente el cambio por sí mismo. Una forma de provocar una prescripción paradójica, sería con lo que se conoce por **prescripción del síntoma**, que consiste en obligar al paciente a que repita conscientemente el síntoma que le está produciendo problemas. A un paciente al que le cuesta dormirse por la noche, ya que hace fuerza para dormir y eso mismo le pone nervioso y le impide dormirse, se le pide que se vaya a la cama sin la intención de dormir, con lo que rápidamente se quedará dormido. A un paciente que se lava las manos diez veces, se le pide que se las lave veinte. Si se le pide a un paciente que repita voluntariamente un síntoma que es involuntario, se le obliga a entrar en una prescripción paradójica. La única forma que tiene de salir de ella es cambiando la conducta y rompiendo el marco original.

III. La exploración de creencias: La mayoría de veces las resistencias están adheridas al sistema de creencias de las personas. Es muy difícil

promover un cambio si éste muestra incongruencias con el propio sistema de creencias. Por este motivo ante las resistencias suele resultar de utilidad explorar dicho sistema, preguntar al paciente qué opina sobre determinadas cosas y señalar, si se considera necesario, cualquier distorsión que esté manteniendo los constructos. El objetivo es desactivar aquellas creencias que bloquean los procesos de cambio y dificultan el trabajo terapéutico. Para ello puede resultar útiles las *técnicas cognitivas* planteadas anteriormente en la *sesión 3*, con las que se trabajan éste tipo de creencias, muchas veces irracionales.

IV. La reconducción por objetivos: Se trata de una estrategia que puede ser utilizada cuando el paciente evita algunos temas y da rodeos constantemente bloqueando los procesos de comunicación. Siempre que el clínico considere oportuno intervenir directamente sobre el síntoma, puede utilizar esta estrategia para afrontar la resistencia. En resumen, se trata de reconducir la entrevista al objetivo que desea conseguir el paciente, siempre y cuando este objetivo sea razonable y beneficioso. Un ejemplo podría ser el siguiente: un paciente que se muestra quejoso de una prueba que le han realizado: “Entiendo su enfado (empatía), pero veamos en lo que ahora le podemos ayudar (reconducción). Ahora le pueden dar estas pastillas que nos desinflamarán las paredes del estómago y... etc.”

Por otro lado, y de manera complementaria a las estrategias planteadas en las líneas anteriores, algunas estrategias que podemos utilizar en estas sesiones y que facilitan la **expresión de emociones** de manera concreta son:

V. La expresión escrita: Muchos pacientes aportan de manera espontánea escritos donde abordan temas que le han preocupado o que le han generado sensaciones negativas durante la experiencia de ingreso, con la familia o en cualquier contexto. Es deseable aprovechar todo el material escrito, diarios, notas, etc. para ayudar al paciente a concretar situaciones y expresar el malestar.

VI. Carta a la enfermedad (técnica de apoyo narrativo): Se trata de una técnica original de las terapias narrativas y que ha sido bien definida por

algunos autores para el abordaje del duelo (Poch & Herrero, 2003). Consiste en pedirle al paciente que le escriba una carta ficticia, utilizando su imaginación, a aquello que ha sido la causa de tanto malestar: la enfermedad. Algunos pacientes, sobretodo aquellos que tienen un buen nivel intelectual y una buena capacidad de *insight*, tienden a buscar información en libros, en páginas web, etc. y muchas veces acuden a consulta mostrando sentimientos de alta intensidad, de desconcierto, de rabia o de tristeza. La estrategia de la carta a la enfermedad es recomendable utilizarla sólo en este tipo de casos ya que las emociones ya han sido generadas y se hace necesario un contexto de contención y delimitación. El papel será útil para hacer de recipiente de todas estas emociones y el terapeuta debe limitar el espacio para escribir (una página máximo) con tal de poder extraer las emociones que generan más malestar y contenerlas.

V. Sesión 7-8. Habilidades Sociales: Potenciar la esfera social y laboral.

OBJETIVOS:

1. Trabajo de habilidades sociales, para trabajar carencias sociales y comunicativas así como tener en cuenta la esfera laboral (o servicios de los que el paciente se pueda beneficiar similares).

A los pacientes, antes de realizar las técnicas, se les explica qué es la asertividad (elemento que está incorporado en el entrenamiento en habilidades sociales) a partir de documentación realizada por Castanyer (2014).

TÉCNICAS:

- **Role playing:** Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS). Propuesta de escenas cotidianas en las que se deban aplicar estrategias de comunicación social adaptadas a cada persona y familia.
- **Actividad:** Una persona necesita una mochila/objeto para vivir (y no dispone de este objeto). Debe convencer a la otra persona para que ésta segunda, que sí que tiene el objeto, le dé. ¿Qué estrategias se utilizan?, ¿Cuáles son las debilidades de cada uno?, ¿Qué forma han tenido de comunicarse...?, ¿Qué es lo que ha fallado/ayudado a no/sí conseguirla?

VI. Sesión 9-10-11. Comunicación y funcionamiento familiar (1 paciente/ 1 familia / 1 familiar):

OBJETIVOS:

1. Mejorar la comunicación, Emoción Expresada y funcionamiento familiar.

Para trabajar estos aspectos, debemos tener en cuenta el tipo de familia con la que estamos trabajando:

- **Familia aglutinada:**

- No tiene autonomía.
- Poca diferenciación
- Responden de forma muy reactiva a los cambios.
- Excesiva rapidez e intensidad

- **Familia desligada:**

- Independencia excesiva.
- Poco sentimiento de pertenencia y de lealtad.
- Poca disposición a la ayuda.
- No reaccionan cuando es necesario.

Algunas familias con un miembro con esquizofrenia se comunican adecuadamente pero otras manifiestan unos patrones de comunicación perturbados que dificultan el poder trabajar con ellos de forma apropiada. A menudo, esto es consecuencia de unos niveles elevados de tensión emocional, por un lado, y de intentar afrontar una gran cantidad de problemas con éxito, por el otro. Ambos factores contribuyen a que se generen una serie de monólogos difíciles de contener.

Emoción Expresada (EE) (Leff & Vaughn, 1985): Variables decisivas para la recaída.

- 1. Comentarios críticos:** Se trata de comentarios de rechazo, palabras que expresan disgusto, contradicción, amargura, resentimiento... o de observaciones hechas con un tono de censura.

2. **Hostilidad:** Se considera presente cuando el paciente la percibe con intensidad o tiene que afrontar una actitud crítica general.
3. **Sobreimplicación emocional:** Se refiere a actitudes de autosacrificio, sobreprotección o identificación exagerada con el paciente.

Es importante tener en cuenta que necesitan ayuda tanto una familia con alta EE como con baja EE.

Si el familiar asume las funciones del paciente, éste nunca va a mejorar su rendimiento. Hace falta reiterar mucho estos mensajes para que la conducta de los familiares empiece a cambiar.

Sesión con la familia (sin el paciente):

A tratar:

1. **Comunicación con el paciente en la familia / Forma de actuar delante de situaciones.** Las relaciones familiares y el nivel de tolerancia.
 - **Los límites y las normas:** ¿Qué límites le pone la familia al paciente? ¿Qué le permiten y qué no? ¿Qué tipo de normas están establecidas? ¿Qué se le exige y qué no? ¿Se le dejan pasar muchas cosas o contrariamente se está muy encima suyo?

Pautas de comunicación para la familia:

1. Dejar que conteste las preguntas, esperar las pausas (velocidad de procesamiento).
2. No intentar descubrir el significado de las comunicaciones extrañas; preguntar directamente.
3. Apreciar los pequeños cambios aunque sean a ritmo lento.

Normalizar la rutina familiar:

4. “Antes ayudarse a uno mismo”. Se deben potenciar las relaciones sociales fuera de la familia.
5. No olvidar las necesidades de los otros, es decir, no sólo tener en cuenta las del paciente.

¿Qué se puede hacer?

6. No estimular de forma excesiva con:

- Conflictos y críticas muy frecuentes.
- Estar muy pendientes (positiva o negativamente).
- Dejar que se aíslen (dar oportunidades pero aceptar cuando no quieran).

Desorganización del pensamiento:

7. ¿Qué hacer?

- a. Términos claros, simples y concretos.
- b. De forma breve.
- c. Repetición de contenidos clave.

Tener normas mínimas de convivencia:

8. Fijar las normas de forma clara y sin una discusión detallada.
9. Es mejor no dejar que empiece conductas extrañas.
10. Pedir que haga actividades de forma concreta.
11. No guiarse por la edad cronológica. Patrón interno de comparación.
12. No decir lo que no se puede cumplir. Asumir una posición firme y dar tiempo.
13. Con el pensamiento de tipo paranoico es mejor no discutir.
14. No modificarlo todo al mismo tiempo.
15. No permitir nunca la violencia.

SESIÓN CON EL PACIENTE

Trabajo de emociones dentro del rol establecido por la familia y la comunicación que se observa.

SESIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Técnicas que se pueden aplicar:

I. Escultura familiar.

La escultura familiar podría ser una metáfora de cómo el paciente ve a su familia plasmada a modo de lenguaje corporal. Se muestra como un instrumento muy eficaz para el diagnóstico, la comprensión y la reconstrucción del sistema familiar. Los cuerpos son moldeados y modelados por el que "esculpe", siempre intentando plasmar lo que siente desde su punto de vista subjetivo. Primeramente plantearemos una **escultura real**, donde intente plasmar cómo se siente el propio paciente en relación a la familia y personas significativas que él elija (Andolfi, 1993).

En nuestro caso, queremos que el escultor forme parte de la escultura y se sitúe dentro de ella. Deberá situar a todos sus familiares y personas importantes en su vida de una forma u otra, más cerca o más lejos, mirándolos o no, etc., en relación a cómo los siente en referencia a él.

En el momento en que el escultor ya ha situado a todos los miembros, y después de que él exprese cómo se siente en relación a todos, éstos deberán expresar cómo se sienten desde su posición. No cómo se sienten en la vida real, sino que deben expresar cómo se sienten una vez el paciente les ha situado de ese modo y en esa posición.

En un segundo momento, le pediremos al paciente que realice la que para él sería su **escultura deseada**. Debe situar a cada miembro de la escultura real, en la posición y distancia respecto a él, más deseada. Cuál sería la ideal para él. Una vez más, el paciente y los participantes de la escultura, expresarán cómo se sienten en esa posición. Será el momento de trabajar, qué cambios puede hacer el propio paciente escultor, para conseguir esa escultura familiar deseada.

Se puede proponer a la familia, que todos los miembros pertenecientes a ella que participan en la terapia, esculpan su propia escultura familiar. Las diversas esculturas permiten un contraste, una toma de conciencia del punto de vista del otro, una comprensión de las incomprensiones. En relación a esta idea, proponemos 5 técnicas auxiliares que podemos introducir sobre la escultura base:

- i. **Espejo**: Un yo-auxiliar (terapeuta o un miembro de la familia) ocupa el lugar del escultor y su postura de modo que éste pueda observarse desde fuera a sí mismo y su relación con el conjunto.

- ii. **Doble:** Un yo-auxiliar se procura "poner en la piel del sujeto" y expresa en voz alta lo que aquel no hizo por inhibición, bloqueo, etc. Es preciso pedir permiso al sujeto al que se va a doblar y posteriormente al doblaje preguntarle si lo ha percibido o no como expresión de sus propios contenidos.
- iii. **Cambio de roles:** Dos personas intercambian su posición en la escultura y procuran -cada una- "meterse en la piel del otro" para poder comprender la posición del otro en el sistema vincular, ya partir de ahí la complementariedad relacional.
- iv. **Soliloquio:** Se practica de un modo sistemático en todas las esculturas. Se trata de expresar en voz alta todo aquello que en el sujeto se moviliza como efecto de su situación en la escultura: sentimientos, emociones, sensaciones físicas, opiniones. etc. Es mucho más útil si se hace antes de deshacer la escultura que después de deshacer la escultura.
- v. **Multiplicación dramática:** La realización por varios miembros del grupo familiar de la misma escultura. Permite contrastar las diferentes formas de percepción de la familia desde cada punto de vista.

2. *Role-playing*.

Es una técnica que busca una recreación de los roles y de las relaciones del paciente a través de las palabras en conjunto con un contenido emocional. Se simula una situación de la vida diaria donde cada participante representa el papel del personaje concreto que le corresponde. El objetivo es imaginar la forma de actuar y las decisiones que tomaría cada uno de los personajes en situaciones diferentes. De aquí que se pueda trabajar temas de comunicación social, asertividad, habilidades sociales, etc.

3. Técnica "dentro-fuera".

Realmente es un *role playing* pero el encuadre es el siguiente: Se colocan dos personas, una en frente de la otra, separadas por una mesa. Una representa que está "dentro" de algún sitio (da igual el que sea) y la otra persona está "fuera". La persona que está fuera debe persuadir a la que está dentro para que se intercambien las posiciones. La premisa es que el que está dentro no debe dejar pasar al que está fuera y que la persona que se encuentra fuera, debe conseguir entrar. Así pues, serán necesarias

habilidades sociales y dotes comunicacionales para poder persuadir a la persona que está dentro y poder defender ésta misma a la vez su posición.

4. Técnica “up-down”.

Se necesitan dos personas. Se coloca una silla donde una persona irá UP (sobre la silla) y la otra se situará DOWN (de pie, delante de la otra persona), marcando una desigualdad física. Se creará una situación espontánea de injusticia, en la que nos imaginaremos una situación en la que las dos personas estén en desacuerdo y, a través de argumentos, imaginación, posición corporal, etc., deberán marcar lo que quieren cada uno. Una vez hecho el role playing, las dos personas se colocarán a la inversa, quien estaba down hará de up y al revés.

La idea es poder trabajar con los familiares, además de con el paciente, situaciones comunes de la vida cotidiana en la que hayan desacuerdos. De esta forma, cuando se hayan pasado por ambas posiciones, deberán comentar cómo se han sentido así como quien esté viendo la escena desde fuera (otros miembros de la familia, profesionales, etc.) también comentarán como han visto la escena, qué les ha parecido, si pasan por situaciones similares, posibles dificultades sociales que hayan tenido, etc.

Si es necesario, el role playing se puede repetir con otras personas o con las mismas, después de comentar las habilidades sociales necesarias y estrategias comunicacionales que les puedan ayudar.

5. Pautas modelado (familia):

Enseñar a la familia a comunicarse, funcionar entre ellos y con el paciente, realizar las tareas de la casa, encontrar espacios para ellos y para la familia... El objetivo es aprender por imitación. No habrá un buen aprendizaje para el paciente si la familia lanza unos mensajes y unas obligaciones que ellos mismos no se aplican.

6. Comentarios positivos, peticiones y acuerdos:

- a. Pedirle a cada miembro de la familia que diga algo **positivo** del paciente. Si dicen que no pueden decir nada positivo de la actual relación, hay que pedirles que recuerden aspectos positivos de la persona en el pasado.

- b. **Pedirle a cada cónyuge que diga algo que le gustaría que hiciese el otro y negociar para que lo haga.** Algo tan sencillo como hacerle una taza de té al otro puede orientar la relación hacia una dirección más positiva.
- c. **Encontrar algo que los cónyuges o los familiares, puedan disfrutar compartiéndolo fuera de la casa y pedirles que lo prueben como tarea.** Como antes, si vuelven a decir que actualmente no hay nada con lo que disfruten juntos, pedirles que repasen la historia de su relación para encontrar una actividad apropiada.

¿En estas sesiones, hay alguna contraindicación para alguna tipología de pacientes o de familia?

Se debe tener en cuenta en qué momento se encuentra la familia para poder trabajar en el sistema familiar así como la capacidad de comprensión y de abstracción que tiene el paciente y los miembros de la familia para poder llevar a cabo las técnicas planteadas.

VII. Sesión 12-13. Solución de problemas. Establecimiento de objetivos realistas (1 paciente / 1 familiar).

OBJETIVOS:

- 1) Solución de Problemas.
- 2) Manejar: enfermedad, situaciones de crisis o situaciones cotidianas.
- 3) Toma de decisiones.

TÉCNICA:

1. Solución de problemas (familiar):

Concretar con la familia. A veces el papel de la familia con alta emoción expresada (EE) es no hacer nada, para que el paciente sea más independiente (Grice, et al., 2009).

1. Definir los problemas.
2. Operacionalizar soluciones (cada uno debe tener claro su papel).

Se deben anticipar posibles problemas. Verlo como un experimento ayuda a la familia cuando la situación falla, ya que si falla, lo ven como un fallo del diseño, no de ellos.

Realizar una lista de problemas y proponer cada uno de los miembros una o múltiples soluciones hasta llegar a un acuerdo.

Las técnicas de resolución de problemas (D'Zurilla & Goldfried, 1971) facilitan el comportamiento activo para la toma de decisiones además de resaltar el aprendizaje de las propias experiencias. Cada alternativa a la solución del problema se puede representar también por un espacio temporal (sillas, cojines, etc.).

Por solución de problemas se entiende aquel proceso a través del cual una persona identifica o descubre medios efectivos de enfrentarse con los problemas que se encuentra en la vida diaria, proceso que incluye tanto la generación de soluciones como la toma de decisiones.

La ejecución de la solución de problemas efectiva es uno de los componentes más significativos de la competencia social y por tanto se trata de una importante habilidad social.

El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde se está dando el problema.

Es decir, que esta técnica ayuda a las personas a:

- Hacer disponibles una variedad de **alternativas de respuesta** para enfrentarse con situaciones problemáticas.
- Incrementar la probabilidad de **seleccionar las respuestas más eficaces** de entre esas alternativas.

Para pasar de una fase a otra hay que haber superado previamente la anterior, así que cuando en un paso no hay suficiente información o la solución elegida no resulte la adecuada, hay que volver a la fase previa para que una vez que se ha realizado correctamente podamos pasar a la siguiente.

1. Plasmación del problema.

¿Cuál es el problema en esta situación? Quién está implicado, dónde, cuándo, de qué manera... Listado de problemas claramente definidos: Cada miembro de la familia, incluido el paciente, debe poder expresar qué problemas y preocupaciones le atormentan. La indicación que se transmite es la siguiente:

“Indiquen el problema o los problemas que tienen en la actualidad y su nivel de gravedad, en una escala de 0 (nada) a 10 (muchísimo) –consensúenlo con la familia–.”

2) Sugerencias de soluciones. *Brainstorming*.

4 principios básicos a tener en cuenta en el *brainstorming* (Bloch & Lise, 2009):

1. No se admiten críticas negativas.
2. Todas las ideas son buenas, por estrafalarias que puedan parecer.
3. La cantidad conduce a la calidad.
4. Si aumenta el número total de ideas, aumenta también el número de ideas válidas.

3) Evaluación.

Se evalúan las sugerencias recopiladas durante el *brainstorming*. Se comentan las *ventajas* y *desventajas* de cada una de ellas. Se puede ir preguntando si una sugerencia dada puede conducir a la resolución del problema. Es una buena manera de eliminar aquellas soluciones que no conducirán a este objetivo.

- **Elección de una solución.** Es la familia la que escoge la solución que quiere intentar, o posiblemente una combinación de diferentes soluciones.
- **Definición de los recursos que se necesitan para resolver el problema.** El concepto “recursos” abarca aquellas cosas que se requieren para poner en práctica la solución. Pueden ser: tiempo, paciencia, dinero, esfuerzo...
- **Determinar momento y lugar preciso para conseguir la solución.**
- **Recapitulación del plan y felicitación a todos por su participación.**

Cuando **NO** se obtienen los resultados consensuados y esperados, suelen deberse bien a dificultades en el proceso de solución de problemas o bien en la ejecución de la

solución. **Hay que volver a las fases previas y comprobar si se ha definido bien el problema, generado todas las soluciones posibles, tomado la solución adecuada y puesto en práctica la misma.**

II. Silla vacía (Perls, 1976) (**Individual**): Esta técnica se utiliza para trabajar el afrontamiento relacional y la toma de posición frente el foco de conflicto. Se trata de crear un diálogo entre el paciente y una persona de su entorno, pero que no está presente. Nos permite conectarnos emocionalmente con nuestra propia experiencia para integrarla en nuestra vida.

III. Línea del tiempo (Bandler & Grinder, 1975) (**Individual**): Se trata de una técnica para facilitar que el paciente tenga una perspectiva distinta de su situación y se de un consejo a sí mismo proyectándose en un futuro donde se imagina que habrá adquirido más habilidades para afrontar una situación. Una vez se ha dado un consejo a sí mismo, se le puede pedir al paciente que se haga un regalo simbólico que le ayude a afrontar la situación diana. Esta técnica debe adaptarse a los pacientes con temas muy concretos, focalizando mucho la atención en los puntos a trabajar que se hayan establecido previamente.

VIII. Sesión 14. Trabajo emocional: El impacto de la enfermedad: las pérdidas – Duelo – Prevención del suicidio (1 con el paciente / 1 familiar).

OBJETIVOS:

- Trabajar el impacto de la enfermedad, en relación a las propias pérdidas (identidad) y a las pérdidas familiares.
- Prevención del suicidio. Psicoeducación.
- Valores.

1. Trabajar el impacto de la enfermedad, en relación a las propias pérdidas (identidad) y a las pérdidas familiares.

¿Por qué hablamos de pérdidas y de duelo?

El duelo es una experiencia habitual en la familia cuando uno de sus miembros tiene una enfermedad que puede ser crónica y muchas veces incapacitante. Hay dos

tipos de pérdida (Ferrer, Cebriá, Farriols & Palma, 2006): la pérdida de la persona que la familia conocía y la pérdida de los proyectos y de las aspiraciones que ellos tenían depositados en esa persona.

Parte del trabajo de los terapeutas consiste en ayudar a los familiares a superar su duelo. Se tiene que facilitar una relación que les permita **hablar de sus sentimientos**.

Los pacientes pueden compartir unas expectativas irreales con sus familiares y siguen tratando de lograr cosas que están más allá de sus posibilidades, lo que les puede acarrear con frecuencia disgustos, tensión y recaídas.

Todo ello puede llevar a una pérdida de confianza y a un círculo vicioso de desesperanza tanto para los pacientes como para sus familiares.

Pérdidas principales:

10. Pensamiento: Dificultades cognitivas, sintomatología positiva.
11. Relaciones: Retracción emocional y social.
12. Ruptura del autoconcepto (sentido del self).
13. Autoestima afectada e identidad.

Fases del duelo del propio paciente (Lafond, 2002):

14. **Negación**: El primer estadio del duelo ante la experiencia de la enfermedad mental. Se considera un rechazo deliberado a afrontar el hecho de la presencia de la enfermedad mental en la propia vida. Función de la fase de negación: a) ayuda a la persona a preservar el sentido del self y el sentido del mundo; b) le asiste en el proceso de integración de las noticias sorprendentes si la persona puede manejar tal integración.

“No necesito estar aquí en el hospital. No estoy enfermo”. “Alguien ha cometido un grave error”. “No necesito medicación”.

15. **Tristeza, ira y miedo**. Es apropiado y sano sentirse muy triste o incluso enfurecido por ello. El truco consiste en buscar continuamente modos de ayudarnos a nosotros mismos a afrontar constructivamente las situaciones, de forma que podamos lograr una mejor vida para nosotros mismos, sin herirnos ni perjudicar a nadie.

16. Aceptación: Afrontamiento de las realidades generadas por la presencia de la enfermedad mental, y construcción y práctica de habilidades de manejo de forma que se pueda lograr y mantener la recuperación.

Esta fase se alcanza cuando existen tres elementos esenciales: insight, actividad y afirmación. Una persona alcanza el **insight** mediante: a) búsqueda de información sobre su propia enfermedad mental; b) descubrimiento de lo que pueda hacerse para el manejo de los síntomas; c) formulación de preguntas al terapeuta. La **actividad**: es evidente en aquellos que optan por actualizar el rol que saben que les corresponde desempeñar para recuperarse y sostener la recuperación. La práctica de la **afirmación**, la consideración suficientemente seria de la propia situación, para decirse a uno mismo que es difícil afrontar la enfermedad pero que “hago todo lo que puedo”, se intercala entre el insight y la actividad para alcanzar un nivel satisfactorio de aceptación.

Una vez delimitada la fase de duelo en la que se halla el paciente, la tarea debe orientarse a trabajar el concepto de **recuperación**. Esto es, transmitir y matizar de una manera clara y comprensible para el paciente que la recuperación es un proceso continuo que no implica la desaparición total de las dificultades. El terapeuta tiene que asegurarse de que el paciente comprende, acepta e integra la idea de que habrán aspectos que pueden mejorar aunque no lleguen a recuperarse al nivel previo al inicio de la enfermedad.

El acompañamiento terapéutico en el duelo debe abarcar tres tareas fundamentales e imprescindibles:

- En primer lugar, acompañar al paciente en la **gestión de las emociones** que acarrear a las pérdidas (apoyo emocional).
- En segundo lugar, favorecer un reajuste de las **esperanzas de recuperación realistas**.
- Finalmente, facilitar la **reconstrucción de una nueva identidad** basada en el mantenimiento o conservación de los aspectos más estructurales del paciente, **no** vinculando a la persona con la enfermedad como base de su identidad.

Sin duda, la redefinición de la persona debe encontrar vínculos con la identidad

perdida puesto que aportan el grado de seguridad necesaria para completar el proceso de duelo. Si no, la confusión y la inseguridad van a representar un obstáculo en este proceso.

La reconstrucción de la identidad debe basarse en generación de constructos identitarios claros, delimitados y precisos que faciliten la autoidentificación de la persona.

Posibles pérdidas del paciente (Boss, 2001).

Percepción de pérdidas del paciente según la familia

17. Proyecto vital quebrantado:

- Trabajo (o futuro laboral).
- La carrera universitaria o los estudios que estaba cursando.
- Juventud “cumplir sus sueños”.
- La posibilidad de hacer una “vida normal”.
- La posibilidad de trabajar e independizarse.
- La posibilidad de tener pareja.

18. Aspectos propios del ciclo vital:

- El interés por las cosas.
- Amigos.
- Autonomía.
- Autoestima.
- La capacidad de comunicarse bien.
- Relación con los demás.

19. Aspectos personales y cognitivos:

- Creatividad.
- Humor.
- La capacidad de atención.
- La concentración.

Percepción de pérdidas en la propia familia

20. Aspectos propios del ciclo vital de la familia:

- Autonomía.
- Libertad.
- Ilusión por “el mañana”.
- Tranquilidad.
- Planes de futuro.
- Intimidad.

21. Comunicación:

- Buen ambiente familiar con otros hijos.
- Equilibrio en el cuidado de otros miembros de la familia.
- Comunicación en la familia.

22. Relaciones familiares en otros contextos:

- a. La familia está “atada”.
- b. Las reuniones familiares.
- c. Cercanía emocional con otros familiares.

Podemos plantear el objetivo de las tres “A” → Asumir, Aceptar y Afrontar.

Éstas son unas posibles indicaciones que se pueden transmitir a la familia:

23. Expresar el dolor con una persona que no sea vuestro familiar.
24. Ayudar a crear un nuevo proyecto vital y adaptarse al propio.
25. Analizar los propios mecanismos de defensa.
26. Respetar el ritmo de tu propio proceso.
27. Ser flexible y no comparar los tiempos de procesar este duelo con nuestros hijos.
28. Ser comprensivos, sentir y respetar.
29. Dar tiempo.

Es importante:

Acompañar a la familia y facilitar la gestión de las emociones que acarrea a la pérdida (apoyo emocional).

Reajustar las esperanzas de la familia sobre la recuperación realista del paciente.

Facilitar la reconstrucción de una nueva relación con el paciente y un nuevo significado de proyecto vital para su hijo.

2. Prevención del suicidio:

El suicidio es común en la esquizofrenia: su incidencia suele ser del 5-10% (Ventriglio, 2016) sobretodo en los primeros episodios de la psicosis. Aunque tratemos con pacientes que llevan varios años con la enfermedad, algunas familias siguen reaccionando y siendo excesivamente protectoras. Hasta aproximadamente un 40-55% de las personas con diagnóstico de esquizofrenia realizan una o más tentativas de suicidio a lo largo de los años. El mayor porcentaje de suicidio en los trastornos esquizofrénicos se da en varones jóvenes.

El riesgo de suicidio también es mayor en los siguientes casos (Popovic, et al., 2014):

- En los primeros diez años de enfermedad.
- Cuando se han producido varios ingresos psiquiátricos.
- En los primeros días tras el alta.
- Si las recaídas o las rehospitalizaciones son frecuentes.

- Si predominan síntomas positivos y síntomas depresivos.

Además se suelen dar las siguientes características entre las personas que tienen tendencias suicidas:

- Suele ser más frecuente en personas inteligentes y con un nivel cultural mayor.
- Es frecuente que estas personas abandonen previamente la medicación antipsicótica o se la tomen de forma discontinua.
- Existen fuertes tensiones en el núcleo familiar, lo que lleva a un marcado aislamiento del enfermo.
- Es a raíz de estas cifras que es útil hablar con la familia y con el paciente de los pensamientos reales de suicidio y de los posibles intentos. Puede que los pacientes den muestras de estos pensamientos, que pueden ser parte de los síntomas de una recaída o de una depresión incipiente.

Estrategias para el abordaje de la prevención del suicidio con el paciente:

- Apoyo emocional, contención, empatía...
- Hacer contratos con fechas para posponer el deseo del intento de suicidio.
- Ayudar a reflexionar a la persona con enfermedad mental para que valore otros aspectos más positivos de su vida.
- La desesperanza y la depresión es signo de alto riesgo en una persona joven que se muestra por otra parte compensada.
- No se trata de darle ánimo rápidamente, sino de acompañarle ayudándole a pensar en los aspectos más positivos de su vida.
- Comprometer a la persona en alguna actividad agradable para ella que le aleje de la tentativa de suicidio.
- Apoyar al afectado en caso de pérdida de un ser querido. La ausencia, muerte o separación de personas importantes en su vida deben llevar al resto de la familia a adoptar actitudes de prevención y de mayor contacto con el paciente. Es necesario que el afectado sienta el apoyo y los cuidados de otros familiares.

- Considerar el ingreso hospitalario forzado como un riesgo en personas jóvenes. Especialmente los ingresos dramáticos con gran sufrimiento por parte de la familia y el paciente, pueden repercutir gravemente en la persona afectada, cuando éste se hace consciente de la situación.
- Darse cuenta de la temporalidad del sufrimiento que está pasando en ese momento, y que cambiará, por tanto no debe tomar decisiones en esos momentos.
- No ofrecer falsas expectativas de curación y recuperación de capacidades que luego no se cumplen. Las expectativas debenser optimistas pero realistas.

Técnicas y estrategias para trabajar a nivel familiar:

- **Conseguir que las familias se den cuenta de la realidad de la pérdida sin perder de vista el lado positivo que todavía queda.** Animar a los familiares a manifestar sus sentimientos de pérdida y desolación más profundos, que luego podrán neutralizarse compartiendo la experiencia del terapeuta con otras familias que han atravesado situaciones similares. Animar a los pacientes a compartir sus propias experiencias de la enfermedad para ayudar a sus familias a entenderles y a empatizar con ellos. Los terapeutas deben transmitir esperanzas realistas y señalar las ventajas de seguir teniendo a esa persona.
- **Orientaciones para la familia.** La familia debe valorar los factores de riesgo:
 - Historia de tentativas previas.
 - Mayor riesgo en los primeros años de la enfermedad.
 - Considerar enserio las amenazas. Ante ellas buscar ayuda y orientación profesional.
 - Ayudar a la persona a darse cuenta de que los pensamientos de suicidio son un síntoma de la enfermedad y que desaparecerán a medida que el tratamiento sea efectivo.
 - Hacer hincapié en la importancia que la vida de la persona tiene para el resto de la familia.

- Animar a la persona a pedir ayuda profesional.
- Acompañar a la persona a la consulta.

- **¿Qué hacer frente a un intento de suicidio?**

- Lo más inmediato ante un intento de suicidio es contener al paciente físicamente y luego solicitar ayuda profesional lo más pronto posible. No hay que dejarle solo hasta que se disponga de ayuda.
- Además hay que alejar útiles y drogas que pueda utilizar para suicidarse.
- Insistir al paciente en que se trata de una crisis, y que superada, las cosas se verán de otro modo.
- Manifiestarle lo importante que es para la familia su persona.
- Hacerle ver que la vida es un don precioso e irrepetible.
- Acrecentar su esperanza de superación de estos momentos amargos y de desesperación.
- Ayudarle a visualizar una situación futura mejor que la actual.

Es importante que la familia se organice, especialmente en estos momentos, para hacer frente a unos cuidados más extensos. Sin agobiar al paciente hay que someterle a una vigilancia especial por su propia seguridad.

3. Valores (Murdoch, & Oldershaw, 2009): 16 actitudes para una vida con sentido.

Las 16 actitudes son un recurso práctico para mejorar la vida. Ofrecen un sistema sencillo pero a la vez muy sólido para reflexionar sobre cómo pensamos, hablamos y actuamos, y esto a su vez contribuye a que podamos vivir una vida plena y con sentido y experimentar un bienestar duradero.

Pensar: Humildad es una palabra que representa una parte muy importante de la persona que verdaderamente es humilde. Tan solo somos una minúscula parte de este mundo que nos rodea, todos tenemos que aprender, los unos de los otros y puede que la mejor lección la aprendamos de la persona evidentemente más modesta.

Gracias a la **paciencia**, podemos evitar muchos altercados, la paciencia es como

una armadura invisible que nos protege y nos ayuda a no alterarnos antes de tiempo, al tener paciencia y reflexionar, no significa que seamos seres pasivos ni resignados, al contrario, al ser pacientes nos permitimos responder de forma más positiva. Si conseguimos estar **satisfechos** de nosotros mismos, de la situación en que vivimos, sea la que sea, expulsar de nuestro interior todo lo que nos causa estar insatisfechos, lograremos sentir paz interior y nuestras lágrimas contenidas, serán cuando se derramen, un bálsamo para nuestro corazón. Sentir **alegría** es una sensación única, reír por el más pequeño motivo, hace que te sientas feliz de vivir.

Actuar: Primero pensamos y luego actuamos, pero de cierta manera que, dependiendo de la decisión que tomemos, ésta no solo afecta a nuestro bienestar y a nosotros, sino también a los demás, a los que nos rodean. Una de las cualidades humanas que mejor reflejan la esencia humana es la **bondad**. Ese deseo de que todos los seres sean felices y no les falte de nada. Ese acto que hacemos para ayudar a los demás que nos hace sentir bien, nos levanta el ánimo al despertarnos y nos nutre de formas que no siempre comprendemos.

Es importante ser **honesto** contigo mismo para poder ser honesto con los demás. La honestidad, constituye una cualidad humana que consiste en comportarse y expresarse con sinceridad y coherencia, respetando, siempre los valores de la justicia y de la verdad. Hay que avanzar en la vida con elegancia sin herir a los demás, valorando en todo momento las necesidades y deseos de las otras personas y expresando la importancia que le damos a esto. La **generosidad** se define por querer hacer el bien al prójimo sin esperar obtener nada a cambio. Hacer actos con el fin de ayudar a esa persona que lo necesita, pues la verdadera riqueza proviene de ayudar a los demás. Se puede relacionar con la empatía y con la acción de "*ponerse en el lugar del otro*", incluye dar a los otros cosas que tienen valor porque al fin y al cabo, lo que nos llega al corazón es en realidad el amor y la bondad que hay detrás del gesto.

La palabra tiene mucho poder en nuestra mente, en nuestra vida. El **habla positiva**, es transmitir al otro palabras bonitas, con bondad, que puedan ayudar a los demás, teniéndolos en cuenta, preocupándonos por sus sentimientos y no herirlos con nuestra forma de hablar o decir las cosas.

Relacionarse: El **respeto** es algo necesario para poder relacionarse de una forma

positiva y constructiva. El respeto nos enseña que tenemos las mismas necesidades básicas (físicas, psicológicas o espirituales) que los demás y que su experiencia y sabiduría nos puede ser de gran ayuda.

Perdonar es la capacidad de recuperar nuestra tranquilidad cuando algo nos afecta. En el camino de la vida resulta inevitable que nos hagamos daño los unos a los otros y de nosotros depende responder a los conflictos y sus posibles heridas con el perdón o, por el contrario, con ira y amargura.

La **gratitud** está basada en el principio de que no somos independientes ni autosuficientes, sino que formamos parte de una enorme cadena de seres y acontecimientos que se suceden en este planeta.

La **lealtad** es un cable a tierra que nos ayuda a sentirnos seguros y apoyados, y nos permite desenvolvemos en el mundo. Cuando no podemos confiar en la lealtad de los demás, nos sentimos solos, ansiosos e inseguros.

Encontrar sentido: Nuestras **aspiraciones** es el deseo oculto que tenemos en nuestro interior para llegar a ser una parte de este mundo que nos rodea, escogiendo las decisiones que marcaran parte de nuestra vida, tanto en los estudios, como en nuestra vida personal. Todos deseamos ser felices y que la vida además de sentido, nos aporte prosperidad para nosotros y para el resto de la humanidad.

Los **principios** que rigen nuestra vida, son los que llevamos en nuestro interior, ellos actúan en nuestros momentos de calma, que podemos actuar pensando serenamente, antes de tomar una decisión y también en los momentos en que nos sentimos amenazados.

“Trata a los demás como quisieras que te trataran a ti”; esa es la regla de oro del **altruismo** y es que éste es la expresión externa del deseo de beneficiar a los demás, de hacerlos más felices. Cuando nace de forma espontánea, sin esfuerzo, es una experiencia maravillosa.

La **valentía** nos hace o nos ayuda a crecer como personas, a sentir que podemos con todo aquello que estamos haciendo y nos proponemos y con mucho más.

IX. Sesión 15-16. Afectividad y autoestima.

OBJETIVOS:

1. Trabajar la afectividad y la autoestima asociadas a la presencia de síntomas.

TÉCNICAS:

- I. Autocaracterización (paciente)** (Kelly, 1955): Construcción de significados relacionados con el autoconcepto y el trabajo identitario.

Se trata de elaborar de forma escrita una **autodescripción** bajo la consigna siguiente: “*Describe a ti mismo como si quien escribiera fuera alguien que te aprecia y te conoce bien*”. El terapeuta debe aprovechar el material que aporta el paciente para trabajar y reforzar todos los aspectos que configuran la percepción de sí mismo, controlando los etiquetajes referidos a la enfermedad.

Es habitual observar que la persona describe una percepción de sí mismo un tanto difusa y con buenas dosis de incertidumbre e inseguridad. A menudo esto es debido a los complejos procesos de adaptación a las diferentes pérdidas vinculadas a la enfermedad. El paciente se suele preguntar aspectos como: “¿volveré a ser como era antes?”, “he cambiado mucho y no me reconozco en mi mismo”. En este caso, se abre una nueva ventana terapéutica para trabajar aspectos de **reestructuración de una nueva identidad** procurando evitar el estigma de la enfermedad y haciendo énfasis en los aspectos que configuran al paciente como persona y los recursos que le son útiles.

Algunas estrategias para facilitar este proceso del trabajo del autoconcepto serían:

- 1. La expresión escrita retrospectiva:** Se le pide al paciente que nos escriba acerca de él mismo **antes** de la aparición del malestar o del primer episodio psicótico. Este material debe ser utilizado para identificar los aspectos de la percepción del “sí mismo” que permanecen conservados para poder reforzar todo aquello que no ha cambiado. El objetivo es proporcionar al paciente una base segura y familiar de aspectos de su propia identidad sobre la cual reconstruir un nuevo autoconcepto realista, adaptado y cómodo para la persona.
- 2. Devolución escrita de la descripción completa:** se trata de que el terapeuta recoja aspectos de ambas descripciones y redacte una nueva autocaracterización que englobe los aspectos más importantes de la persona

(tanto los explicitados por el paciente como los observados por el terapeuta) y realice una devolución al paciente donde se discutan conjuntamente algunos los aspectos y se puedan modificar los que el paciente desee.

- i. El objetivo es que el paciente pueda sentirse cómodamente identificado con una nueva descripción de sí mismo, favoreciendo así la seguridad y enfatizando la importancia de los rasgos y recursos personales frente a las dificultades que representa la enfermedad. No obstante, cabe tener presente que se trata de una estrategia de una elaboración a largo plazo y minuciosa que *requiere un conocimiento profundo del paciente*.

3. Interpretación del rol en contextos reales y refuerzo de los nuevos aspectos incorporados a la autocaracterización: El terapeuta debe pedirle al paciente que preste especial atención a cómo se siente haciendo presentes los nuevos elementos que se han incorporado en la imagen de sí mismo. Es recomendable que el paciente pueda registrar las situaciones en las que se han puesto en acción algunos de los roles tratados en terapia y anotarlas explicitando las emociones asociadas para después poderlas tratar durante la sesión.

II. Heterocaracterización (familia): Construcción de significados relacionados con el autoconcepto y el trabajo identitario. Se le pide a la familia que describa al paciente. Aprovechamos para trabajar y proponer acuerdos de mejora (recuperamos temas de apartados anteriores de comunicación familiar).

III. Trabajo con herencias: Aceptación o rechazo de herencias. “¿Qué cosas has heredado de tu padre/madre/cuidador/persona significativa que ha cuidado de ti y qué aceptas de el/ella y qué no?” Es importante poder discernir sobre qué aspectos de las personas que son importantes para mi, son útiles para mi persona y cuáles considero que no los quiero aceptar. De este modo, y de manera argumentativa el paciente debe poder concluir y explicar el por qué de la siguiente sentencia: “Sé lo que quiero ser y lo que no quiero ser”.

- **Hoja de papel:** Dóblala según creas, respondiéndote a la siguiente pregunta: “*Cuánta autoestima tengo respecto la hoja de papel*”. Dejamos que el paciente argumente el por

qué de su decisión. Por qué ésa parte de papel pequeña/mediana/grande... Qué pasa con la otra parte de la hoja de papel.

- **Objeto delicado:** Para trabajar el cuidado hacia uno mismo, se puede utilizar una hoja de papel, una fotografía o cualquier objeto delicado. La técnica consistiría en pedirle a la persona que cuidara ese objeto con el objetivo de conservarlo en perfecto estado hasta la próxima sesión. Todo, con la premisa de que el objeto representa al paciente. Es decir, que el paciente debe cuidar del objeto imaginándose que es él mismo. El objetivo, entonces, es que la persona empiece a aprender a cuidarse a ella misma mediante el cuidado del objeto. Este ejercicio se puede hacer una semana, de una sesión a otra solamente, o repetirlo múltiples veces.

X. Sesión 17. Sexualidad (1 paciente/1 familia).

OBJETIVOS:

3. Ofrecer psicoeducación para el paciente y para la familia en caso necesario.
4. Reforzar la responsabilidad del paciente y los aspectos adultos de su conducta.

La sexualidad necesita privacidad y aceptación por parte del resto de la familia. No obstante, los miedos que pueden tener los familiares sobre el riesgo de enfermedades y de embarazo deben ser abordados.

Una de las cosas más importantes es fomentar la comunicación sobre la sexualidad. Negarlo sólo ayudará a que la persona que tiene el problema sienta aún más vergüenza y piense que no tiene solución.

Tener una enfermedad mental no significa no poder disfrutar de la sexualidad; es importante que tanto las personas que la tienen como las que no, empaticen y crean posible que tener pareja, o porqué no, mantener relaciones sexuales por el mero hecho del disfrute momentáneo, sin necesidad de establecer una relación sentimental, está al alcance de todos.

Se trata de vivir la sexualidad de la forma sana posible.

Los medicamentos antipsicóticos pueden producir:

- Disminución de la libido (disfunción del deseo, DSH).

- Disfunciones erectivas.
- Disminución de la lubricación vaginal.
- Anorgasmia parcial o total.
- Dispareunias (dolor en el coito).
- Disminución del volumen seminal.
- Retardo eyaculatorio o eyaculación retrógrada.
- Priapismo (erección dolorosa y prolongada).
- Extrapiramidalismos lo que dificulta los movimientos y cambia la actitud corporal.
- Aumento ponderal.

Disfunciones y psicofármacos

Respecto los psicofármacos y las posibles disfunciones sexuales derivados de ellos, es importante saber que...

- Se detectan disfunciones producidas por antipsicóticos en un 55% cuando el médico pregunta directamente.
- Sólo un 5-10% de los pacientes hacen referencias de estas disfunciones espontáneamente.
- Existe la creencia de muchos médicos que a un depresivo o al esquizofrénico no le interesa la sexualidad.
- Un 25% no tolera la irrupción de estos síntomas y suspenden o disminuyen la medicación por cuenta propia.

Embarazo:

El embarazo despierta las mayores preocupaciones, entre las que se incluyen la posibilidad de que el bebé vaya a heredar problemas, si la paciente va a ser capaz de cuidarlo o si los cuidadores también tendrán que hacerse cargo de él, o simplemente, si la paciente debería o no tener la criatura. Esto debe ser tratado, invitando a la familia a discutir las diferentes opciones y a alcanzar algún acuerdo. Se debe reforzar la responsabilidad de la paciente y los aspectos adultos de su conducta.

Trabajo con la pareja: La esquizofrenia, por sí misma, puede disminuir la lívido, pero también lo pueden hacer los medicamentos neurolépticos, incluidos los nuevos antipsicóticos atípicos. En los hombres, pueden inhibir la erección y la eyaculación. Si aparece alguno de estos problemas, hay que hablar de las posibles causas a la pareja y la medicación del paciente debe ser revisada. Una disminución del interés y de la actividad sexual del cónyuge puede ser interpretada como un signo de pérdida de amor y de afecto. También es importante explorar otras posibles explicaciones.

2.3. FASE 3 – Prevención de recaídas (2 sesiones)

XI. Sesión 20 y 21. Prevención de recaídas.

OBJETIVOS:

2. Ayudar al paciente a que tenga habilidades de detección de signos y síntomas de la recaída.
3. Ofrecer estrategias para la logística de servicios y el plan de acción.
4. Refuerzo de la autonomía del paciente.

Técnicas:

Objetivo 1: Elaborando un plan de detección:

- Trabajar en la **identificación de signos y síntomas** (en función de la manifestación clínica del primer episodio) que preceden la recaída.
- **Estrategias de autocontrol de la ansiedad** (control de la respiración o relajación progresiva).
- **Identificación de los propios riesgos en función de su funcionamiento diario y hábitos** (alcohol, consumo de sustancias, actividad laboral el estrés en las relaciones conflictivas, etc...).

Tarea: Puede ser útil una tabla en la que se puedan identificar los acontecimientos que desencadenan el estrés y la inestabilidad de la persona, los pensamientos y los sentimientos que ésta experimenta a raíz de ellos y el comportamiento consecuente para

paliar éstas sensaciones angustiantes. Todo ello, después de haber practicado alguna situación que le haya sucedido en su vida a modo de comprender el ejercicio. Respondiendo a una tabla en que hayan los diferentes signos, podrá observar más fácilmente si tiende a responder positivamente o no.

Objetivo 2: Construyendo una ruta de acceso a los servicios. Es importante que el paciente conozca bien la accesibilidad diaria de su terapeuta y disponga de un número de teléfono directo donde contactar con él **durante las horas acordadas**. Para ello es deseable que el equipo administrativo y recepcionistas tengan presente que el paciente está realizando el programa para facilitarle la conexión con su terapeuta lo antes posible.

1. Ofrecer **pautas de actuación inmediata** y de **uso de recursos asistenciales** adecuados.
2. Diseño de un **plan individualizado de prevención** en el que se incluirán todos los recursos de emergencia disponibles y la forma de acceder a ellos: personas de confianza a las que acudir en caso de dificultades, personal sanitario accesible en distintas horas y momentos de la semana y el centro hospitalarios de referencia.
3. Es importante realizar un **plan estratégico adaptado** durante las **épocas de vacaciones**, tanto las del paciente como las del terapeuta.

Objetivo 3: Refuerzo de la autonomía del paciente. El terapeuta debe facilitar y catalizar el incremento de la actitud positiva hacia el paciente. Una de las tareas que se propone durante la intervención es la **cesión progresiva del control de la medicación y de las visitas al paciente**. Algunas de las estrategias útiles son:

I. El “traspaso de cartilla”: Se trata de que el terapeuta esté atento al momento oportuno en el que el paciente esté preparado para hacerse cargo del control de sus visitas y su medicación para proponer un ejercicio “ritual” que se hace durante la sesión con la familia. Durante esta sesión, la familia introduce en una carpeta todo lo referente a visitas, controles psiquiátricos, con enfermería y con el mismo terapeuta para proceder a la **cesión del control**. *La familia debe dar al paciente toda la documentación y comprometerse a supervisar inicialmente el correcto cumplimiento para progresivamente ceder el control total al paciente.*

II. “La alarma”: esta técnica también se aplica cuando se anticipa que el paciente podrá hacerse cargo de la toma de medicación. Éste debe comprometerse a administrarse correctamente la medicación haciendo uso de una alarma (por ejemplo de teléfono móvil). *Por su parte, la familia se comprometerá a supervisar la correcta toma mediante el uso de una caja pastillera inicialmente. Progresivamente, la familia deberá ceder el control completo de la toma de medicación.*

Vídeos psicoeducativos: El caso de Bruno (reinserción laboral y estabilización después de un año del primer brote): <https://www.youtube.com/watch?v=KquirCHkdyw>

4.3. FASE 4. Seguimiento – Mantenimiento y generalización de los aprendizajes

(6 SESIONES; 1 SESIÓN MENSUAL)

Una vez realizada la intervención intensiva y mensual a lo largo de 6 meses, los próximos meses serán destinados a realizar **prevención de recaídas** así como a **introducir al paciente a la comunidad**, si es que no se ha iniciado previamente de manera progresiva, tanto a nivel **social** como **laboral** en caso que sea posible.

Los posibles servicios de los que podría beneficiarse serían los que se presentan a continuación:

- 30.** Hospital de Día.
- 31.** Centro de Día.
- 32.** Programas de Rehabilitación Cognitiva.
- 33.** Programas de Reinserción Laboral: Servicio prelaboral.
- 34.** Cursos.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Andolfi, M. (1993). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. & Garcia, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuración.pdf>
- Bandler, R. & Grinder, J. (1975). *La estructura de la magia: lenguaje y terapia*. Madrid: Cuatro vientos.
- Beck, A.T., Stolar, N., Rector, N.A., & Grant, P. (2010) *Esquizofrenia*. Barcelona: Paidós.
- Lafond, V. (2009). La aflicción de la enfermedad mental. En *Trabajo familiar y multifamiliar en la psicosis* (pp 289-312). Barcelona: Herder.
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua: Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa.
- Caplan, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Castanyer, O. (2014). *Asertividad: expresión de una sana autoestima*. Barcelona: Desclee de Brouwe.
- D’Zurilla, T.J., Nezu, C.M., & Nezu, A.M. (2014). *Terapia de solución de problemas: manual de tratamiento*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Ellis, A. & Whiteley, J. (1979). *Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy*. California: Brooks Cole.
- Fadden, G., James, C. & Pinfold, V. (2012) *Caring for Yourself – self-help for families and friends supporting people with mental health problems. Rethink Mental Illness and Meriden Family Programme*. Recuperado de <https://www.meridenfamilyprogramme.com/download/recovery/caring-for-yourself/CFY%20%20-%20Relapse%20Management.pdf>
- Ferrer, M., Cebriá, J., Fariols, N., & Palma, C. (2006). La recuperación en la psicosis temprana. Los procesos de duelo y el sentido de la experiencia psicótica, *Anales de psiquiatría*, 22 (6), 296-305. ISSN 0213-0599

- Freeman, D., Garety, P., Bebbington, P., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., et al. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 427-35. doi:10.1192/bjp.186.5.427
- Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D. & Bebbington, P. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Clin Psychol*, 41(4), 331-347. Recuperado de http://medweb1.unige.ch/enseignement/apprentissage/amc/pediatrie/organisation/documents/A_cognitive_model_of_persecutory_delusions.pdf
- Grice, S., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D. & Garety, P. (2009). Carers' attributions about positive events in psychosis relate to expressed emotion. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 9,783-789.
- Kay, S., Fiszbein, A. & Opler, L. (1987). The Positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13 (2), 261-276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
- Kuipers, E., Leff, J., & Lam, D. (2004). *Esquizofrenia: Guía práctica de trabajo con las familias*. Barcelona: Paidós.
- Lafond, V. (2002). *Grieving mental illness: a guide for patients and their caregivers*. Toronto: University of Toronto Press. ISBN 0-8020-8532-6
- Leff J, Vaughn C. (1985). *Expressed Emotion in Families*. New York: Guilford Press.
- McGorry, P. (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Manual teórico-práctico*. Desclée: Bilbao.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Miró, M.T., Arceo, J. & Ibáñez, I. (2016). Mindfulness en la psicosis: un estudio piloto. *Revista de psicoterapia*, 27(103), 37-56. ISSN: 1130-514
- Palma, C., Ventura, M., Farriols, N. & Cebriá, J. (2006). La recuperación en la psicosis temprana: los procesos de duelo y el sentido de la experiencia psicótica. *Anales de psiquiatría*, 22(6),296-305. ISSN 0213-0599

- Parra, A. & Espinoza, L. (2009). Predisposición hacia las experiencias alucinatorias en Perú: examinando la continuidad normalidad - patología en individuos clínicos y no clínicos. *Revista IIPSI*, 12(2), 133–146.
- Perls, F. (1976). *Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. New York: Bantam Books.
- Poch, C. & Herrero, O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo*. Barcelona: Paidós.
- Popovic, D., Benabarre, A., Crespo, J., Goikolea, J., González-Pinto, A., Gutiérrez-Rojas, L., ... Vieta, E. (2014). Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130, 415-417. doi: 10.1111/acps.12332
- Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 183-218. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1620663>
- Tizón, J. (2014). *Familia y psicosis. ¿Cómo ayudar en el tratamiento?* Barcelona: Herder.
- Ventriglio, A. (2016). Suicide in the early Stage of Schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 7, 1–9. doi: 10.3389/fpsy.2016.00116