

*Rebeca García Nieto, Francisca De La Torre Brasas, Begoña Cantero Fernández,
José Antonio Gómez Terrados*

APLICACIÓN DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA A PACIENTES PSICÓTICOS CRÓNICOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

IMPLEMENTATION OF THE INTEGRATED PSYCHOLOGICAL THERAPY FOR CHRONIC
PSYCHOTIC PATIENTS IN A MENTAL HEALTH CENTER

■ RESUMEN

En este trabajo se estudió la eficacia de la Terapia Psicológica Integrada (IPT) para el tratamiento de pacientes psicóticos. Las personas que participaron en este estudio eran pacientes externos que estaban siendo tratados en el Centro de Salud Mental «Delicias», situado en Valladolid (España). Todos ellos estaban diagnosticados de esquizofrenia según la CIE-10.

La primera evaluación fue llevada a cabo el 15 de Octubre del 2.002. Se compararon los grupos experimental y control en cuanto a psicopatología, habilidades sociales y capacidades cognitivas. El grupo experimental recibió el tratamiento psicológico, además del farmacológico, durante nueve meses. Mientras tanto, el grupo control recibió tratamiento farmacológico. La siguiente evaluación fue llevada a cabo el 30 de Junio del 2.003.

Los resultados mostraron que se produjeron importantes mejoras en el funcionamiento social y capacidades cognitivas en los miembros del grupo experimental. Por tanto, este estudio apoya la idea de que el programa IPT es eficaz en el tratamiento de pacientes psicóticos.

Palabras claves: Terapia psicológica integrada, esquizofrenia, terapia cognitivo-conductual, rehabilitación, entrenamiento cognitivo.

■ ABSTRACT

In this work, the effectiveness of the Integrated Psychological Therapy (IPT) for the treatment of psychotic patients was studied. The people who took part in this study were outpatients who were being treated in the «DELICIAS» Mental Health Center, located in Valladolid (Spain). All of them were diagnosed with schizophrenia according to ICD-10.

The first assessment was carried out on October 15th, 2.002. Experimental and control groups were compared in terms of psychopathology, social skills and cognitive abilities. The experimental group received the psychological treatment, as well as the pharmacological one, during nine months. Meanwhile, the control group received the pharmacological treatment. A follow-up assessment was carried out on June 25th, 2.003.

Results showed that important improvements were made in the social functioning and cognitive abilities in the members of the experimental group. Therefore, this study supports the idea that the IPT program is effective in the treatment of psychotic patients.

Key Words: Integrated Psychological Therapy, Schizophrenia, Cognitive-behavioral therapy, Rehabilitation, Cognitive Training

■ INTRODUCCIÓN

El presente trabajo defiende la idea de que la esquizofrenia es una enfermedad multidimensional y holística, cuyos efectos se extienden a múltiples aspectos de las personas que la sufren: áreas perceptiva, cognitiva, relaciones sociales, laborales... Por consiguiente, consideramos necesario que el tratamiento sea omnicomprendivo y global, que abarque diferentes áreas y no se restrinja a aspectos parciales. Un tratamiento que, a nuestro juicio, cumple estos requisitos es el IPT (Tratamiento Psicológico Integrado) de Roder, Brenner, Hodel & Kienzle (1).

El marco teórico que hemos tomado como referencia es el modelo de vulnerabilidad-estrés o diatesis-estrés (2), (3). Este modelo surge como un intento de aportar una explicación teórica al comienzo, curso y pronóstico de la esquizofrenia. Parte del supuesto básico de que para que se desencadene la esquizofrenia es necesario tanto la existencia de una predisposición a desarrollar la enfermedad (vulnerabilidad), como la presencia de sucesos vitales que alteran el funcionamiento del individuo (estrés).

De acuerdo con este modelo, los factores de vulnerabilidad se activan cuando el sujeto experimenta situaciones estresantes, en ese momento puede aparecer la sintomatología propia de la esquizofrenia. La vulnerabilidad está determinada por factores genéticos, bioquímicos, cognitivos (déficits atencionales, reducción de la capacidad de procesamiento...).

El tratamiento psicológico tiene como principal objeto la reducción de los factores cognitivos que determinan en parte la vulnerabilidad (trastorno cognitivo básico) y enseñar a los pacientes los recursos necesarios para atenuar el impacto de los sucesos estresantes (habilidades sociales, la capacidad para solucionar problemas...). De esta forma, el tratamiento psicológico contribuye a disminuir el riesgo de que se desencadene un episodio psicótico o una recaída, así como a reducir la sintomatología positiva y negativa propia de la enfermedad.

Además, se pretende proporcionar a los familiares de los enfermos la información y el apoyo necesarios para que la convivencia con los pacientes se lleve a cabo de una forma adecuada.

Los objetivos que consideramos prioritarios para la rehabilitación de enfermos mentales crónicos como son los esquizofrénicos son:

1. Conseguir que los pacientes, y sus familiares, alcancen una mayor conciencia de enfermedad. El hecho de alcanzar una mayor comprensión de sus problemas ayudará a que puedan hacerlos frente mejor.
2. Ayudar a los enfermos a mejorar la percepción que tienen sobre sí mismos y sobre los otros. Reducir los trastornos cognitivos básicos que presentan en los procesos atencionales, perceptivos... (4)
3. Volver a conectarles con su realidad cotidiana. Reducir la sintomatología propia de la enfermedad, tanto los síntomas positivos como los negativos (5).
4. Proporcionarles estrategias para hacer frente a las situaciones de su vida diaria.

Enseñarles recursos para solucionar los problemas que se les presentes (técnicas de toma de decisiones, manejo de la medicación...)

5. Convertir a la familia en un apoyo social efectivo para el paciente.

■ MÉTODO

Sujetos

Los pacientes de este estudio, y sus familias, son usuarios del Centro de Salud Mental Delicias (Valladolid) donde reciben tratamiento psiquiátrico y psicológico de forma ambulatoria.

La muestra la configuran doce pacientes repartidos en dos grupos. Estos pacientes tienen una edad comprendida entre los 20 y los 40 años, siendo seis menores de 30 años y seis mayores de esta edad.

De ellos, seis son mujeres y seis son hombres.

La mayoría conviven con su familia de origen, exceptuando dos: uno convive con su pareja y otro vive solo, aunque mantiene contacto habitual con su familia. Este punto es importante, dado que uno de los objetivos del trabajo era convertir a las familias en un apoyo social efectivo para los pacientes.

En cuanto a su procedencia, diez viven en el medio urbano y dos en el rural. Respecto a sus estudios, hay que señalar que todos poseen un nivel mínimo de estudios primarios; dos tienen bachiller y cuatro son titulados en Formación Profesional.

En relación a su situación laboral, hay que decir que casi todos poseen la condición de invalidez (salvo dos personas, que tampoco trabajan). Tres de ellos están jubilados por enfermedad, y siete son sometidos cada cierto tiempo a una revisión de su incapacidad.

Como se puede observar en la *Tabla 1*, los sujetos de ambos grupos son bastante homogéneos en lo que a características sociodemográficas se refiere.

Tabla 1

Características	Grupo Experimental	Grupo control
Número de Pacientes	6	6
Media de Edad:	27	29
· Varones	3	3
· Mujeres	3	3
Nivel de Estudios:		
· Primarios	3	3
· Bachiller	1	1
· F. P. 1	2	2
Convivencia:		
· Padres	5	5
· Pareja	-	1
· Solo	1	-
Situación laboral		
· Pensión	5	5
· Paro	1	1
Años de evolución enfermedad	6 años	8 años
Procedencia		
· Rural	5	5
· Urbana	1	1

Todos los pacientes están diagnosticados de esquizofrenia según criterios CIE-10. Los años de evolución de la enfermedad de los pacientes de ambos grupos oscila entre los 6 y los 8 años. Se han incluido pacientes con un nivel de comprensión suficiente y sin deterioro orgánico cerebral.

Dadas las características de nuestro servicio, no fue posible la asignación aleatoria de los sujetos a los diferentes grupos. Se utilizó como sujetos control a aquellos sujetos que, por circunstancias diversas no podían acudir a las sesiones y a los que decidieron seguir únicamente con el tratamiento farmacológico. Los 6 sujetos del grupo experimental recibieron, además del tratamiento farmacológico habitual, el paquete de intervención psicológica en sesiones semanales de 1 hora desde el mes de octubre del 2.002 hasta el mes de junio del 2.003. Los 6 sujetos del grupo control recibieron su tratamiento farmacológico habitual durante este tiempo.

El grupo de familiares acudió a las diez sesiones de psicoeducación (una hora a la semana) y después las sesiones pasaron a ser de hora y media una vez al mes.

Diseño

El objetivo de este trabajo es comprobar la utilidad clínica del paquete de tratamiento psicológico formado por el IPT, la psicoeducación e intervención familiar en el tratamiento de los pacientes del Centro de Salud Mental Delicias (Valladolid) que participaron en dicho trabajo. No se pretende demostrar con un cien por cien de

seguridad la relación causal entre el citado tratamiento y la disminución de los síntomas psicóticos; ni generalizar los datos obtenidos a ninguna población, como sería propio de los diseños experimentales. Es por eso que nos hemos limitado a hacer un análisis descriptivo de los datos que se han obtenido.

La variable independiente utilizada en este trabajo es el paquete integrado de rehabilitación psicológica (Psicoeducación familiar y de pacientes, los cinco módulos del programa IPT).

Las variables dependientes se dividen en tres grupos:

- a) Del paciente:
 - Síntomas básicos y funcionamiento cognitivo: FBF-3 (Süllwold y Huber, 1.996)
 - Sintomatología clínica: Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (B.P.R.S.) (Lukoff et al., 1.986)
 - Funcionamiento social del paciente (SFS, Birchwood et al, 1.990)
 - Inventario de Estilo de Solución de Problemas (Cassidy & Long, 1.996)
 - Alteraciones conductuales del paciente durante las sesiones.
- b) De la familia:
 - Family Coping Questionnaire (FCQ) (Magliano et al, 1.996)
 - Cuestionario Familiar (FQ) (Barrowclough & Tarrier, 1.992)
- c) De ambos :
 - Escalas de Clima Social, Escala FES, (Moos)

El diseño que hemos utilizado ha sido el diseño pre-post con grupo de cuasi control (5). Este grupo se llama de cuasi control o «no equivalente» porque sus miembros no fueron asignados de forma aleatoria, sino que eran personas que después de pasarles los diferentes tests por primera vez no pudieron acudir a las sesiones por diversos motivos. Se procuró que los miembros que iban a formar parte de este grupo control tuvieran características similares a los enfermos que iban a formar parte del grupo experimental. Para comprobar la eficacia del tratamiento en la reducción de la severidad del trastorno se comparan las variaciones habidas entre las dos medidas en ambos grupos. La hipótesis bajo estudio es que si el tratamiento psicológico integrado (IPT) y la psicoeducación son eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia, los pacientes del grupo experimental que han participado en este programa obtendrán una mejoría en los trastornos cognitivos básicos y una reducción de la sintomatología; mientras que esta mejoría, no se apreciará en los sujetos del grupo control.

Para completar estos datos se han realizado otras medidas como el Inventario de Solución de Problemas o la observación de la conducta de los participantes en el grupo experimental a lo largo de las diferentes sesiones, que nos proporcionan datos cualitativos importantes para comprender los cambios que se han producido en los datos cuantitativos que nos proporcionan tests como el FBF-3 o el BPRS.



Por último, comentaremos de forma descriptiva qué cambios se efectuaron tanto en el grupo experimental como en el grupo de familiares. Para ello, analizaremos la información cuantitativa que nos ofrece el test Clima Social de Moos y la información cualitativa que nos ofrecen: el Cuestionario Familiar (FQ) de Barrowclough & Tarrier, 1.992; y el Family Doping Questionnaire (Magliano et al.).

Procedimiento

En primer lugar, se dedicaron las 10 primeras sesiones a la *psicoeducación*, tanto de los pacientes como de sus familiares. Los 8 primeros temas tratados fueron comunes para el grupo de pacientes y para el grupo de familiares; los dos últimos, sólo se trataron en el grupo de familiares. Los temas fueron:

1. ¿Qué son las enfermedades mentales? Tipos de enfermedades mentales. La esquizofrenia.
2. Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.
3. Modelo de vulnerabilidad. Sucesos vitales estresantes.
4. Factores de riesgo y de protección de recaídas.
5. Tratamiento farmacológico. ¿Cómo actúan los neurolépticos? Efectos secundarios.
6. El papel de la familia. La teoría de la emoción expresada.
7. Las vivencias del enfermo: fases por las que pasan los enfermos de esquizofrenia.
8. Tratamiento psicológico y psicosocial de la esquizofrenia.
9. Las vivencias de la familia.
10. La comunicación con el enfermo y la resolución de problemas (conductas agresivas, higiene...)

La intervención familiar se centra en el concepto de emoción expresada –constructo propuesto por Brown y Rutter- (6), (7) que hace referencia a un ambiente familiar o bien demasiado crítico con el paciente o bien demasiado sobreprotector. En el grupo de familiares, se trabaja para corregir estos comportamientos.

El programa de rehabilitación psicológica que ha sido aplicado es el Tratamiento Psicológico Integrado (ITP) para pacientes con esquizofrenia de Roder (8) (9). Éste es un programa bien estructurado, compuesto de cinco subprogramas: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales. Los tres primeros subprogramas están orientados al tratamiento de los trastornos perceptivos y cognitivos propios de la esquizofrenia (de atención, de memoria y de comunicación verbal); los dos últimos se orientan al tratamiento de los déficits de la conducta social de estos pacientes.

El módulo de *diferenciación cognitiva* se compone de tres etapas. La primera tiene como objetivo mejorar los procesos psicológicos relacionados con la atención

(el sujeto tiene que seleccionar entre un conjunto de tarjetas todas las que posean unas características determinadas). La segunda se dirige al tratamiento de la memoria semántica y el pensamiento abstracto y asociativo (mediante ejercicios como decir sinónimos y antónimos...). En la tercera etapa, se trabajan estrategias ejecutivas adecuadas de búsqueda de conceptos.

El módulo de *percepción social* se lleva a cabo para mejorar la atención selectiva. Estos pacientes tienen especiales dificultades para focalizar la atención en los estímulos relevantes y descartar los irrelevantes; es por eso que se desbordan cuando están en una situación social donde existen múltiples estímulos (p.e. las situaciones sociales) y en situaciones con alto contenido emocional. Para realizar las actividades de este módulo, se utilizan diapositivas que describen situaciones sociales.

El tercer módulo es el de *Comunicación Verbal*, cuyo objetivo es modificar las alteraciones en el lenguaje que presentan estos pacientes, a través de tareas de escucha, repetición de preguntas y respuestas, y comunicación libre.

A medida que se avanza en el tratamiento la carga emocional aumenta, ya que en los módulos cuarto (Habilidades Sociales) y quinto (Resolución de Problemas Interpersonales) la necesidad de interacción de los participantes en el grupo es cada vez mayor. En el módulo de *Habilidades Sociales* se realizan ejercicios de role-playing, en los que se ensayan situaciones como rehusar una petición, disculparse...

Por último, en el módulo de *Resolución de Problemas Interpersonales* se presentan estímulos visuales (diapositivas) cuyos contenidos son las situaciones problemas que son objeto de entrenamiento. La presentación de las diapositivas es gradual. Se utilizan las técnicas de solución de problemas junto con técnicas de exposición, con el objetivo de desensibilizar y neutralizar las emociones presentes en el afrontamiento de las situaciones problemáticas, ya que éstas dificultan la puesta en marcha de las habilidades de afrontamiento.

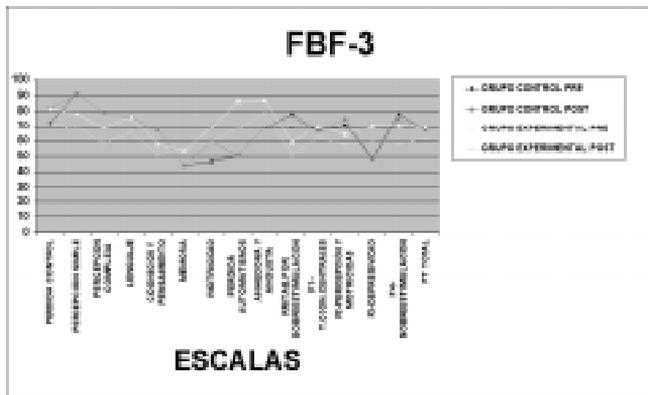
■ RESULTADOS

En este apartado presentamos los datos obtenidos en los diferentes instrumentos de evaluación aplicados. En primer lugar, se presentan los datos cuantitativos que ponen de manifiesto las variaciones que se han producido en las distintas escalas en los sujetos del grupo experimental, en comparación con los sujetos del grupo control. Después, se muestran los resultados obtenidos en instrumentos de naturaleza cualitativa, que ayudarán a obtener una visión más global de los avances obtenidos en los sujetos del grupo experimental.

En la *Tabla 2* pueden observarse los datos correspondientes al grupo experimental y al grupo control en el test FBF-3 tanto antes como después del tratamiento. En la *Gráfica 1* pueden observarse dichos datos de una forma más clara.

Tabla 2

FRANKFURT (FBF-3)	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	PRE	POST	PRE	POST
ESCALAS				
PERDIDA CONTROL	72,0	81,9	81,9	72,0
PERCEPCIÓN SIMPLE	91,1	91,1	78,5	68,6
PERCEPCIÓN COMPLEJA	79,5	79,5	69,3	58,7
LENGUAJE	76,5	76,5	76,5	65,2
COGNICIÓN Y PENSAMIENTO	67,2	67,2	58,0	51,5
MEMORIA	44,0	44,0	53,6	53,6
MOTRICIDAD	46,8	59,7	68,6	59,7
PÉRDIDA AUTOMATISMOS	50,5	50,5	86,7	68,6
ANHEDONIA Y ANGUSTIA	68,6	68,6	87,0	78,8
IRRITAB.POR SOBREENSTIMULACION	78,2	68,3	59,0	50,9
F1-T.COGN.CENTRALES	66,6	66,6	70	62,1
F2-PERCEPCIÓN Y MOTRICIDAD	71,0	74,7	64,2	57,3
F3-DEPRESIVIDAD	48,1	48,1	71,0	59,7
F4-SOBREENSTIMULACIÓN	78,2	74,1	71,3	58,4
PT TOTAL	67,6	66,6	69,6	61,4



Los datos de la tabla 2 son percentiles. Si nos fijamos en la variación en la puntuación total observamos que el grupo experimental ha bajado de un percentil de 69,6 a un percentil de 61,4; mientras que en el grupo control, la puntuación total apenas ha variado.

Respecto a los factores, se puede observar que, en el grupo experimental, las puntuaciones han disminuido sobre todo en el factor 3 -Depresividad- de 71,0 a 59,7 (11,3 puntos) y en el factor 4 -Sobreenstimulación- de 71,3 a 58,4 (12,9). En los factores 1 y 2 las puntuaciones han disminuido en menor cuantía. En el factor 1 -

Trastornos Cognitivos Centrales- las puntuaciones han disminuido de 70 a 62,1 (9,9 puntos) y en el factor 2 -Percepción y motricidad- han pasado de 64,2 a 57,3 (6,9 puntos). En el grupo control, las puntuaciones apenas cambian.

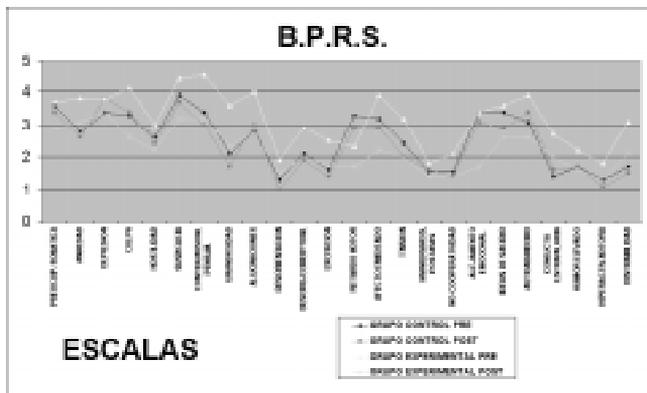
En cuanto a las escalas, hay que señalar que en el grupo experimental se objetiva una disminución de la puntuación obtenida en Pérdida de Automatismos, (déficits en tareas que habitualmente realizamos de forma automática), de 86,7 a 68,6 (18,1 puntos) y en los trastornos del Lenguaje (disminución del vocabulario, descarrilamiento...), de 76,5 a 65,2(11,3 puntos). Se aprecia una mejoría de la puntuación en la Percepción Compleja (interpretación de la escena general o fragmentos de la misma), de 69,3 a 58,7 (10,6 puntos), Percepción simple (fenómenos de despersonalización y desrealización) de 78,5 a 68,6 (9,9 puntos) y Pérdida del Control (disponibilidad en conducta, pensamiento y sentimiento) de 81,9 a 72,0 (9,9 puntos). El resto de las escalas (Motricidad, Pensamiento y Cognición) han disminuido en menor cuantía, exceptuando la escala Memoria, en la que no se ha apreciado mejoría.

En el grupo control, únicamente ha mejorado la puntuación en la escala Irritabilidad por sobreestimulación de 78,2 a 68,3 (9,9 puntos), no variando en el resto de escalas, salvo en Pérdida de Control y Motricidad donde las puntuaciones han aumentado de 72,0 a 81,9(9,9 puntos) y de 46,8 a 59,7(12,9 puntos) respectivamente.

Los datos del grupo control y al grupo experimental relativos al *test B.P.R.S.* figuran en la *tabla 3*. Dichos datos están representados gráficamente en la *gráfica 3*.

Tabla 3

B.P.R.S	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	PRE	POST	PRE	POST
ESCALAS				
PREOCUP. SOMÁTICA	3,6	3,4	3,7	2,9
ANSIEDAD	2,80	2,6	3,8	3,1
DEPRESIÓN	3,40	3,8	3,8	3,4
CULPA	3,30	3,4	4,1	2,6
HOSTILIDAD	2,6	2,4	3	2,2
SUSPICACIA	3,9	3,7	4,4	3,2
CONTEN. INUSUAL PENSAM.	3,4	3	4,5	3,2
GRANDIOSIDAD	2,1	1,7	3,6	2,3
ALUCINACIONES	2,8	3	4	2,8
DESORIENTACIÓN	1,3	1	1,9	1,5
DESORG. CONCEPTUAL	2,1	1,9	2,9	2
EXCITACIÓN	1,6	1,4	2,5	1,7
RETARDO MOTOR	3,3	2,9	2,3	1,7
AFECTO EMBOTADO	3,2	2,9	3,9	2,2
TENSIÓN	2,4	2	3,2	2
MANIERISMOS, POSTURAS	1,55	1,6	1,8	1,4
NO COOPERATIVIDAD	1,55	1,4	2,1	1,4
ALEJAMIENTO EMOCIONAL	3,4	3,1	3,4	1,7
IDEAS DE SUICIDIO	3,4	2,9	3,6	2,6
AUTOABANDONO	3,1	3,4	3,9	2,6
CONDUCTA ESTRAFALARIA	1,4	1,6	2,7	2
HUMOR ELEVADO	1,7	1,7	2,2	1,6
HIPERACTIV.MOTORA	1,3	1,1	1,8	1,3
DISTRAIBILIDAD	1,7	1,5	3,1	2,1



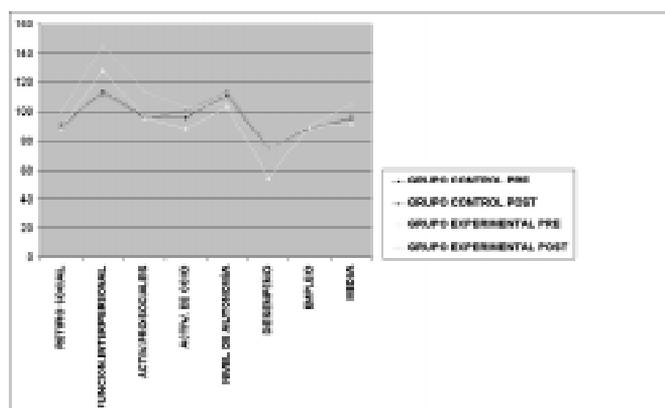
Los resultados ponen de manifiesto que en el grupo experimental se han producido considerables mejorías (más de un punto de diferencia) en las siguientes escalas: Culpa (1,5 puntos), Suspiciacia (1,2 puntos), Contenido Inusual de Pensamiento (1,3 puntos), Grandiosidad (2,3 puntos), Alucinaciones (1,2 puntos), Afecto embotado (1,7 puntos), Tensión (1,2 puntos), Alejamiento emocional (1,7 puntos), Ideas de suicidio (1 punto), Autoabandono (1,3 puntos) y Distraibilidad (1 punto).

En el grupo control, la mejoría más alta obtenida es de 0,6 puntos en la escala Depresividad y Retardo Motor.

En la *tabla 4* aparecen recogidos los datos correspondientes al grupo control y al grupo experimental en el test S.F.S (Birchwood et al.). En la *gráfica 3* se representa la progresión seguida por ambos grupos en el citado test. Hay que señalar que los datos son puntuaciones transformadas, no puntuaciones directas. Como puede observarse, los datos ponen de manifiesto que, en general, en el grupo experimental ha mejorado el funcionamiento social de los pacientes (la puntuación total ha aumentado 11,93); mientras que en el grupo control, ha aumentado un punto.

TABLA 4

TEST S.F.S. (Birchwood Et al., 1.990)	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	PRE	POST	PRE	POST
ESCALAS				
RETIRO SOCIAL	90	92	89	100
FUNCION. INTERPERSONAL	114,5	112,5	128	145
ACTIV. PROSOCIALES	97	96,5	96,5	114,5
ACTIV. DE OCIO	96,5	100,0	89	103
NIVEL DE AUTONOMÍA	111	114,5	103,5	105
DESEMPEÑO	75	75	55	75
EMPLEO	89,5	89	89,5	91,5
MEDIA	96,21	97,07	92,93	104,86



Las escalas donde más se pone de manifiesto esta mejoría en los pacientes del grupo experimental son las escalas: Desempeño (20 puntos), Actividades Prosociales (18 puntos) Funcionamiento Interpersonal (17 puntos) y Retiro Social o aislamiento (en esta escala: a menor puntuación, mayor aislamiento) disminuyendo en 11 puntos tras la intervención. El nivel de Autonomía apenas ha cambiado.

En relación con este instrumento de medida de las habilidades sociales del paciente vamos a comentar a continuación algunos datos cualitativos relevantes para comprender de una forma global los datos anteriores.

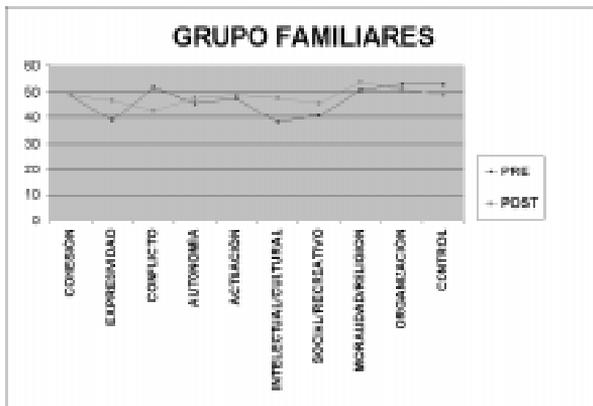
Elaboramos una hoja para observar la conducta de los pacientes a lo largo de las sesiones del grupo experimental. De esta manera, se evaluaron aspectos como el contacto ocular, la participación en las discusiones de grupo.

Para resumir los datos obtenidos por esta vía, podemos decir que, en general, han mejorado aspectos como la participación en las discusiones de grupo (en este apartado se incluye únicamente la participación espontánea) y el contenido del habla (comentarios relacionados con el tema a tratar). Otros aspectos como el contacto ocular o la expresión facial apenas variaron a lo largo del tratamiento.

Además, a los miembros del grupo experimental, se les aplicó el Inventario de Estilo de Solución de Problemas (Cassidy & Long) antes y después del programa, con objeto de comprobar si se había producido algún cambio en su forma de afrontar los problemas. En general, podemos afirmar que mejoraron en el factor Incapacidad (se sentían más capaces de solucionar los problemas), Confianza y Creatividad (búsqueda de diferentes alternativas para solucionar problemas).

Datos relativos a los familiares en la escala de clima social

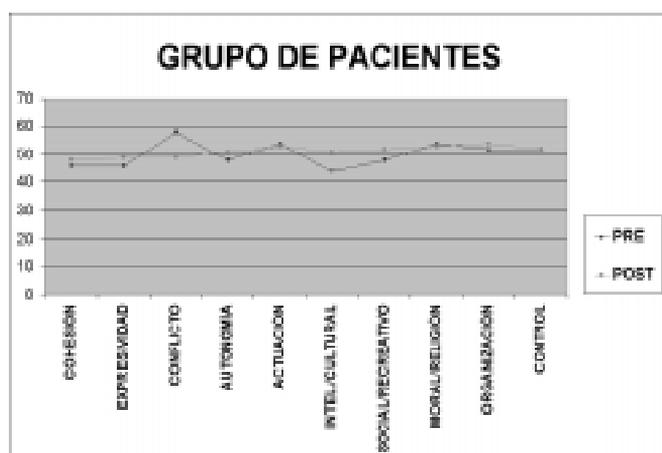
Los datos relativos al grupo de familiares en la escala de Clima Social de Moos, tanto antes como después del tratamiento, figuran en la *tabla 5*. Así mismo estos mismos datos se representan en la *gráfica 4*.



Tal como puede observarse en la *tabla 5*, los principales cambios que se han producido en el grupo de familiares son: mejora en la escala Expresividad (grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar sus sentimientos) con un incremento de 8 puntos; reducción de 9 puntos en la escala Conflicto (grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad, y conflicto entre los miembros de la familia) y aumento de 10 puntos en la escala Intelectual/Cultural.

Tabla 5

CLIMA SOCIAL (MOOS)	GRUPO FAMILIARES		GRUPO EXPERIMENTAL	
	PRE	POST	PRE	POST
COHESIÓN	49	49	46	48
EXPRESIVIDAD	39	47	46	49
CONFLICTO	52	43	58	49
AUTONOMÍA	46	48	48	51
ACTUACIÓN	48	49	54	53
INTELLECTUAL/CULTURAL	38	48	44	51
SOCIAL/RECREATIVO	41	46	48	52
MORALIDAD/RELIGION	51	54	54	53
ORGANIZACIÓN	53	51	52	54
CONTROL	53	49	52	52



Datos relativos al grupo experimental en la escala de clima social

Tal como puede observarse en la *tabla 5* (y en la *gráfica 5*), en el grupo experimental, los principales cambios son: reducción de 9 puntos en la escala Conflicto, aumento de los intereses intelectual y culturales(7 puntos) y aumentote 4 puntos en la escala Social/Recreativo.

Además, se aplicó a los familiares el Cuestionario de Afrontamiento Familiar (FCQ) (Magliano et al. 1.996) antes y después del programa. No vamos a detenernos en el análisis cuantitativo de los datos obtenidos, sino que realizaremos un análisis descriptivo. Este análisis pone de manifiesto que las escalas en que han notado más mejoría los familiares de los paciente son: Información (buscar información y consultar a profesionales sobre la enfermedad que padece su familiar) y Comunicación positiva (involucrar al enfermo en los problemas de la familia, reforzar lo que hace bien...). Además disminuyó la puntuación en la escala Coacción (reñir al paciente, perder la calma...).

Estos datos se completan con la información obtenida en el Cuestionario familiar (FQ) (Barrowclough & Tarrier, 1.992). Este cuestionario mide la frecuencia con la que el paciente se aburre, tiene movimientos y maneras raras, se ríe solo, etc. Podemos afirmar que la principal mejoría que se ha observado en los familiares es que han aumentado su tolerancia a la enfermedad de los pacientes.

■ DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio apoyan la idea de que el Programa de Terapia Psicológica Integrada –IPT- (8) es eficaz para la rehabilitación de los déficit cognitivos que presentan los pacientes esquizofrénicos, así como para mejorar las habilidades sociales de los mismos.

Dichos resultados son compatibles con los resultados obtenidos en algunos trabajos como son los de Liberman (10), Brenner y Roder (8). Los citados autores defienden la tesis de que los tratamientos integrales o de amplio espectro obtienen resultados superiores a los tratamientos que se centran en aspectos parciales de la enfermedad.

En el presente trabajo, se pone de manifiesto que la IPT ha contribuido en gran medida a la reducción de las alteraciones cognitivas básicas, a la mejoría de las habilidades sociales y a la mejoría global de la sintomatología que presentaban los pacientes que participaron en el programa. Además, los resultados obtenidos en el test Clima Social (MOOS) avalan la idea de que la parte del programa correspondiente a la psicoeducación, tanto de familiares como de los propios pacientes, ha servido para que las relaciones familiares mejoren (aumente la expresividad, disminuya el conflicto, etcétera).

Hay que señalar que los resultados obtenidos en la escala de Funcionamiento Social (SFS,) (de Birchwood et al., 1.990) que ponen de manifiesto la mejora en el funcionamiento social del paciente contrastan con la mayor parte de investigaciones realizadas para estudiar este aspecto: Brenner (8), Liberman (10) o Falloon (11), entre otros.

En cuanto a las *dificultades metodológicas* que este tipo de trabajos presentan cabe destacar la imposibilidad de aplicar la metodología experimental. Debido a razones éticas, no fue posible la asignación de los sujetos a las condiciones siguiendo algún procedimiento aleatorio. La restricción fue la necesidad de que el mayor número posible de enfermos se beneficiara del programa. Es por eso que se asignó a todos los sujetos interesados al grupo experimental y aquellos que no podían acudir a las sesiones fueron asignados al grupo control. La no asignación aleatoria de los sujetos a los grupos supone una amenaza a la llamada validez interna, pero como anteriormente se ha comentado no era uno de nuestros objetivos prioritarios el demostrar la relación causal entre el programa ITP y las variables dependientes que aquí se han estudiado. En el caso de la investigación aplicada el objetivo fundamental de la investigación es el probar que una determinada intervención (en nuestro caso el programa ITP) aplicada a una situación ayuda a modificarla en un sentido socialmente deseable. Por otra parte, el limitado número de sujetos participantes en este estudio supone una amenaza a la posibilidad de generalización de resultados.

Además, al tratarse de un diseño pre-post podría haberse producido un sesgo en los resultados como es el denominado efecto de la motivación: podría haber tenido lugar una variación en la conducta de los sujetos de una condición experimental a otra producida por cambios en el interés que las tareas les suscitan.

A estas dificultades metodológicas hay que añadir las dificultades clínicas que este tipo de pacientes conllevan. Por ejemplo, conviene destacar lo difícil que les resulta participar en sesiones grupales, debido a los déficits en habilidades sociales que presentan. Además, sus especiales dificultades para concentrarse y prestar atención, obligan a adaptar los contenidos del programa a sus características, siendo necesario repetir las instrucciones de los ejercicios varias veces o realizar frecuentes resúmenes para asegurarse de que han comprendido el tema a tratar, por sólo poner un ejemplo.

Para resumir lo expuesto hasta aquí, podemos afirmar que la aplicación del tratamiento psicológico integrado de la esquizofrenia (ITP) ha demostrado su eficacia en nuestro entorno sanitario; especialmente en lo que se refiere a la reducción de los trastornos cognitivos básicos, sintomatología y adquisición de habilidades sociales y de resolución de problemas.

Por último, decir que el programa ha dado muestras de su eficacia a corto y medio plazo, pero haría falta realizar estudios de seguimiento para comprobar que mantiene su eficacia a largo plazo.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Roder, V.; y otros, *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona, Ariel psiquiatría, 1.996.
2. Zubin, J.; Spring, B.J., «Vulnerability- a new view of schizophrenia», *Journal of abnormal psychology*, 1.977, 86, pp.103-126.
3. Nuechterlein, K.; Dawson, N. ; Green, M.F., «Information-processing abnormalities as neuropsychological vulnerability indicators for schizophrenia», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1.994, 90, suppl 384, pp.71-79.
4. Vallina Fernández, O.; *Aplicación de la Terapia Psicológica Integrada al Trastorno esquizofrénico*, Tesis doctoral, Oviedo, 1.998.
5. León, O.G.; Montero, I., *Diseño de Investigaciones*, Madrid, McGraw-Hill, 1.997.
6. Brown, G. W.; y otros, «Influences of family life on the course of schizophrenic illness», *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1.962, 16, pp.55-68.
7. Brown, G. W.; Birley, J. L; Wing, J. K., «Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication», *British Journal of Psychiatry*, 1.972, 121, pp.241-258.
8. Brenner, H.D.; y otros, «Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia», *Schizophrenia bulletin*, 1.992, 18 (1), pp. 21-26.
9. Brenner, H.D.; y otros, *Integrated psychological therapy for schizophrenia patients*, Seattle, WA: Hogrefe & Huber, 1.994.
10. Liberman, R.P.; y otros, «Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence», *Schizophrenia bulletin*, 1.986, 12, 4, pp.631-647.
11. Falloon, I.R.H.; Coverdale, J.H.; Brooker, C., «Psychosocial interventions in schizophrenia: A review», *International Journal of Mental Health*, 1.996, 25,1, pp.3-21.

Rebeca García Nieto

P.I.R.

Francisca De La Torre Brasas

M.I.R.

Begoña Cantero Fernández

Psiquiatra

José Antonio Gómez Terrados

Psicólogo

Centro de Salud Mental «Delicias»

Paseo Juan Carlos I, N° 18

47012 VALLADOLID

Tel.: 983-228315