

Aportaciones de la psicología clínica en el campo de la rehabilitación psicosocial

Margarita Zabala Baquedano* / Emilio Garrido-Landívar**

1. Introducción

1.1. Rehabilitación psicosocial

Hoy en día la **Rehabilitación psicosocial** es el modelo de intervención más utilizado para los trastornos mentales graves, término más preciso, a mi modo de ver que el que se utilizaba con anterioridad: rehabilitación psiquiátrica.

Aquí, como casi siempre, las palabras tienen una enorme significación, ya que psicosocial describe mucho más adecuadamente el trabajo de una gran variedad de profesionales, entre los que se incluyen los psicólogos clínicos, los trabajadores sociales, los terapeutas ocupacionales, etc., los cuales han ido desarrollando desde hace años un importante trabajo con pacientes psiquiátricos graves.

De otro lado la palabra psicosocial pone el acento en unas condiciones sociales determinadas que como esta investigación pretende mostrar, van a tener una importancia capital sobre la enfermedad mental.

Antony y cols. (1986), definen la rehabilitación psicosocial como un tratamiento que adiestra a los individuos con trastornos mentales crónicos en las habilidades físicas, emocionales e intelectuales necesarias para vivir aprender y trabajar en su propio y particular ambiente.

La rehabilitación psicosocial se diseña con el fin de reducir la intensidad y frecuencia de los episodios de enfermedad, primero, incrementando la competencia de las respuestas de manejo del propio individuo, y, segundo, reduciendo el número y

* Psicóloga especialista. Directora de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial del Hospital de Navarra.

** Universidad Pública de Navarra.

el grado de dificultad de las demandas del ambiente, así como aumentando el apoyo social del individuo (Lieberman y Evans, 1985).

Lieberman (1986^a) desarrolla un modelo multifactorial de los trastornos mentales crónicos y sus incapacidades, basándose fundamentalmente en la hipótesis de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977) y en el modelo del procesamiento de la información (Nuechterlein y Dawson, 1984).

Siguiendo a Lieberman (1993)¹, la enfermedad mental es la resultante de una **patología** que se puede definir como una lesión o anomalía causada por agentes o procesos etiológico, no suficientemente conocidos. Un **deterioro** o efecto producido por dicha patología, y unas **discapacidades**, restricciones o falta de habilidades para desarrollar una actividad, producidas por el deterioro. Todo lo cual produciría una **minusvalía**, o desventaja con la que cuenta un individuo afectado para el desempeño de un “rol social normal”.

La rehabilitación psicosocial integra diversos aspectos conductuales y vivenciales del enfermo mental, pero concede una especial importancia al **ajuste social**, al tomar conciencia de que pacientes recuperados, que podían tener ausencia de síntomas, o sólo síntomas residuales, seguían presentando diferentes grados de defecto en la ejecución de los roles sociales

“A partir de la aparición e implantación de la medicación neuroléptica en el tratamiento de la enfermedad mental en la década de los años cincuenta y sesenta se concedió un interés sin precedentes, en el ajuste social y comunitario de los pacientes psiquiátricos. Lo cual requirió nuevas medidas de enfermedad, esto es, el ajuste social, además de las que evaluaban síntomas y signos de enfermedad” (Fernández de Larrinoa y cols., 2000)².

El ajuste social es el reflejo de las interacciones del paciente con otros, satisfacción y desempeño en los diversos roles, que dependen mucho de la personalidad previa, la cultura y las expectativas familiares. La desaparición de síntomas no garantiza una vuelta inmediata al nivel premórbido de funcionamiento social; Por el contrario en muchos pacientes persiste el desajuste familiar, social o laboral, aún cuando no existen síntomas activos de la enfermedad psíquica (Barnes y cols, 1983).

1.2. El papel del psicólogo clínico en el campo de la rehabilitación psicosocial

Un tratamiento psicológico (Labrador, J., *et al.* 2001) es una intervención profesional basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico. Un psicólogo clínico está especialmente preparado para eliminar o mitigar el sufrimiento de otra persona y ense-

1. Lieberman (1993): *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*.
2. Bulbena y cols. (2000): *Medición clínica en psiquiatría y psicología*.

ñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana.

Legalmente pueden realizar un tratamiento psicológico tanto los psiquiatras como los psicólogos. Los primeros tienen mayor formación biológica debido a su formación en medicina; los psicólogos están fundamentalmente entrenados en técnicas psicológicas y de intervención, amén de disponer también de formación biológica.

En el tratamiento de las enfermedades mentales graves son adecuados y necesarios los dos tipos de especialistas, ya que se trata de patologías graves, pero que conllevan graves repercusiones psicológicas y sociales para quien las padece y para los familiares.

Según recoge un documento informativo del Colegio Oficial de Psicólogos sobre el campo de acción de la psicología clínica³, la actividad del psicólogo clínico “ha de ser entendida como intervención más que como tratamiento, en el sentido estricto. Se trata en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta”.

La intervención psicológica debe intentar identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad: diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación.

Por tanto el psicólogo clínico se ocupa de una forma indirecta del impacto que causa la enfermedad, minimizando los daños que la misma haya podido causar. Por otro lado trata de devolver confianza y seguridad en una persona que ha sufrido un fuerte impacto emocional debido a las vivencias que conlleva la enfermedad. Recuperar la autoestima dañada, adecuar las expectativas a la realidad, aumentar la confianza en las propias capacidades es parte del trabajo que realiza el psicólogo clínico en el campo de la rehabilitación psicosocial.

“...Hay que considerar el impacto que los síntomas tienen sobre la persona afectada, ya que es fundamental preservar el concepto de persona ante la invasión de los síntomas y educarla en la identificación y afrontamiento de estos. La desconcertante y muchas veces terrible experiencia de experimentar alucinaciones, robo de pensamiento, o elaborar explicaciones que no son consideradas por los demás como válidas, menoscaba el psiquismo del afectado y puede ser un mecanismo de automantenimiento de los síntomas, o ser fuente de nueva sintomatología” (Rebolledo y Lobato, 1996)⁴.

1.3. La Clínica de Rehabilitación (C. de R.)

En nuestra Comunidad, la Rehabilitación psicosocial se aplica de forma intensiva en la clínica de rehabilitación de salud mental, que viene funcionando, en sus actuales dependencias del Centro Psiquiátrico San Francisco Javier, desde enero de 2001.

3. COP: Documento de la psicología clínica y de la Salud (2003).

4. Caballo (dir.) (1997): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1.

1.3.1. *Características*

La Clínica de Rehabilitación es un recurso asistencial para personas con problemas de Salud mental severos. Es un Centro integrado en la Red de Salud Mental, del Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea.

Tiene como objetivos, incrementar la competencia de los pacientes y sus familias para afrontar la enfermedad y sus consecuencias, y adaptarse mejor a su medio, reduciendo, por tanto, el riesgo de recaídas.

Cuenta con un número amplio de profesionales de la Salud Mental que llevan a cabo una labor de Equipo: (3 psicólogos, 1 psiquiatra, 1 trabajadora social, 4 enfermeras, 1 terapeuta ocupacional, 1 monitor de ocio y tiempo libre, 17 auxiliares de clínica, 1 administrativa y 2 celadoras.)

Según recoge el Documento Base de la Clínica de Rehabilitación⁵, “los procedimientos específicos serán de naturaleza preferentemente psicosocial”. Por esta razón se ha dotado a la C. De R., de un elevado número de profesionales psicólogos, quienes realizarán tratamientos específicos, y coordinarán las intervenciones de los demás profesionales.

1.3.2. *Programas de Intervención*

En cuanto a los Programas de Intervención La Clínica de Rehabilitación aplica una serie de Programas que se ajustan a las necesidades de los enfermos con trastornos mentales graves:

- Programas psicoeducativos de conciencia de enfermedad
- Rehabilitación Cognitiva
- Seguimiento individual de la sintomatología
- Habilidades de la Vida Diaria
- Habilidades Sociales
- Programas de Integración Social
- Educación Para el Ocio
- Programa de entrenamiento en Habilidades Pre-laborales
- Programas psicoeducativos sobre la enfermedad con familiares. Mejora de la comunicación y resolución de problemas.
- Preparación para el alta

Los Programas de Intervención se aplican en diferentes formatos:

- Programa de hospitalización total
- Programa de hospitalización parcial
- Programa de Seguimiento para pacientes desinstitucionalizados.

5. Documento Base de la Clínica de Rehabilitación (2001): Subdirección de Salud Mental.

2. Descripción del estudio

2.1. Objetivos

Después de algo más de dos años desde la puesta en marcha de la Clínica se hace necesario diseñar una **revisión de las características de los pacientes** que venimos atendiendo con el fin de conocerlos y ajustar al máximo nuestras intervenciones; Al hilo de nuestro primer objetivo, se pretende también, la **observación sistemática de los procedimientos de recogida de información, clínica y social**, para ello, realizaremos una evaluación crítica sobre las historias clínicas y los informes de evaluación de los pacientes.

Nos interesa, de manera especial, realizar una **valoración interna sobre la calidad asistencial de nuestros procedimientos de intervención**, destacando, en especial la variable clínica: **Conciencia de Enfermedad**, por lo que realizamos una valoración de la misma al ingreso y al alta.

Iniciamos este estudio con el deseo de poderlo continuar posteriormente con procedimientos más estandarizados y objetivables, que no están en estos momentos a nuestro alcance.

Partimos de la hipótesis inicial de que los pacientes mejoran en aspectos sociales y clínicos, tras su paso por un Programa de Rehabilitación psicosocial en el centro, ya que esa es la “impresión subjetiva” que tenemos como clínicos.

2.2. Procedimientos

Se procede a la revisión sistemática de las 72 historias clínicas, correspondientes a la totalidad de pacientes dados de alta desde la puesta en marcha de la Clínica en enero de 01, hasta abril de 03, fecha en que finaliza la recogida de datos.

La metodología es de observación clínica, fundamentalmente, ya que el interés principal de este estudio es el conocimiento clínico de los pacientes. Las pruebas estadísticas aportan precisión en la sistematización de las observaciones, pero están siempre supeditadas a la metodología clínica.

Los datos se han explotado con el Programa estadístico SPSS para Windows. Se determinan las frecuencias y las medidas de tendencia central.

Se ha utilizado la prueba χ^2 cuadrado para valorar la asociación entre variables cualitativas, y la correlación de Spearman para las variables cuantitativas.

Las variables seleccionada se podrían agrupar de la siguiente forma:

- Variables sociodemográficas
- Variables clínicas
- Variables contextuales
- Variables de alta

La variable **Conciencia de Enfermedad** se valora como:

- **Buena**, sí:
- Conoce y acepta el diagnóstico
- Conoce los síntomas de su enfermedad y los identifica como tales
- Conoce las causas de su enfermedad
- **Parcial** si responde sólo en parte a la descripción de arriba.
- **No tiene**, en el caso de que no conozca ni acepte ningún aspecto.

La variable Grado de **Adherencia al tratamiento** se valora como:

- **Alto**: toman la medicación correctamente y de manera autónoma
- **Moderado**: no siempre la toman correctamente, algunas veces la abandonan. Necesitan algún tipo de supervisión.
- **Escaso**: Tienden a abandonar la medicación. Necesitan supervisión para la toma adecuada.
- **Nulo**: rechazan tomar la medicación.

La variable **Dispone de Informes de Evaluación** se valora como:

- **Evaluación completa**: Evaluación psicológica, psiquiátrica, social, de enfermedad de habilidades y destrezas y de ocio y tiempo libre.
- **Evaluación parcial**: algunas pero no todas las distintas evaluaciones.
- **No dispone**: Evaluación insuficiente.

La variable **Situación al alta** se valora como:

- **Muy mejorado**: Mejorado en aspectos clínicos y sociales.
- **Mejorado**: mejora solo en un aspecto, clínico o social.
- **Ligeramente mejorado**: mejoría en algún aspecto puntual.
- **Empeorado**: Se le valora clínicamente peor que al ingreso.
- **Sin cambios**: no hay cambios en ningún aspecto.

3. Resultados

3.1. Perfil-tipo de los pacientes de la C. de R

3.1.1. *En cuanto a las variables sociodemográficas*

Sexo	
<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
59,7%	40,3%

Edad

Media 42, 63 años

Rango: 21-74

<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
41,60	44,14
Rango: 21-74	Rango: 23-66

Intervalos de Edad

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
18-25	6,9%	16,3%
26-35	20,7%	27,9%
36-50	37,9%	27,9%
51-65	31,0%	16,3%
66 y más	3,4%	11,6%

El mayor nº de pacientes son **hombres, de mediana edad**, aunque hay una gran variabilidad en la edad.

Estado civil

• Solteros	73,3%
• Casados, separados, viudos	26,7%

Procedencia		Tipo de convivencia		Relación con la persona responsable	
• Navarra	79,2%	• En familia	65,3%	para el responsable el paciente es:	
• Otras Comunidades	20,8%	– Fam. de Origen	43,1%	• Hijo/a	41,7%
• Extranjeros	0%	– Fam. Propia	22,2%	• Hermano/a	26,4%
		• Solos	18,1%	• Cónyuge	18,1%
		• En patrona	8,3%	• Madre/padre	4,2%
		• Piso compartido	4,2%	• Otros	5,6%
		• Otros	4,2%	• No hay responsable	4,2%

La mayor parte **residen** en la Comunidad Foral. La mayoría son **solteros**, entre los casados, la mayor parte son mujeres. Conviven con la **familia**, casi siempre la de origen. Las personas responsables son casi siempre familiares, fundamentalmente los padres.

Han estado/ están en Centros Ocupacionales		Situación laboral y prestaciones actuales		Nivel de escolarización	
• NO	66,7%	• Pensionista	82,4%	• Primaria incompleta	27,8%
• Sí	33,3%	– Por invalidez	36,1%	• Primaria completa	18,1%
– Aranzadi	15,3%	– No contrib. y/o asist.	30,6%	• Secundaria incomp.	23,6%
– Otros	8,3%	– Otras	16,7%	• Secundaria comp.	12,5%
– Talluntxe	4,2%	• Sin subsidio	9,7%	• Superiores incomplet.	12,5%
– Tasubinsa	2,8%	– Ama de casa	6,9%	• Superiores complet.	5,6%
– Cáritas	2,8%	– En paro	2,8%		
		• De baja	5,6%		
		• Con trabajo remunerado	1,4%		

Precisan supervisión económica		Situación jurídica		Pacientes con procesos judiciales	
• Precisan	66,7%	• No incapacitados	93%	• NO	97,2%
• No precisan	33,3%	• Incapacitados	7%	• Sí	2,8%

El nivel de **escolarización** es medio-bajo. Casi todos son **pensionistas**. Situación jurídica de **pleno derecho**. Muy pocos han tenido problemas penales. Un nº importante, sobre todo, entre los varones jóvenes han estado o están en **Centros Ocupacionales**. La mayoría precisa **supervisión económica**.

3.1.2. *En cuanto a las variables clínicas*

Diagnóstico actual		Edad inicio enfermedad (años)		Nº total de diagnósticos diferentes	
• Esquizofrenia	63,9%	• Media	23,49 años	• Mediana	2
• Otros	12,5%	– Media H	22,84 años	• Rango	0-8
• Trast. Esquizoafectivo	11,1%	– Media M	24,45 años		
• Trast. Bipolar	9,7%	• Rango	10-52		
• Trast. Depresivo-Rec.	2,8%				

Retraso mental		Intentos autolíticos		Ideación suicida	
• NO	86,1%	• Ninguno	73,6%	• NO	63,9%
• Sí	13,9%	• Algún intento	26,4%	• Sí	36,1%

Antecedentes familiares		Años de evolución de la enfermedad		Conciencia de Enfermedad al ingreso	
• Sí	63,9%	• Media	19,33 años	• Parcial	62,5%
• NO	36,1%	• Rango:	2-58	• No C. De E.	29,2%
				• Buena C. De E.	8,3%

Nº de ingresos		Convivencia con otros enfermos mentales		Consumo actual de tóxicos	
• Media	6,64	• NO	70,8%	• No	68,1%
• Rango:	1-20	• Sí	29,2%	• Sí	31,9%
		– Familiares	18,1%		
		– No familiares	1,1%		

Dispone de informes de evaluación		Grado de Adherencia al tratamiento	
• Eval. Completa	65,3%	• Escaso	50%
• Eval. Parcial	23,6%	• Moderado	29,2%
• No dispone	11,1%	• Alto	16,7%
		• Nulo	4,2%

La **esquizofrenia** es el diagnóstico más frecuente, y dentro de esta la **paranoide**. Sólo un pequeño porcentaje de pacientes tiene un diagnóstico añadido de **deficiencia mental**, y de estas, la mayoría son mujeres. La **edad media al comienzo de la enfermedad** es de 23,49 años. La **media de evolución de la enfermedad** es de 19,33, aunque en las dos variables se da una gran variabilidad.

La mayoría de pacientes tiene **antecedentes familiares**. Hay un porcentaje importante, más del 25%, que **convive** con enfermos mentales. El C.S.M. al que pertenecen el mayor nº de pacientes es el IC-Rochapea.

La mayor parte de pacientes tienen un largo historial de **ingresos**. Hay un porcentaje importante de pacientes con consumo de **tóxicos**, la mayor parte de éstos son hombres jóvenes, menores de 35 años. Un porcentaje importante ha tenido algún **intento autolítico**.

La **ideación suicida**, está presente en numerosos pacientes, con más frecuencia entre los 26-35 años. Más frecuente la grave que la moderada.

En cuanto a la **Conciencia de enfermedad al ingreso**: La parcial es la que se presenta el mayor nº de veces. No conciencia de enfermedad en casi un 30% de casos. Las personas que no tienen conciencia de enfermedad casi todas son hombres.

Se observa que la conciencia de E. mejora con la edad. La mayor parte de personas que se valoran como “no C. de E”, tienen diagnóstico de esquizofrenia.

La C. de E. está relacionada de una forma estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento: a más C. de E., mejor adherencia.

La mayor parte de personas tienen una **adherencia al tratamiento** insuficiente. Los peores resultados, los hombres más jóvenes.

Sólo un pequeño porcentaje de pacientes no dispone de **informes de evaluación**.

3.1.3. *En cuanto a las variables contextuales*

CSM de Pertenencia		Procedencia. Los pacientes son derivados de:		Tiempo de estancia en Clínica (meses)	
• Rochapea	29,2%	• U. de R. + C. De D.	38,9%	• Media	10,46 m.
• Ermitagaña	15,3%	• CSM Rochapea	8,3%	• Rango:	1-27 m.
• Casco Viejo	12,5%	• CSM Estella	6,9%		
• Burlada	12,5%	• H. De D. I	6,9%		
• Gayarre	11,1%	• UHP I	6,9%		
• Estella	8,3%	• CSM Casco Viejo	5,6%		
• Tudela	5,6%	• CSM Burlada	5,6%		
• Centro Privado	4,2%	• CSM Tudela	5,6%		
• Tafalla	1,4%	• CSM Gayarre	4,2%		
		• Padre Menni	4,2%		
		• UHP II	2,8%		
		• CSM Ermitagaña	1,4%		
		• CSM Tafalla	1,4%		
		• H. De D. II	1,4%		

Nº de ingresos en Dispos. Psiquiát. (recaídas)		Régimen de Estancia en la Clínica	
• 0:	80,6%	• Hospitalización Parcial	55,6%
• 1:	16,7%	• Hospitalización Total	40,3%
• 3:	1,4%	• Seguimiento	4,2%
• 5:	1,4%		

Los pacientes **proceden**, mayoritariamente de los Centros que tras fusionarse formaron la actual C. De R.: la Unidad de Rehabilitación y del Centro de Día. Le sigue el C.S.M. Rochapea.

A hospitalización total, **solicitan** mayoritariamente los Centros que no están ubicados en Pamplona, puesto que los pacientes van a tener más problemas para alojarse fuera de sus hogares.

La totalidad de pacientes que están en seguimiento provienen del antiguo Centro de Día.

La **media de estancia** en la Clínica es de 10,46 meses. Hay una gran variabilidad, puede estar entre 1 y 27 meses. Por sexos, la media de estancia de las mujeres es más baja. Hay una correlación estadísticamente significativa entre la edad y el tiempo de estancia en la Clínica: a más edad más tiempo de estancia en la Clínica.

La mayor parte de los pacientes no sufren **recaídas** graves, que precisen ingreso en las Unidades de Hospitalización psiquiátrica.

3.1.4. *Variables del alta*

Conciencia de Enfermedad al alta		Situación al alta		Tipo de alta	
• Parcial	73,6%	• Muy mejorado	47,2%	• Facultativa	76,4%
• Buena	15,3%	• Mejorado	20,8%	• Voluntaria	23,6%
• No tiene	11,1%	• Sin cambios	13,9%		
		• Empeorado	11,1%		
		• Ligeramente Mejorado	6,9%		

Centro de derivación al alta

• A CSM	73,6%
• A Otros Dispositivos Psiquiátricos	11,1%
• A CSM, en espera de plaza de larga estancia	6,9%
• A Residencia Psiquiátrica	5,6%
• A Residencia Geriátrica	2,8%

Casi todos los pacientes son **derivados** a su C.S.M., para continuar el tratamiento. Los que no están suficientemente estabilizados psicopatológicamente, son derivados a otros Dispositivos Psiquiátricos: Media estancia (Padre Menni), hospitales de día, etc. Estos suelen ser pacientes de menos de 25 años.

Los hombres precisan en mayor medida **al alta Centros** de larga estancia psiquiátricos. Con la edad aumentan las derivaciones a larga estancia. Hay una relación estadísticamente significativa entre el Centro de derivación al alta y el régimen de Estancia: los pacientes que están en régimen de hospitalización parcial son derivados mayoritariamente a su C:S:M, Los que se encuentran en régimen de hospitalización total, a Centros de larga estancia.

La conciencia de enfermedad al alta, ha mejorado con respecto al ingreso. La conciencia de E. Parcial y buena, han aumentado con respecto al ingreso. Se da una relación estadísticamente significativa: disminuye la falta de C. de E., aumenta la buena y la parcial. Hay una relación estadísticamente significativa entre la C. de E. Al alta y el tipo de alta: el porcentaje más alto de altas voluntarias, se da entre los pacientes que no tienen C. de E. Así mismo, hay una relación estadísticamente significativa entre la C. de E. Al alta y la situación al alta: Los pacientes valorados como sin cambios o empeorados, son valorados como “no tienen C. de E.”

La mayoría de los pacientes abandonan la Clínica con el **alta** facultativa.

Valoración al alta: Mejoran el 74,9% de pacientes, los que más, los hombres, también los que más empeoran. Las mujeres, el mayor porcentaje de sin cambios. En cuanto a la edad, mejoran más los de más edad. Hay una relación significativa entre Situación al alta y Centro de derivación al alta: Los que mejoran tienden a ir al C.S.M., los que empeoran a otros Centros o a Larga estancia.

3.2. Discusión de resultados

3.2.1. *Medida de Resultados*

Según el criterio de los facultativos, y para satisfacción de todo el equipo de la Clínica, los pacientes mejoran clara y mayoritariamente, tras su estancia aquí. Se confirma nuestra hipótesis inicial.

Nos gustaría poder completar estas observaciones con criterios no sólo de los clínicos, sino también apoyados en resultados de procedimientos de evaluación sistematizados (medida de resultados).

Los pacientes que empeoran nos hacen reflexionar, entre otras cosas, en que debemos mejorar nuestros procedimientos de evaluación de solicitudes, ya que en ocasiones, se hacen las derivaciones sin que el paciente esté suficientemente estabilizado.

La mejora de la C. de E., respecto al ingreso nos da una medida de eficacia de nuestros Programas diseñados para ese fin.

3.2.2. *Ajuste social*

En un importante nº de variables (tipo de convivencia, personas que han tenido pareja, nº de ingresos en C. Psiquiátricos, procesos judiciales, consumo de tóxicos, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, etc.) los hombres tienen resultados que implican peor ajuste social, lo que nos llevaría a confirmar los datos hallados en el estudio de Cirici y cols. (1993).

3.2.3. *Situación clínica*

La mayoría de los pacientes estudiados padecen una enfermedad mental grave, según la definición que se ha dado en la introducción de este estudio:

- En cuanto al **diagnóstico**, ya que la mayoría padecen un trastorno esquizofrénico, considerado psiquiátricamente muy grave.
- **Incapacidad**: la mayoría están desempleados, y necesitan una pensión. Tienen también necesidad de ayuda y atención constantes, y muchas veces supervisión ya que muestran comportamientos sociales inadecuados.
- **Duración**: tienen un historial de tratamiento muy prolongado, o, no siendo así, han tenido, un n° importante de ingresos en diversos dispositivos psiquiátricos. (UHP; Hospitales de Día, Unidades de Media Estancia), para compensar su sintomatología aguda.

A lo largo del ingreso, se producen habitualmente recaídas, empeoramiento en el estado psicopatológico de los pacientes, pero la mayoría de las veces, se solucionan sin necesidad de un ingreso en las UHP, ya que al detectar la recaída en un estadio inicial se puede actuar rápidamente, disipando la crisis.

Muchos de los pacientes jóvenes (adultos jóvenes cronificados), no terminan el Programa que se les propone en la Clínica. Posiblemente, la poca conciencia de enfermedad, las expectativas irreales, y la falta de reflexión propia de sus años, determina que rechacen la estancia en la Clínica. Se intenta que se vayan sin conflicto, dejando abierta la posibilidad de retornar.

No es raro observar en las historias clínicas un n° elevado de diagnósticos. Esto no se debe tan solo a la disparidad de criterios entre los clínicos, sino a la dificultad, de diagnosticar ante cuadros clínicos complejos.

Los pacientes del estudio, al llegar a la clínica, muestran un grado de adherencia al tratamiento escaso. La vigilancia estrecha sobre la toma de medicación, y los programas psicoeducativos dirigidos hacia la mejora de conciencia de enfermedad y adhesión al tratamiento, son los máximos responsables de la mejoría clínica que presentan.

La conciencia de enfermedad se trabaja activamente en la Clínica, de forma individual y grupal y, también, con las familias. Intentamos activamente que mejoren su comprensión de lo que les ocurre y que sean conscientes que se trata de una enfermedad que hay que tratar. No obstante, cuando no es posible un trabajo más intenso, en esta dirección se insiste en el refuerzo de la adhesión al tratamiento y de la autonomía social y funcional.

Otro aspecto muy importante, responsable, en una gran medida también de la mejoría observada (sobre todo en pacientes con problemas de control de impulsos, y/o juego patológico), es la supervisión económica. En pacientes con pocos ingresos, y poco soporte familiar, la mala administración del dinero, puede llevarles a descompensaciones psicopatológicas de importancia. En los casos en los que el dinero lo administra la familia, la Clínica sirve de puente entre las exigencias del paciente y la dura tarea de administrar un dinero, siempre escaso.

Como se ha constatado en diversos estudios, los enfermos mentales no son mayoritariamente violentos (Arango, 1999). Unos pocos casos, muy dramáticos, explotados por la prensa, no deberían llevar a concluir que los enfermos mentales son extremadamente peligrosos. Las agresiones más habituales que se detectan en la Clínica son a los familiares, y suelen ocurrir en periodos críticos de descompensación psicótica, muchas veces, tras el abandono de la medicación. Raramente se producen agresiones hacia el personal de la Clínica o a otras personas.

Los pacientes con trastornos duales –trastornos psiquiátricos/consumo de tóxicos–, son también un reto para la clínica. En ocasiones precisan controles rigurosos, para asegurar el no consumo, que afectan el clima de libertad que generalmente impera en la Clínica.

La media de edad al inicio de enfermedad hallada en este estudio es coincidente con los datos del DSMIV, a cerca de la media de edad de inicio de la esquizofrenia. Nos servirá de referencia aunque en este estudio no todos los pacientes sean esquizofrénicos: “La edad media de inicio del primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida para los hombres, y al final de esa década en las mujeres”⁶.

3.2.4. *Clínica de Rehabilitación*

Las necesidades mayoritarias que se han detectado para este tipo de pacientes son de Programas de Rehabilitación, no precisan, en la mayoría de casos, un ingreso a tiempo total, los pacientes valoran como de ayuda permanecer unas horas en compañía de otros, y ocupados de variadas maneras, pero les agrada volver a sus casas a la tarde. Las 16 camas con las que cuenta la Clínica suelen estar ocupadas por pacientes que viven fuera de Pamplona, o pacientes de familias bastante desorganizadas, incapaces de prestar el apoyo que estos pacientes requieren. En ocasiones otros miembros de la familia están tan necesitados de ayuda como el propio paciente.

Los tres pacientes que se encontraban en Programas de Seguimiento, pasaron a ingresar al Centro Psicogeriátrico. En cumplimiento del compromiso que adquirió la Subdirección de Salud Mental con los pacientes externalizados.

Los pacientes tienden a estar varios meses en la Clínica, solo así, se pueden conseguir algunos resultados en una población tan deteriorada. La media de 10,46 meses, es poco representativa, ya que los valores son muy extremos. El mayor grupo de pacientes permanece entre 9 y 17 meses.

Hay que tener en cuenta las dificultades que tenemos al dar las altas, al no poder contar con los recursos necesarios. **El paciente no va a donde necesita, sino a dónde puede ir.** Resultaría muy deseable para los profesionales de la Clínica, poder

6. DSM IV-TR (2002): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

contar con el Dispositivo adecuado, que continúe el trabajo que nosotros hemos iniciado.

A pesar de que el ingreso en la clínica ayuda a que disminuya el nº de **recaídas**, estas se siguen produciendo, y debemos entenderlas como consecuencia del proceso propio de la evolución de la enfermedad. No podemos dejar de cuestionarnos, en los casos de un gran nº de recaídas, si la Clínica es el recurso que precisan esos pacientes, probablemente no.

El momento del alta suele ser complicado, bien sea porque insisten en marcharse antes de tiempo, por lo que el facultativo ha de llegar a un consenso con esos pacientes, haciéndoles ver, que su situación no lo aconseja.

En la mayoría de las situaciones sucede lo contrario, ni los pacientes, ni sus familias desean irse, por lo que se hace preciso diseñar un Plan de Alta progresiva que haga perder el miedo a lo que ocurrirá cuando dejen la clínica. En ocasiones, los profesionales, hemos sufrido fuerte presión, incluso amenazas por parte de los pacientes y/o de sus familiares al proponerles el alta.

3.2.5. *Observación de las historias clínicas*

El estudio ha servido, en gran medida para reorganizar mejor nuestro sistema de recogida de datos. Ha mejorado incluso, nuestros procedimientos de almacenaje.

Ha resultado difícil, la búsqueda de datos en historias mal organizadas y poco sistematizadas, lo que nos ha llevado a organizar equipos de trabajo para realizar propuestas consensuadas de mejora de recogida de datos y anotaciones clínicas. “Recogida mínima de datos obligatorios para todos los pacientes” (Varela, 1990)⁷.

Un importante nº de pacientes no dispone de informes de evaluación. Muchos de ellos han abandonado la clínica sin dar tiempo a realizarlos. En otras ocasiones, es la sintomatología del paciente, la que no permite la evaluación (síntomas paranoides, pensamiento disgregado, negativa a ser evaluados, etc.) Nos hemos propuesto reducir al máximo los caos en que la falta de evaluación sólo puede ser atribuida a nuestra propia negligencia.

3.2.6. *Comparación de los resultados con el Estudio: “Prevalencia e Incidencia de la Esquizofrenia en Navarra” (Anales Sis San Navarra, 2000)*

El estudio se centra exclusivamente en la esquizofrenia, así es que los resultados solo pueden ser tomados en cuenta como meras referencias indicativas. Tiene interés especial por tratarse de un estudio realizado en nuestra Comunidad. Los resulta-

7. Bulbena y cols. (2000): *Medición clínica en psiquiatría y psicología*.

dos son muy similares. La media de edad de este estudio (39,88) es menor que la de la Clínica. En cuanto al tipo de convivencia, esos pacientes viven, en un porcentaje mayor, con la familia. En su investigación el grado de adherencia al tratamiento era muy superior al nuestro.

4. Conclusiones

1. Nuestros resultados confirman las hipótesis planteadas. La Clínica de rehabilitación ayuda a mejorar social y clínicamente a los pacientes psiquiátricos crónicos. Se evidencia una mejoría, estadísticamente significativa, en cuanto a la conciencia de enfermedad, en la valoración ingreso-alta.

2. Se constata que la Clínica, como sabemos que sucede en otros Dispositivos de Salud Mental, tiene que ocuparse, en ocasiones, de pacientes que no son adecuados para el tipo de Programas de intervención que tiene diseñados, circunstancia que resta efectividad a los tratamientos que se imparten. Asimismo algunos pacientes permanecen en la Clínica por un tiempo superior al recomendado, ante la escasez, de nuevo, de los recursos adecuados para la continuidad de sus cuidados.

3. Detectamos dificultades para atraer a la Clínica a los pacientes más jóvenes y con mejores perspectivas para realizar un Programa de Rehabilitación. Recibimos varias solicitudes de este tipo, pero finalmente no acuden. Suponemos que rechazan la idea de estar en un Centro ingresados. Sabemos también que les afecta muy negativamente saber que la Clínica está ubicada en lo que era el antiguo Hospital Psiquiátrico, y también la idea de estar con personas, de mayor edad. Sería preciso encontrar vías de trabajo coordinado entre nuestro Centro y los C. de Salud Mental, para tratar adecuadamente a estos pacientes.

4. A resultados de los datos ofrecidos por esta investigación, sería recomendable diseñar Programas diferenciados en función de la edad, ya que las características y necesidades de los pacientes son muy diferentes.

5. La Clínica reproduce, en muchos aspectos, las diferencias en casi todos los aspectos sociales halladas en los dos sexos. Sería muy interesante observar la posible modificación de los roles, según sexo, en función de la propia evolución de la sociedad.

6. Muchos pacientes expresan su satisfacción por ciertos aspectos de la “atmósfera” del Centro, como son, la ausencia de fuertes medidas restrictivas (puertas abiertas, participación de los pacientes en el diseño de sus actividades, etc.). Pocos de ellos saben que mantener ese ambiente implica, una dura lucha contra la presión de los colegas de la red, las imposiciones de los jueces, y de distintos colectivos sociales.

7. Algunos profesionales, se sienten tan frustrados por la falta de recursos, que llegan a plantearse la idea de la creación de un nuevo manicomio. En mi opinión, después de 16 años de trabajo en la Rehabilitación Psicosocial, inicialmente en el

manicomio de Pamplona, la vuelta a aquella situación sería totalmente negativa. Los pacientes de la Clínica, que necesitando Centros de larga estancia, permanecen en condiciones de atención dramáticas, no debieran condicionar nuestra valoración de la necesidad de un nuevo psiquiátrico. Bastaría con aumentar, según las necesidades detectadas, la dotación de Dispositivos adecuados a sus necesidades.

8. Es necesario realizar un esfuerzo por mejorar nuestros procedimientos de trabajo en varios aspectos:

- Recogida de información y vertido a las historias clínicas
- Realización de informes de evaluación al máximo nº de pacientes, siempre que el tiempo de estancia en la clínica, y las condiciones psicopatológicas lo permitan.
- Sistematizar nuestras evaluaciones mediante test y escalas de evaluación que permitan realizar mediciones pre y post ingresos.

9. A partir de esta investigación, se sugieren varios temas que podrían ser de interés para seguir nuevas investigaciones fundamentalmente para otros profesionales de la Clínica:

- Estudio del ambiente terapéutico
- Necesidad y utilización de medidas restrictivas
- Consumo de tóxicos
- Programas de intervención de adherencia al tratamiento
- Patologías físicas asociadas, etc.

10. Hasta ahora no se ha desarrollado una de las dos funciones para las que estaba diseñada la Clínica, la de servir de referencia técnica para los programas de rehabilitación a realizar en los centros y servicios de la Red de Salud Mental y de las redes sociales y sanitarias. Sería deseable iniciar una línea de colaboración en este aspecto.

11. No Disponemos de información a cerca de cómo les va a los pacientes cuando abandonan la Clínica. ¿Mantienen lo aprendido en el Centro, o vuelven rápidamente a la situación anterior?

Sería importante conocer el número de pacientes reincidentes y las características que presentan.

12. Se constata que muchas veces los enfermos conviven con otros enfermos o en ambientes desfavorecidos económicamente o de marginación por lo que a las dificultades propias de la enfermedad psiquiátrica, hay que añadir la escasa ayuda familiar e institucional de la que disponen. Esta situación de enorme desventaja social debería ser corregida con políticas de intervención adecuadas.

5. Recomendaciones a pacientes y a familiares

La enfermedad mental severa va a obligar a quien la padece a adaptar su modo de vida y a tomar medidas de protección y cuidados. Esto no es necesario recordárselo a

personas que llevan años conviviendo con sus familiares enfermos, pero sí a los que debutan con crisis psicóticas los cuales tienen por delante años de adaptación y de dificultades. Se ha de tener en cuenta que hay que prepararse para un proceso largo y difícil.

Un enfermo mental grave debe ser uno más en la familia, a todos los efectos. No es conveniente que las personas que padecen una enfermedad mental grave se aparten de la rutina y el funcionamiento general del resto de miembros de la casa. La necesidad que sienten de ayuda y atención no debe eximirles de realizar algunas tareas, muchas para las que están perfectamente preparados.

La enfermedad mental no se ve. Sabemos por experiencia las dificultades que tienen muchas familias para considerar algunas conductas como enfermas. Es fácil caer en la tentación de pensar que son vagos, inmaduros, perezosos. La realidad es que toda esta sintomatología obedece a una grave enfermedad y como tal ha de tratarse.

Por lo tanto hay que vigilar al máximo los aspectos de tratamiento. Insistir en la necesidad de llevar a rajatabla el tratamiento farmacológico y los controles psiquiátricos. Si es necesario se supervisará las tomas, pero nunca se descuidará un aspecto que es vital en la recuperación de la enfermedad.

La enfermedad mental, como cualquier patología grave, exige adaptar los hábitos de vida para mantenerse libre de sintomatología y evitar las recaídas. Es importante limitar la estimulación ambiental, respetar los horarios de alimentación y sueño, no descuidar la actividad física y el deporte, el cuidado de la imagen, el aspecto físico, y la vida social.

Muchas veces, la enfermedad produce deterioro funcional, es preciso luchar contra esta sintomatología evitando la reclusión, la falta de estímulos, el aislamiento y el empobrecimiento vital.

Por experiencia todos sabemos cómo nuestro rendimiento puede mejorar cuando confiamos en nuestras capacidades. La enfermedad mental y sus padecimientos afecta gravemente a la autoestima, es de vital importancia apoyar a estas personas para que mantengan alta su motivación y no se dejen arrastrar por el negativismo y la desesperanza.

En el estereotipo que muchas personas se han forjado sobre cómo son los enfermos mentales graves, se aprecia, gran cantidad de cualidades negativas: son vagos, inútiles, sucios, intratables, agresivos, etc. No hay que olvidar que como comúnmente se dice no hay enfermedades sino enfermos. Cada persona es única, y como tal se adapta a la vivencia de la enfermedad en función de muchos factores sociales y personales. No debemos caer en la tentación del estereotipo. Muchos de los pacientes que hemos tratado no responden para nada a estos clichés. Los profesionales que trabajamos en el antiguo hospital psiquiátrico, hemos podido constatar la diferencia en cuanto al comportamiento de muchos pacientes antes y después de un programa de rehabilitación.

En ocasiones los pacientes jóvenes tienden a la actitud de todo o nada. "Si soy un enfermo mental, ya no podré seguir con mis proyectos (estudios, trabajo, viajes,

etc.)". La familia y los profesionales deben ayudar a estas personas a reconducir sus vidas de la mejor forma posible, destacando las capacidades que se poseen y reduciendo al mínimo los inconvenientes. Hay muchas cosas que se pueden realizar a pesar de padecer una grave enfermedad.

Que los enfermos mentales estén integrados en la comunidad no quiere decir que vivan con sus familias, necesariamente. En ocasiones esto no es posible ni deseable, hay que facilitar alternativas residenciales diversificadas que se adapten a las necesidades individuales de estas personas.

Las instituciones navarras han descuidado gravemente la atención a un colectivo muy necesitado. Es preciso luchar decididamente contra esta situación injusta.

Finalmente insistir en que hay que proponerse pequeños retos a cumplir, y tener confianza en que se pueden conseguir muchas cosas con algo de confianza, perseverancia y afecto.

6. Bibliografía

- AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) (2002): *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos técnicos, 6. Madrid.
- Aldaz, J.A., Vázquez, C. (comps.) (1996): *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid, Ed. Siglo XXI.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986): *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Anthony, W., Farkas, M. (1982): "A client-outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions", *Schizophr Bul*, 8: 13-38.
- Anthony, W., Kennard, W., O'Braian, W. y Forbes, R. (1986): "Psychiatric rehabilitation: Past myth and current realities", *Community Mental Health Journal*, 22, 4, 249-264.
- Anthony, W. y Liberman, R.P. (1986): "The practice of psychiatric rehabilitation. Historical, conceptual, and research base", *Schizophrenia Bulletin*, 12, 4, 542-559.
- Arango, C. (1999): "Violencia en el paciente con esquizofrenia ¿maldad o locura?", *Arch Neurol*, 62 (2): 125-134.
- Ballus-Creus, C. y García Franco, M. (2000): *Hablemos claro: Cómo convivir con la esquizofrenia*.
- Barnes, T.R. y cols. (1983): "Use of social behaviour assessment schedule (SBAS) in a trial of maintenance and psychotic therapy in schizophrenic out-patients. Pimozide versus fluphenazine", *Soc Psychiatry*, 18: 193-199.
- Birchwood, M., Tarrrier, N. (1995): *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona, Ed. Ariel.
- Blánquez, R., Galarraga, M.E., Galtés, J.I. (2003): "Internamiento psiquiátrico involuntario: criterios clínicos y cuestiones médico-forenses", *Anales de psiquiatría*, vol. 19, nº 1: 15-21.
- Bleuler, M. (1972): *The Schizophrenic Disorders: long-Term Patient and Family Studies*. New Haven, Yale University Press.
- Bulbena, A., Berrios, G.E., Fernández de Larrinoa, P. (2000): *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, Ed. Masson.
- Bulbena, A., Pompei, S. y cols. (1997): "Medida de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica", *Arch Neurol*. 7 (supl. 2): 69-79.

- Caballo, V. (dir.) (1997): *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1. Madrid, Siglo XXI.
- Cañamares, J.M., Castejón, M.A. et al. (2001): *Esquizofrenia*. Madrid, Ed. Síntesis.
- Caudill, W. (1966): *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*. Madrid, Ed. Escuela.
- CIE 10 (1992): *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Ed. Meditor.
- Ciampi, L. (1984): "Los factores de la influencia social en el desarrollo de las esquizofrenias", *Scw. Archiv.* N. Sysh., 135: 101-160.
- Cirici, R., Bel, M^a T., Guarch, J., Araúxo, A. y Obiols, J. (1993): "Competencia social en la esquizofrenia: discrepancias por sexos", *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, n^o 27: 6-11.
- Colegio Oficial de Psicólogos (2003): *Perfil de la Especialidad de Psicología Clínica y de la Salud*. www.cop.es
- Defensor del Pueblo de Navarra, *Informe especial al Parlamento: La atención a la Salud Mental en Navarra*. Pamplona, marzo 2003.
- Desviat, M., Fernández Liria, A. y Rendueles, G. (1986): "La nueva cronicidad", en J. Espinosa (ed.): *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Desviat, M. (1994): *La reforma psiquiátrica*. Madrid, Ediciones Dor.
- Donabedian, A. (1984): "Evaluating the quality of medical care", *Milbank Men Fund Quart.* 44: 166-203
- Fauman, M.A. (1989): "Quality assurance monitoring in psychiatry", *Am J psychiatry*, 9: 1121-1130.
- Fernández Liria, A. (1991): *El concepto de paciente crónico adulto joven: Pertinencia y relevancia para la planificación y organización de los servicios en Salud mental*. Tesis doctoral. Fac. de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
- Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E.: *Cognitive behaviour therapy for psychosis*. New York, Ed. Wiley.
- Goldstein, J.M., Kreisman, D. (1988): "Gender, family, environment and schizophrenia", *Psychological Medicine*, 18: 861-72.
- Goffman, E. (1961): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Guimon, J., Sunyer, J.M., Sánchez de Vega, J. (1989): "La función terapéutica en el hospital psiquiátrico", *Informaciones psiquiátricas*, 117-118: 319-331.
- Jablenski, A. y cols. (1984): "Who collaborative study on impairments and disabilities associated with mental disorders", *Acta Shychiatr scand.* 62 (supl. 285): 152-153.
- Jiménez, J.F., Moreno, B., Torres, F. y cols. (1997): "Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell". *Arch Neurobiol.*, 60: 113-124.
- Kessler, R., Barker, P. Colpe, L. y cols. (2003): "Screening for serious mental illness in the general population", *Arch. Of gener. Psych.* vol. 60, n^o 2: 185-189.
- Labrador, F.J.; Vallejo, M.A.; Matellanes, M.; Echeburúa, E.; Bados, A.; Fernández-Montalvo, J. (2001): *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Colegio Oficial de Psicólogos. www.cop.es
- Liberman, R.P. (1993): *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona, Ed. Martínez Roca.
- Liberman, R.P. y Evans, C.C. (1985): "Behavioral rehabilitation for chronic mental patients", *J. Clin. Psychopharmacol.*, 5: 8-14
- Lindberg, H.C., Harvey, J.H. (1981): *An introduction to social psychology*. St. Louis, The CV Mosby Company.

- Mata, I., Beperet, M., Madoz, V. y Grupo Psicost. (2000): "Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23 (Suplemento 1): 29-36. *Memoria 2001 Salud Mental*. Subdirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Mendióroz, P. (2003): *Calidad de vida en una muestra de esquizofrénicos*. Pamplona, Universidad Pública de Navarra (Tesis Doctoral).
- Moos, R.H. (1974): *Evaluating treatment environments*. New York, Ed. Wiley.
- Nuechterlein, K.H. y Dawson, M.E. (1984): "Increased critical stimulus duration: vulnerability or episode indicator?", *Schizophrenia Bulletin*, 11 (3), 334-346.
- Obiols, J.E. y Obiols, J. (1989): *Esquizofrenia*. Barcelona, Martínez Roca.
- Otero, V. y Garrido, E. (1995): "Modelos de intervención en rehabilitación psicosocial de enfermos mentales crónicos", *Conferencias y Comunicaciones a las III^a Jornadas de Psicología de Navarra*, Universidad Pública de Navarra y Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra, pp. 39-47.
- Ozamiz, J. (1987): "Estilos de Vida y Salud Mental", en J. Ozamiz (ed.): *Psicología de la Salud Mental*. San Sebastián, Tartalo.
- Plan Foral de Atención Sociosanitaria (2000): Departamento de Salud y Departamento de Bienestar Social. Pamplona, Gobierno de Navarra.
- Rebolledo, S., Lobato, M.J. (1998): *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*. Barcelona, Fundació Nou camí.
- Roder y Brenner (1996): *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona, Ed. Ariel.
- Rodríguez, A. (coord.) (1997): *Rehabilitación del enfermo mental crónico*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Sullivan, H.S. (1931): "The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia", *Am J Psychiatry*, 11: 519-540.
- Sunyer, J.M. (1990): *Evaluación de la atmósfera en las salas psiquiátricas españolas*. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona. Tesis Doctoral.
- Seva, A. (1993): *La calidad de la asistencia psiquiátrica y la acreditación de sus servicios*. Zaragoza, Ed. Beecham.
- Uptegrove, R., Oyebode, F., George, M., Haque, M.S. (2002): "Insight, Social Knowledge and Working Memory in Schizophrenia", *Psychopathology*, vol. 35, n^o 6: 341-346.
- Vaughn, C. y Leff, J. (1976): "The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness", *Br. J. of Psych.*, 129, 125-137.
- (1981): "Patterns of emotional response in relatives of schizophrenics patients", *Schz. Bull.*, 7, 43-45.
- Wing, J. y Brown, G. (1970): *Institutionalism and schizophrenia*. London, Cambridge University Press.
- Yáñez Sáez, R. y col. (1999): "Programas psicoeducativos, emoción expresada y calidad de vida en la esquizofrenia", *Anales de psiquiatría*, 15, 1, 13-17.
- Zabala, M. (1994): Comunicación: "Seguimiento de Pacientes Desinstitucionalizados: Valoración de la Experiencia". *V Jornadas de la Confederación estatal de Agrupaciones de familias y Enfermos Mentales*. San Sebastián.
- (1995): Comunicación: "Factores de valoración subjetiva de la experiencia de desinstitucionalización de pacientes psicóticos crónicos, del Hospital Psiquiátrico de Pamplona". *III Seminario europeo Euro-Psy Rehabilitación*. Pamplona.
- Zubin, J., Spring, B.J. (1977): "Vulnerability-A new view of schizophrenia", *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103-126.