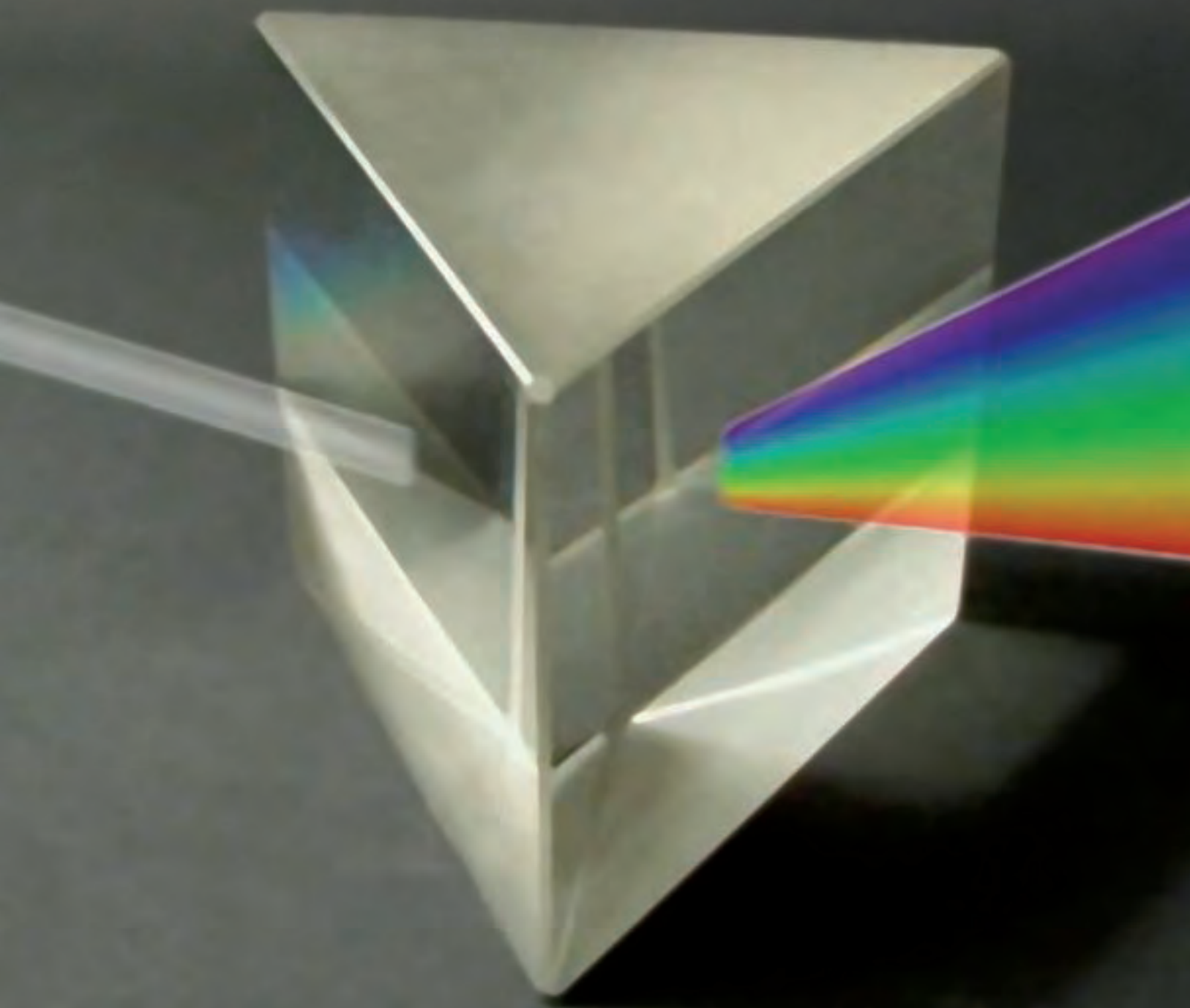


Evaluación en Rehabilitación Psicosocial



Capítulo 1. Marco Teórico de la Evaluación: desde la Rehabilitación Psicosocial a la Recuperación*

Carmen Valiente, Carmelo Vázquez y Peter Simon

El interés por la evaluación de programas de rehabilitación es bastante reciente ya que históricamente, por diversas razones, ha habido una notable apatía por evaluar la eficacia de las intervenciones en el ámbito de la salud mental¹. El objetivo de este capítulo es reflexionar sobre cuáles son los principales dominios de análisis que debería incluir una adecuada evaluación de resultados en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales graves y efectuar un repaso de los principales instrumentos empleados para este propósito, presentando sus características principales y sus ventajas e inconvenientes. Pero antes de ello, y más importante aún, efectuaremos una reflexión sobre las suposiciones, con frecuencia ocultas o implícitas, que subyacen a los propios programas y/o evaluaciones, que orientan y determinan la estrategia de análisis, los métodos empleados, y los instrumentos seleccionados.

Nos centraremos sobre todo en la evaluación de resultados (*outcomes*) en el área de los trastornos mentales graves, lo que suele tener como objetivo primordial a los usuarios o clientes de los servicios. Pero, evidentemente, los propios programas y servicios pueden también ser sometidos a evaluación aunque esto requiere estrategias de análisis y metodologías diferentes a las que expondremos en este capítulo².

Una primera cuestión central que moldea todo el espíritu y las estrategias de la evaluación es el concepto subyacente de lo que se considere «trastorno mental crónico». Este es un elemento que aún hoy es clave para comprender los límites del terreno en el que se puede enmarcar un proceso de evaluación. La elección de esos términos no es inocua ni inocente. ¿Se trata de trastornos o de enfermedades? ¿Por qué necesaria y axiomáticamente «crónicas»? Por ejemplo, el debate sobre si las denominadas esquizofrenias son o no una *enfermedad* está aún hoy, cien años después de Kraepelin y Bleuler, abierto y sometido a una disputa entre defensores³ y detractores^{4, 5}. Esta discusión no es en modo alguno irrelevante pues el paradigma de «enfermedad mental», en sí mismo, típicamente tiende a poner el peso de la evaluación en síntomas y signos (psicopatológico, neuropsicológico, neurológico, fisiológico, etc.). De hecho, la evaluación clínica ha estado sometida a esta mirada más medicalizada durante décadas y probablemente la mayoría de los instrumentos disponibles se han orientado en esta dirección.

La idea de la *cronicidad* es otro concepto subyacente que necesita una cierta reflexión^{6, 7}. Sin duda la visión kraepeliniana de la evolución de la demencia precoz fue profundamente pesimista, por diversas razones y avatares de la propia biografía del autor⁸, y ha influido en la mirada de los clínicos e investigadores durante décadas. Para Kraepelin, la

demencia precoz evoluciona *necesariamente* hacia la cronicidad y el deterioro. Resulta curioso que esta ominosa perspectiva se haya impuesto de algún modo cuando se resalta la cronicidad de un trastorno en la actual denominación de muchos Servicios asistenciales psiquiátricos y rehabilitadores de nuestro país. Sin embargo, los datos sobre la evolución de la esquizofrenia, en concreto, no son tan negativos⁹. Incluso en este tipo de problemas las estadísticas indican que la *recuperación* es también un posible resultado para algunas personas afectadas (ver Tabla 1) y, de hecho, como propondremos más adelante, este horizonte de recuperación debería permeabilizar la filosofía de la rehabilitación. Como críticamente mantenía Ciompi¹⁰:

«No hay tal cosa como un curso de la esquizofrenia. Indudablemente, el potencial para la mejora ha sido groseramente infraestimado durante mucho tiempo. Lo que se llama 'el curso de la esquizofrenia' se asemeja más estrechamente a un proceso vital abierto a una gran diversidad de influencias de todo tipo que a una enfermedad con un curso dado» (p. 480).

TABLA 1. Porcentajes de recuperación de pacientes diagnosticados de esquizofrenia en dos clásicos estudios longitudinales a largo plazo. (Citado en Read et al., 2004)

| | Grave | Moderado | Ligero | Recuperado |
|--|-------|----------|--------|------------|
| Clínica Burgholzi – Manfred Bleuler (1972). Seguimiento de 20 años | 15 | 17 | 38 | 30 |
| Luc Ciompi (1980). Seguimiento de 37 años | 20 | 26 | 22 | 30 |

1. La encrucijada actual de la evaluación

1.1. Del síntoma a la discapacidad

El modelo de síntomas y signos ha dominado claramente la escena en las últimas décadas pero, esté o no desenfocado como punto de partida, finalmente resulta insuficiente. El caso de las esquizofrenias no es excepcional. En problemas como la depresión, por ejemplo, el modelo médico ha penetrado tanto en nuestra mentalidad clínica e investigadora que la eficacia de prácticamente

* Este trabajo ha sido posible, en parte, gracias a una financiación del Ministerio de Ciencia y Tecnología (SEJ2006-02682) y (SEJ2006-14514).

todas las intervenciones se contrasta comprobando casi exclusivamente en si ha habido una determinada reducción de puntuaciones en escalas de síntomas¹¹. Esta aproximación es insuficiente al menos por dos razones. En primer lugar, el criterio de mejoría es raquíctico (una reducción de un 50% de los síntomas sobre la línea base suele bastar para avalar que un tratamiento «funciona») cuando, en realidad, se debería ser mucho más exigente y requerir no sólo ausencia de síntomas sino, sobre todo, ausencia de recaídas y recurrencias. Esta idea se acerca más, sin duda a un criterio de *recuperación* como horizonte deseable y ya exigible de cualquier intervención eficaz en depresión¹². En segundo lugar, y aún más importante, se requiere saber qué problemas de funcionamiento puede tener un paciente depresivo pues, relativamente independiente de la gravedad de los síntomas, su funcionamiento social, emocional y laboral puede estar seriamente comprometido¹¹. Los problemas mentales ocupan un lugar destacado entre las condiciones y trastornos causantes de discapacidad. En términos de los años de vida que una persona puede vivir plenamente, la esquizofrenia supone un coste muy elevado en el grupo de edad entre los 15 y 44 años¹³ – ver Tabla 2.

TABLA 2. Principales causas de discapacidad en el mundo (años de vida ajustados por la discapacidad ocasionada por el trastorno), para el grupo edad de los 15 a los 44 años (Murray y López, 1996)

| TRASTORNO O CONDICIÓN | Orden por grado de discapacidad |
|--------------------------|---------------------------------|
| Depresión mayor unipolar | 1 |
| Tuberculosis | 2 |
| Accidentes de tráfico | 3 |
| Consumo de alcohol | 4 |
| Daños autoprovocados | 5 |
| Trastorno bipolar | 6 |
| Guerra | 7 |
| Violencia | 8 |
| Esquizofrenia | 9 |
| Anemia ferropénica | 10 |

Como ya hemos expuesto más detalladamente en otro lugar¹⁴, en nuestra opinión los propios principios epistemológicos que guían la denominada rehabilitación psiquiátrica (RP) han contribuido eficazmente a esta nueva mirada que pone énfasis en el funcionamiento de la gente con problemas. Las definiciones de RP han enfatizado, prácticamente desde siempre, la necesidad de centrarse en el funcionamiento y el intento de (re)construir capacidades:

«...restaurar a una persona con discapacidades, si no al nivel de funcionamiento y posición social que tenía antes del comienzo de la enfermedad, por lo menos a una situación en la que pueda hacer un mejor uso de sus capacidades residuales dentro de su contexto social»¹⁵;
«El objetivo de la rehabilitación es el logro de la completa ciudadanía de los usuarios: política, jurídica, civil y económica»¹⁶.

El énfasis de la rehabilitación psicosocial en el funcionamiento cotidiano es fundamental no sólo para seleccionar instrumentos de medida de resultados sino, lo que es más importante, para orientar las propias intervenciones. En el caso concreto de las esquizofrenias, hay abundantes datos que demuestran que, frente al criterio kraepeliniano de que el diagnóstico debería informar fielmente de la evolución de un cuadro, en realidad la etiqueta psiquiátrica informa peor sobre la evolución del trastorno y el resultado final que, por ejemplo, el uso de dimensiones como las conocidas dimensiones de síntomas positivos vs. síntomas negativos¹⁷.

1.2. Nuevos retos: del síntoma a la recuperación

La recuperación como objeto de estudio es relativamente nueva en el área de los denominados trastornos mentales graves. La mera idea de que puede haber posibilidades de recuperarse de una enfermedad ya etiquetada como «crónica» parece ser una contradicción de términos y, en cualquier caso, lo que puede significar la recuperación en sí mismo es una cuestión complicada. (En este capítulo, en consecuencia, no emplearemos el término de «enfermedad mental crónica» sino de «trastorno mental grave»).

No obstante, los avances tanto farmacológicos como psicosociales nos permiten, hoy en día, hablar de recuperación como meta¹⁸. El concepto de recuperación es un constructo complejo que implica un aumento de funcionamiento psicosocial y apoyo recibido, una disminución de las fuentes de estrés, una mejora del funcionamiento deficiente, así como el poner freno al deterioro de la calidad de vida incorporando completamente los recursos disponibles¹⁹. Recuperarse no quiere decir que el trastorno mental haya desaparecido, ni que el funcionamiento se haya restablecido plenamente. La recuperación es hasta cierto punto inconmesurable en la medida que es un proceso único y personal que implica cambios de actitudes, valores, sensaciones, objetivos, habilidades y roles. Recuperar la salud mental es mucho más que recobrar de la enfermedad, conlleva la recuperación del estigma, de la falta de recursos, de las contrariedades de la vida e incluso de la pobreza y otras dificultades, de la desesperanza asociada a múltiples fracasos, etc.¹⁹. Asimismo, implica también superar el trauma inherente a sufrir un trastorno mental grave o recibir tratamiento psiquiátrico.

El estado de la investigación en ese tema se ha desarrollado según varias líneas distintas, con diferentes aportaciones en la evaluación e intervención de estos problemas. Esas líneas incluyen estudios subjetivos, principalmente realizados por personas «recuperadas», estudios de los valores básicos y filosofía de administración e implementación de servicios orientados hacia la recuperación, estudios de definiciones operativas del concepto de la recuperación y de los factores que lo influyen, y estudios que abarcan la definición de las «fases» de la recuperación. Pasemos a revisar dichas líneas.

a. Estudios subjetivos: La voz de los pacientes

Los estudios subjetivos parecen insistir en que la recuperación es más bien una *actitud*, tal y como refleja Anthony¹⁹:

«Una persona con una enfermedad mental puede recuperarse aunque la enfermedad no esté curada... [La recuperación] es una manera de vivir una vida productiva, esperanzadora y satisfactoria a pesar de las limitaciones impuestas por la enfermedad. La recuperación tiene que ver con la creación de nuevos significados y sentidos de la vida a la vez que la persona crece más allá de los efectos de la enfermedad mental».

Estas vivencias subjetivas son de un valor extraordinario, ya que definen aspectos fundamentales de las dificultades habituales con las que se topa el clínico. Ejemplos claros pueden ser la experiencia fenomenológica del propio síntoma o la estigmatización y exclusión social, pero también, y quizá más importante aún, el rechazo a vivir tomando fármacos de forma continuada²⁰, así como, la indefensión aprendida asociada con los procesos de cronicación implícitos en el camino de la locura²¹. La psiquiatría más tradicional, que enfatiza el biologicismo y da poco valor a la escucha empática, podría vislumbrar en estos trabajos un cierto tono anti-psiquiátrico. Desde esta perspectiva centrada en la persona se tiende a valorar aspectos más bien propios de la psicoterapia, como es la alianza terapéutica y la colaboración en el establecimiento de metas y métodos de trabajo psicoterapéutico. Las implicaciones de este cambio de actitud son variadas y tremendamente importantes para aquellos que planifican y administran tratamientos a personas con trastornos mentales graves. Lo que expresa esta línea de trabajo es una actitud básica de trabajo en colaboración, en el sentido más amplio de la palabra, exigido directamente por las personas que padecen el trastorno en cuestión. Esa actitud requiere tratar a los usuarios de servicios de rehabilitación como personas, respetando sus valores, deseos y contextos y apoyándoles a lo largo de un viaje de descubrimiento de sus propias capacidades. En este contexto, lo que indica «mejora» en la recuperación es sumamente subjetivo e individualizado, e implica una colaboración radical con el paciente. Hemos de atender a este discurso, en definitiva, si queremos hacer un trabajo realmente rehabilitador.

b. Valores y recuperación

El estudio de pacientes recuperados nos ayuda a identificar los valores inherentes al tratamiento durante el proceso de la recuperación. En relación a los valores básicos de un proceso recuperación, Farkas, y cols.²² han identificado cuatro principios claves:

1) *Orientación hacia la persona*. Mostrar interés en la persona, que es mucho más de lo que se pueda entrever en el limitado papel de enfermo y está asociado con una actitud más positiva del paciente hacia el servicio²³⁻²⁴, lo que tiene unas consecuencias claras en los resultados clínicos y la sensación subjetiva de bienestar.

2) *Participación personal*. Se ha demostrado que los resultados en el proceso de rehabilitación son mejores cuando se le da la oportunidad al paciente de involucrarse activamente en la planificación e implementación del programa²⁵⁻²⁶.

3) *Autodeterminación y posibilidad de elección*. Está claro que las estrategias coercitivas son perjudiciales en el pro-

ceso de recuperación de la persona con trastorno mental grave, pues no permiten el desarrollo de autonomía y determinación, y además generan sentimientos de hostilidad y resentimiento. Por el contrario, los resultados de los programas de rehabilitación son más positivos cuando se le da al paciente la posibilidad de elegir y se fomenta su auto-determinación^{27, 28}.

4) *Potencial para crecer*. La esperanza es un ingrediente esencial para todo tipo de crecimiento, también para la recuperación de un trastorno mental grave. El concepto de esperanza en el proceso de recuperación de un trastorno mental implica que las medidas de evaluación estén orientadas hacia el crecimiento, permitiendo así que el servicio y sus participantes reconozcan y validen el progreso y la mejoría²².

Sea el tipo de evaluación y tratamiento que sea, un servicio de rehabilitación que quiera promover la recuperación debe estar organizado alrededor del usuario, implicándole activamente en su proceso individual, respetando sus deseos y su derecho a elegir y alimentando sus posibilidades para crecer como persona. Esta filosofía debe reflejarse en todos los niveles del servicio (desde los objetivos del servicio hasta la evaluación y tratamiento) y en cada miembro del equipo rehabilitador.

c. Criterios operativos de la recuperación

La rehabilitación psicosocial podría verse como la defensora de la recuperación frente a otras posiciones más convencionales, pues es un servicio específico que implica un tratamiento integral y el entrenamiento en habilidades y apoyo social y funcional con objetivos específicos como pueden ser la reinserción laboral, el establecimiento de una red social, el mejor manejo de los síntomas del trastorno o la autonomía en las actividades de la vida diaria. En este sentido la rehabilitación psicosocial, puede suponer una aproximación transgresora de lo que han sido muchos de los principios establecidos en las terapias psiquiátricas y psicológicas durante décadas¹⁴.

En este sentido, por ejemplo, los conocidos criterios operativos para la recuperación propuestos Liberman y cols.²⁹, – remisión de síntomas, funcionamiento vocacional, vivir de forma independiente y relaciones sociales con iguales – son solamente meros objetivos clínicos que no implican necesariamente una filosofía de recuperación. Es decir que la orientación hacia la recuperación no es algo inherente a los dispositivos de rehabilitación, sino que es una particular filosofía y modo de trabajo de los rehabilitadores lo que ha de cultivarse activamente. Un servicio de rehabilitación no implica automáticamente una filosofía que promueva la recuperación, y es posible que muchos servicios ya existentes fallen gravemente en este aspecto. Por ejemplo, dispositivos organizados alrededor de los profesionales y de *sus* propias habilidades y necesidades, crean ámbitos clínicos artificiales que mantienen a los usuarios ocupados y protegidos (por no decir excluidos) sin que aprendan o crezcan realmente. Estos posicionamientos artificiales tienden a mermar el sentido de esperanza o auto-eficacia del usuario, y claramente no le ayudan a vivir más allá de su trastorno³⁰.

En muchos servicios la rehabilitación trata de responder al reto de la recuperación incluyendo como objetivo

parámetros de calidad de vida. Sin embargo, la recuperación requiere mucho más de los profesionales de los servicios de rehabilitación. De hecho, como señalamos en la Tabla 3, existen factores premórbidos y comórbidos que determinan las posibilidades de éxito de la recuperación. Algunos de estos factores pueden ser el tiempo entre el primer brote y el inicio del tratamiento farmacológico, el nivel de funcionamiento anterior a la enfermedad, la presencia de síntomas negativos en el cuadro clínico inicial o la respuesta favorable al tratamiento con neurolépticos²⁹. Otros factores determinantes son modificables en el momento actual, como puede ser la adherencia al tratamiento farmacológico, el acceso a recursos continuos y coordinados de servicios de salud mental o de rehabilitación psicosocial, la buena alianza terapéutica, la ausencia de consumo de tóxicos, la conservación del funcionamiento neurocognitivo, sentimientos de esperanza (expectativas positivas de recuperación), auto-eficacia y auto-estima, la ausencia de una marcada desventaja social, la toma de responsabilidad ante las dificultades o el apoyo familiar^{29,30,31,32}. Igualmente podríamos también incluir aquí aspectos habitualmente no explorados en los trastornos mentales graves como es el bienestar psicológico, evaluable en diversos dominios³³.

TABLA 3. Factores antecedentes y actuales y el criterio operacional asociado con la recuperación de un trastorno mental grave

| Factores Antecedentes | Factores Actuales | Criterio Operacional |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Poco tiempo sin tratamiento • Buen nivel de funcionamiento premórbido • Pocos síntomas negativos • Buena respuesta a neurolépticos | <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al tratamiento farmacológico • Acceso a recursos continuos y coordinados • Buena alianza terapéutica • No consumo de tóxicos • Buen funcionamiento neurocognitivo • Esperanza • Auto-eficacia • Auto-estima • Ausencia de desventaja social • Tomar responsabilidad • Apoyo familiar | <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo / Actividad Principal • Relaciones sociales • Autonomía en actividades de la vida diaria • Remisión de síntomas |

d. Fases de la recuperación

Varios investigadores han tratado de definir las fases inherentes en un proceso de recuperación (ver Tabla 4). A lo largo de una década se han ido identificando distintos estadios en el curso del trastorno y de la recuperación, distinguibles por la actitud que adopta la persona frente al trastorno, por el significado dado a este y por su integración en el curso vital de la persona.

En rasgos generales, podríamos resumir cuatro posibles estadios:

TABLA 4. Modelos de fases de la recuperación de un trastorno mental grave. (Adaptado y traducido de Andreasen et al., 2003)

| Fases | Baxter y Diehl (1998) | Young y Ensing (1999) | Pettie y Triolo (1999) | Spaniol et al., (2002) | Andreasen et al., (2003) |
|-------|--|--------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------|
| 1 | Crisis: Recuperación | Iniciar recuperación | ¿Por qué yo? Dar sentido a la enfermedad | Agobiado por la enfermedad | Moratoria |
| 2 | Decisión: Reconstruir la independencia | Reponder y salir para adelante | Y ahora, ¿qué? Reconstruir la identidad | Luchar contra la enfermedad | Reconocimiento |
| 3 | Despertar: Construir interdependencia sana | Mejorar la calidad de vida | | Vivir con la enfermedad | Preparación |
| 4 | | | | | Reconstrucción |
| 5 | | | | | Crecimiento |

1) Un estadio inicial de desmoronamiento de la persona, en la que los procesos de recuperación están escasamente presentes, ya que la persona suele sentirse desesperada e incapaz de afrontar a los cambios vitales asociados con el inicio del trastorno, como pueden ser la vivencia de síntomas, el inicio de un tratamiento – tanto las intervenciones farmacológicas como los ingresos– así como la pérdida de roles sociales y vocacionales. No extraña este desmoronamiento pues la irrupción de la psicosis se ha asociado con ansiedad intensa³⁴, con sensación de indefensión³⁵, de desintegración del *self*³⁶, y de desconexión de los demás³⁷. En la actualidad, el renovado interés por la experiencia subjetiva de la psicosis ha hecho patente la terrible angustia y horror que sufre el individuo ante su trastorno, así como la rabia y ambivalencia que experimenta ante las intervenciones de salud mental iniciales –frecuentemente forzosas–³⁸.

2) Una segunda fase caracterizada por la lucha activa contra las dificultades producidas por el trastorno, en la cual se va definiendo paulatinamente la responsabilidad personal que se asume y la implicación de la persona en su proceso de recuperación. Simultáneamente, coexiste una cierta sensación de comprensible indignación ante una enfermedad que se considera «injusta», dándole habitualmente una connotación negativa. Según algunos autores³⁹, la depresión post-psicótica es una fase en el proceso de recuperación de la psicosis que representa una disminución de la negación psicótica previa. Sin las estrategias defensivas de negación, el paciente tiene que hacer frente a recuerdos de sí mismo perdiendo la razón. También han sugerido⁴⁰ que existe un continuo de estilos de recuperación que van desde *la integración* (ej.: dispuesto a hablar del tema y aprender de lo que paso) al *sealing over* (ej.: cerrado en banda, «cuanto menos diga sobre lo que pasó, mejor»). El estilo de recuperación –un continuo desde la *integración* al *sealing over*– es una variable crucial, pues si bien es independiente a la conciencia de enfermedad, es capaz de pre-

decir la medida en la que el usuario participa activamente en los servicios de salud mental⁴¹.

3) Una tercera fase se puede caracterizar por el restablecimiento de roles y funciones, aunque sean distintos de los roles y funciones anteriores al comienzo del trastorno y puede que no se acerquen al nivel de funcionamiento premórbido. El trastorno como adversario, se convierte en un serio impedimento y la vida ha de rehacerse en términos de las limitaciones que suponen las dificultades refractarias al cambio. En el peor de los casos, la persona puede llegar progresivamente a organizar su conducta e identidad sobre la base del papel de enfermo, lo que se ha denominado *role-engulfement* (engullido por su papel)⁴². Lally^{43,44} enfatiza cómo el proceso de *role-engulfement* implica aspectos subjetivos e intra-psíquicos que conducen al individuo a definirse como «enfermo mental», y pueden ser perjudiciales y autoestigmatizantes. El papel de enfermo excluye actividades consideradas fuera de este ámbito, mientras que el trastorno se convierte en el principal referente que el individuo utiliza para autoevaluarse.

4) Una fase final hace hincapié en el crecimiento personal más allá del impacto del trastorno, donde las vivencias acumuladas se incorporan plenamente y se les da significado en el proyecto vital. En este sentido, los nuevos modelos de crecimiento post-traumático⁴⁵ pueden ser perfectamente pertinentes para describir este proceso de beneficios que a veces pueden derivarse de atravesar dificultades vitales importantes.

Es evidente, observando la Tabla 4, que no todos los investigadores de las posibles fases de la recuperación están de acuerdo en la existencia de estas cuatro etapas, ni en los contenidos que se atribuyen a cada una. Sin embargo, se puede apreciar una cierta similitud y continuidad en las secuencias que hemos resumido en dicha tabla.

2. Planificación de la evaluación

Evaluar no consiste sólo en obtener indicadores de funcionamiento. Como hemos señalado en otro lugar², la elección de instrumentos, pero también el propio foco y filosofía de la evaluación, pueden depender de varias cuestiones previas que afectan incluso a cómo se organiza un servicio de rehabilitación²². Hay diversos parámetros que explícitamente o no determinan el proceso de la evaluación:

1. *Para quién se evalúa.* El foco de análisis puede diferir radicalmente en función de quién demande la evaluación. Por ejemplo, las necesidades de los gestores pueden ser muy diferentes a las de los usuarios de un servicio o de los profesionales que trabajan en los centros. Además, la necesidad de la evaluación casi nunca surge de quienes dispensan los servicios sino de terceras partes (consumidores, políticos, etc.) quienes de algún modo reclaman servicios eficaces y eficientes⁴⁶. Así pues, la demanda de la evaluación siempre determina un determinado sesgo u opción que es necesario tener que examinar críticamente.

2. *En quién se evalúa.* En el ámbito de la salud mental éste es un parámetro importante. Mientras que en los pro-

blemas de salud física se suelen manejar los criterios de mejoría determinados por los profesionales y, más en segundo lugar, los del paciente, en los problemas de salud mental se hace aún más necesaria la evaluación múltiple contando con los puntos de vista de profesionales, pacientes, observadores, y familiares pues no son siempre coincidentes. Por ejemplo, el rendimiento cognitivo y su mejora tras un proceso de rehabilitación puede ser valorado de modo diferente por los profesionales y por los pacientes⁴⁷, lo que puede crear desacuerdos y retos terapéuticos sobre las prioridades de intervención.

3. *Qué se evalúa.* Se pueden evaluar desde usuarios y participantes hasta los propios servicios. En la valoración de la eficacia de los servicios asistenciales la unidad final de evaluación no es el individuo sino el programa. Naturalmente que los resultados de cada sujeto son importantes y valorables en la evaluación de un programa pero esto es sólo una parte del conjunto global de la evaluación. Si nos centramos en el área de qué se evalúa en un programa de salud mental, se pueden distinguir cuatro niveles de evaluación⁴⁸:

a. *Gestión de recursos.* Se centra en aquellos aspectos que tienen que ver con la dinámica del funcionamiento interno y la adecuación entre planes y objetivos del servicio (ej.: análisis de la organización interna del servicio, asignación de recursos, análisis de los objetivos explícitos e implícitos del programa, sistema de funcionamiento del equipo, análisis de tiempos/tarea, etc.).

b. *Utilización de servicios.* Análisis de las pautas de uso, análisis de demandas del servicio, frecuentación de los usuarios, patrones de asignación de los pacientes a cada programa, recogida de datos de los pacientes, análisis de abandonos, etc.

c. *Resultados (outcomes) de las intervenciones.* Se analiza la eficacia y eficiencia de las intervenciones sobre el usuario pero también, si se desea, sobre otros agentes (familia, funcionamiento de otros servicios). La estrategia fundamental, aunque no la única, es analizar longitudinalmente los cambios habidos en el usuario desde el principio hasta el final del programa en dominios diversos y con instrumentos sensibles y válidos.

d. *Impacto del programa en la comunidad.* Este es un aspecto normalmente ignorado en muchas evaluaciones pues es el que posiblemente se aleja más de la mentalidad clínica y se aproxima más a una vertiente comunitaria: «el impacto sobre la comunidad va a venir dado por la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios, la aceptabilidad de los programas propuestos, su efectividad y su capacidad para satisfacer las expectativas del paciente, de su familia y del grupo social...» (46, p. 95). También se sitúa en este nivel el análisis del impacto del programa sobre la educación sanitaria, la prevención, y los beneficios directos e indirectos generados (ej.: costes de productividad, medicamentos, servicios sociales, criminalidad, etc.).

4. *Cómo se evalúa.* Aunque es exigible una aproximación cada vez más rigurosa en la evaluación de las intervenciones y, como señalaremos al final del capítulo, basada en evidencias, la evaluación de programas en salud

mental raramente permite efectuar diseños experimentales con un elevado grado de control^{49,50}. Además, la opción de cómo se evalúa —por ejemplo, utilizando métodos cuantitativos, cualitativos, o ambos— puede marcar el tipo de datos que se obtengan y, finalmente, su utilidad.

5. *Para qué se evalúa.* Dependiendo de quién promueva la evaluación (los propios profesionales, los gestores, etc.), la finalidad suele variar. La evaluación puede tener un aspecto meramente informativo o una finalidad de cambio y transformación del programa.

3. Dominios de una evaluación integral

Los trastornos que son objeto de rehabilitación son habitualmente problemas de salud mental muy complejos, para los cuales la evaluación y la planificación de tratamiento han de cubrir un amplio rango de áreas. Además, si la recuperación es tanto el objetivo explícito como el implícito de un programa de intervención, se añade complejidad al proceso evaluador.

La evaluación de la recuperación en salud mental no se puede entender desde un enfoque categorial sino dimensional, que tenga en cuenta el amplio rango de resultados relevantes por su naturaleza heterogénea, así como la duración de estos resultados por su naturaleza episódica y distintas fuentes de información por la habitual discrepancia en relación a lo que representa el trastorno entre profesionales y afectados. Para Liberman y cols.⁵¹, uno de los criterios claves de la evaluación de la recuperación implica el operativizar el curso cambiante de los síntomas, así como la inclusión de distintas dimensiones de funcionamiento psicosocial. La evaluación aislada, ya sea de la sintomatología presente como del funcionamiento psicosocial, resulta insuficiente y parcial, tanto para el entendimiento teórico del fenómeno como para la planificación del tratamiento. Los síntomas y el funcionamiento psicosocial son dos entidades fenomenológicas que aunque distintas tienden a interactuar, pues el funcionamiento psicosocial afecta la sintomatología y la sintomatología interfiere con un funcionamiento adecuado. Por ejemplo, se ha encontrado que los sujetos con esquizofrenia que tienen un peor funcionamiento social y ocupacional tienen más recaídas y peor pronóstico⁵². La presencia de síntomas no sólo determina el tipo y dosis de tratamiento farmacológico sino que afecta importantes áreas del funcionamiento, como el rendimiento laboral e interpersonal, la capacidad para participar en tratamientos psicosociales e incluso las habilidades básicas para una vida independiente¹⁸. Además, no son fenómenos excluyentes, pues aunque desaparezcan los síntomas el funcionamiento cotidiano puede mantenerse alterado⁵³, e incluso puede darse la circunstancia de un funcionamiento psicosocial manifiestamente adecuado sin que esto implique la ausencia de síntomas.

Parte del problema conceptual de los actuales sistemas diagnósticos como el DSM-IV es que combinan criterios de síntomas y de funcionamiento para efectuar un diagnóstico y esta confusión también sucede con los instrumentos que, como el GAF (incomprensiblemente denominado EAAG en la versión española), se proponen dentro del DSM para valorar el funcionamiento⁵⁴.

La selección de los elementos necesarios para garantizar el éxito de los programas de rehabilitación depende de una

minuciosa evaluación de la naturaleza de los problemas de salud mental, de los puntos fuertes y débiles personales, así como de las circunstancias del entorno¹⁸. Obviamente, la evaluación de una intervención dada no se circunscribe sólo al ámbito del funcionamiento clínico (signos y síntomas), para lo que ya disponemos de una importante cantidad de estrategias e instrumentos de medida^{55,56,57}. El concepto moderno de salud asume que el foco no es sólo el síntoma sino también el funcionamiento cotidiano del paciente en la comunidad. Esta aproximación es crucial en el ámbito de la salud mental puesto que constituye el pilar conceptual de las actuales reformas psiquiátricas. En este contexto, una evaluación múltiple y amplia parece una exigencia dado que, además, la propia reforma psiquiátrica se basó en la idea de que la intervención comunitaria era más efectiva que otros tipos de intervenciones.

3.1. Psicopatología

a) Diagnóstico categorial

A pesar del rechazo de las clasificaciones psiquiátricas clásicas por sus problemas de validez y fiabilidad, y que hoy en día haya ido ganando aceptación la evaluación centrada en los síntomas y funcionamiento desde un paradigma dimensional⁵⁸, podemos todavía utilizar diagnósticos categoriales del trastorno fundamentalmente por motivos de investigación o administrativos. Existen entrevistas diagnósticas estructuradas que, como el *Diagnostic Interview Schedule-DIS*⁵⁹, la *Structured Clinical Interview for DSM-IV-SCID*⁶⁰, o la *Composite Internacional Diagnostic Interview—CIDI* se emplean en la clínica y proporcionan diagnósticos DSM-IV y CIE-10 (ver ⁶¹).

b) Evaluación dimensional de síntomas psicóticos

La evaluación de los síntomas positivos es importante pues estos síntomas son capaces de predecir recaídas y rehospitalizaciones⁶². Los síntomas positivos, sin embargo, no son buenos predictores de funcionamiento adaptativo^{62,63}. Por otro lado, los síntomas negativos suelen ser persistentes y afectan la capacidad del individuo para relacionarse y vivir de forma independiente⁶⁴. Los instrumentos más utilizados son el *Brief Psychiatric Rating Scale*^{65,66}, la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*⁶⁷, la *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*⁶⁸ y la *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*⁶⁹. Todas estas escalas son entrevistas semi-estructuradas que requieren que se establezca una relación de confianza con el paciente. Todas ellas, además, para soslayar la habitual negación de síntomas incluyen datos observados por el propio entrevistador, y la posibilidad de recoger datos de las historias clínicas u otros profesionales de la salud¹⁸. También disponemos de escalas estudian dimensionalmente el delirio o la alucinación, las más conocidas son el PSYRATS o el MADS. Aunque con frecuencia no se han estudiado las características psicométricas de las medidas multidimensionales de los síntomas psicóticos existen algunas excepciones. Por ejemplo, el *Psychotic Symptom Rating Scales-PSYRATS* tiene una buena fiabilidad y validez tanto con población crónica

como con primeros brotes⁷⁰. El PSYRATS⁷¹ es una entrevista semi-estructurada que fue diseñada para evaluar las características subjetivas de las alucinaciones y los delirios. La sub-escala de alucinación tiene 11 ítems; para la frecuencia, la duración, la controlabilidad percibida, la intensidad del volumen, la localización, la gravedad e intensidad del malestar asociado y la cantidad y grado de contenido negativo, creencias sobre el origen de las voces y grado de interferencia que producen. La sub-escala de delirio tiene 6 ítems; duración y frecuencia de la preocupación, intensidad de la convicción, cantidad e intensidad del malestar asociado y grado de la interferencia que producen.

c) Depresión y Ansiedad

Se ha identificado que las personas con esquizofrenia sufren con mucha frecuencia anhedonia y altos niveles de afecto negativo, especialmente depresión, ansiedad y sentimientos de hostilidad⁷². El aislamiento y fobia social característicos en la esquizofrenia parecen estar asociados con la falta de afecto positivo y anhedonia¹⁸, aunque también podría ser que su anhedonia les hace menos proclives a buscar y mantener una vida social activa⁷³. De cualquier forma, es muy relevante que se tenga en cuenta en la formulación del caso el estado de ánimo y el grado de ansiedad, pues está claramente demostrado que la presencia de afecto negativo está asociado con un peor curso clínico en la esquizofrenia⁷³.

La incapacidad para experimentar sensaciones placenteras, la anhedonia, se considera una de las características centrales de la esquizofrenia y está asociada a su discapacidad funcional⁷³. Se ha argumentado que estos pacientes tienen intacta su capacidad de experimentar emociones placenteras, pero una memoria defectuosa de la experiencia subjetiva de esas emociones⁷⁴. De cualquier forma, la SANS⁶⁷ ofrece una manera rápida y fiable de determinar la presencia de anhedonia a través de una sub-escala que mide anhedonia-ausencia de sociabilidad rasgo.

Aunque existen una plétora de instrumentos que se pueden usar para valorar el estado de ánimo y la ansiedad (véanse revisiones en 2, 11), sobresalen dos muy conocidos, fáciles de administrar, puntuar e interpretar; el *Beck Depression Inventory II-BDI II*⁷⁵ y el *Beck Anxiety Inventory*⁷⁶. Estos instrumentos tienen la ventaja adicional que están validados empíricamente en español y que se pueden administrar en repetidas ocasiones para monitorizar estos síntomas a través del tiempo. Es también destacable el *Calgary*⁷⁷, una escala aplicada por el profesional en una entrevista semi-estructurada, diseñada específicamente para poblaciones psicóticas para diferenciar entre síntomas de depresión propiamente dichos y síntomas negativos. La escala ha mostrado su validez respecto a medidas autoaplicadas estándar de depresión, y una buena especificidad pues rastrea síntomas de la depresión sin que se solape con síntomas negativos o extra-piramidales⁷⁸.

d) Estrés postraumático

La psicosis y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) no son entidades tan distintas ni separadas como se consideraba tradicionalmente, sino que con frecuencia con-

fluyen y se solapan. Muchas investigaciones nos indican que la prevalencia vital de TEPT en pacientes mentales graves es muy superior a la de la población general^{79, 80}. Algunos autores concluyen que algunas personas con sintomatología psicótica desarrollan TEPT como resultado de la propia experiencia psicótica^{81,82}. Por otro lado, parece existir evidencia empírica que señala la existencia de un subtipo TEPT con síntomas psicóticos⁸³ y un subtipo de esquizofrenia con predominio de síntomas asociados con el trauma⁸⁴. Por otro lado, también se ha planteado, que tanto la psicosis como el TEPT, representan un continuo de respuestas del individuo sometido a un evento traumático⁸⁵.

De todas formas, el ser capaz de detectar los posibles síntomas de TEPT es esencial en el tratamiento de los trastornos mentales graves, porque estos síntomas pueden propiciar recaídas⁸⁶ y la presencia de trauma interpersonal puede hacer al paciente altamente susceptible y sensible a nivel interpersonal. Existen una serie de instrumentos estandarizados que miden el grado de exposición a eventos traumáticos y la presencia de síntomas TEPT. Por ejemplo, el *Trauma History Questionnaire*⁸⁷ se puede usar para evaluar la exposición a eventos traumáticos en la infancia y en la edad adulta y para identificar que eventos continúan causando malestar. Así como el *PTSD Checklist*⁸⁸ es una autoinforme que requiere que el sujeto juzgue el grado en el que experimenta cada uno de los 17 síntomas TEPT identificados en el DSM IV en relación con un evento traumático predeterminado. Por último, la *Clinician Administered PTSD Scale*⁸⁹, una entrevista semi-estructurada basada en los criterios del DSM IV, se puede usar para confirmar un diagnóstico de TEPT.

e) Abuso de sustancias

Estudios a gran escala han generado datos empíricos que avalan que la prevalencia vital de trastornos de abuso de sustancias en personas con esquizofrenia es sustancialmente más alta que en la población general⁹⁰. El abuso de sustancias, se tenga un trastorno mental grave o no, es un problema persistente en el tiempo. En particular las personas con trastornos mentales graves tienen una exacerbada sensibilidad ante los efectos psicoactivos de las sustancias, tienen menos capacidad de tener un consumo controlado, tienden a tener más factores de vulnerabilidad para un potencial abuso y una mayor probabilidad de sufrir sus consecuencias adversas⁹¹. A pesar de la gran importancia de identificar y tratar el abuso de sustancias, con frecuencia pasa desapercibido⁹¹. Una evaluación detallada debe incluir la valoración del uso de sustancias tanto actual como pasado, y disponemos de instrumentos que se han desarrollado para el colectivo de personas con trastornos mentales graves. Por ejemplo, la *Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument*⁹², una escala administrada por el entrevistador en 6 minutos aproximadamente, fue diseñada para utilizarse como instrumento de cribado para detectar trastornos de abuso de sustancias en personas con trastornos mentales graves, e identifica la pauta de abuso, la pérdida de control, la dependencia fisiológica y el malestar subjetivo. También se utiliza frecuentemente para el cribado de alcoholismo el *CAGE* que tiene como ventaja su rápida administración e interpretación, y sólo consta de cuatro ítems⁹³.

Aunque la persona niegue el abuso de sustancias, no se debe descartar por completo especialmente en jóvenes varones y solteros con nivel educativo bajo, ya que estos suelen tener los índices más altos de comorbilidad⁹⁴. Si se requiere una evaluación más especializada se puede usar el *Clinician's Rating Scales for Alcohol Use Disorders y Drug Use Disorder*⁹⁵ o algunos de los módulos de las entrevistas estructuradas diagnósticas que hemos comentado.

3.2. Estado de salud general

Está claro que la salud general representa una necesidad básica que no esta automáticamente satisfecha en el colectivo de las personas con trastornos mentales graves, y puede claramente afectar la salud mental, así como a su funcionamiento psicosocial. El estado de salud general se ha incluido recientemente como dimensión relevante permitiendo así una valoración del impacto de las intervenciones en la salud global del sujeto¹. Se pueden utilizar escalas como la *Medical Outcome Study Short Form 36-SF 36*⁹⁶ que evalúa desde el funcionamiento físico hasta las limitaciones producidas por problemas físicos, o la *Quality of Well Being Scale*⁹⁷.

3.3. Funcionamiento cognitivo

Aunque no todos los pacientes psiquiátricos sufren deterioro cognitivo, las alteraciones cognitivas son frecuentes en los pacientes con trastornos mentales graves y tienden a ser estables en el tiempo. La capacidad de atender, procesar y recuperar información es esencial para un funcionamiento psicosocial adecuado y para poder vivir de forma autónoma⁹⁸. Además, estas alteraciones limitan la adquisición de nuevas capacidades en el proceso de recuperación⁹⁹ y su correcta evaluación puede permitir hacer ajustes en la planificación de tratamiento para propiciar un mejor funcionamiento¹⁰⁰. Wykes et al.¹⁰¹, defienden una evaluación minuciosa de las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia, pues suelen estar presentes antes de la aparición del trastorno y tienen un importante valor predictivo del funcionamiento tanto actual como futuro. Estos autores plantean que la evaluación neurocognitiva tradicional se ha centrado en la evaluación de las deficiencias con una insuficiente validez discriminativa¹⁰¹ y es necesario el uso de pruebas más sólidas y científicamente comprobadas.

En general, las alteraciones que se han documentado en la esquizofrenia con más frecuencia son déficit en las funciones ejecutivas, en la atención, en la memoria, en el aprendizaje, concentración y percepción visual^{98, 102}. La evaluación cognitiva incluye habitualmente la estimación de las alteraciones en^{18,102};

- funcionamiento ejecutivo; como por ejemplo el *Wisconsin Card Sorting Test*^{103,104}, la *Tower of Hanoi*¹⁰⁵, la *Tower of London*¹⁰⁶ o la *Tower of Toronto*¹⁰⁷,
- memoria verbal; como es el caso del *California Verbal Learning test*¹⁰⁸,
- memoria de trabajo; como en el *Digit Span or Letter Number Sequence* subtests del WAIS-III¹⁰⁹,
- atención sostenida; por ejemplo a través del *Continuous Performance Test*¹¹⁰.

3.4. Funcionamiento Psicosocial

Las alteraciones del funcionamiento social (ej.: déficit de habilidades básicas para una vida independiente) o del funcionamiento ocupacional (ej.: habilidades para mantener un empleo) son habituales en los enfermos mentales graves. Estas alteraciones del funcionamiento psicosocial son importantes en sí mismas ya que favorecen una vida plena. Además, tienen un valor pronóstico pues los enfermos mentales graves con peores habilidades sociales y ocupacionales tienden a tener más recaídas y obtienen resultados peores⁵².

De modo general, un instrumento a tener en cuenta es la *Clasificación Internacional del funcionamiento, de Discapacidad y la Salud*, conocida como CIDDM-2 (OMS 2001). La CIDDM-2 es un instrumento relativamente complejo y ambicioso para evaluar las capacidades y el estado de salud de las personas. Define tanto los componentes directos de la salud como algunos componentes del bienestar relacionados con la salud (educación, trabajo, etc.). En este sentido, la CIDDM-2 puede ayudar a proporcionar un perfil útil del funcionamiento, de la capacidad/discapacidad y de la salud del individuo en varias áreas y puede tener una utilidad potencial importante en el ámbito de la rehabilitación^{111,112}. El sistema identifica 3 niveles de funcionamiento: funcionamiento corporal o de órganos corporales, funcionamiento de la persona en su totalidad, y funcionamiento de la persona en su contexto. Estos niveles, a su vez, definen tres aspectos de funcionamiento: funciones y estructuras corporales, actividades y participación. Para su evaluación se emplean tanto indicadores de funcionamiento positivo como funcionamiento negativo.

a. Funcionamiento social y ocupacional

Algunos autores han subrayado algunas áreas relevantes de funcionamiento social en personas con esquizofrenia: capacidad para percibir estímulos sociales, para resolver problemas, para evaluar alternativas en situaciones sociales, para comprender interacciones sociales comunes, para comprender expresiones de afecto, para involucrarse en conversaciones, para mantener relaciones y atender necesidades personales (ej.: hábitos de higiene)¹¹³. Otros han incluido habilidades para manejar el trastorno y para usar de forma adecuada el tiempo libre¹¹⁴. Dado que el rango de conductas que se cubren en esta área de evaluación es tan amplio, se ha sugerido que la evaluación social y ocupacional se debe guiar por una serie de cuestiones clave:

1. Identificar las áreas en el que la disfunción social y ocupacional ocurre (frecuentemente están alteradas las habilidades para conversar, resolver problemas sociales, manejar el dinero, resolver conflictos o la higiene personal);
2. investigar la causa subyacente a áreas de disfunción identificadas (frecuentemente se encuentra que están involucradas déficit cognitivos o de las habilidades sociales básicas, ansiedad social o la falta de refuerzos ambientales);
3. averiguar si existen factores situacionales que pueden afectar el funcionamiento psicosocial (ej.: diferentes pautas de respuestas en distintos ambientes); y

4. obtener información detallada y conductual del funcionamiento social y ocupacional, lo que permitirá una mejor planificación de tratamiento¹¹⁵.

Existen numerosos métodos e instrumentos para obtener información sobre el funcionamiento psicosocial del enfermo que se discutirá a fondo en capítulos posteriores. En general, se recomienda comenzar a recoger información general a través de entrevistas con el propio enfermo y sus allegados, y luego proceder con una evaluación más específica¹¹⁵. La elección del instrumento de evaluación más adecuado depende de las áreas de funcionamiento que tienen una mayor relevancia para el caso, de aspectos prácticos relativos al centro de recepción (ej.: ratio personal por cada paciente), así como del funcionamiento cognitivo y la conciencia de enfermedad del sujeto. Entre los instrumentos disponibles destaca el *Schizophrenia Outcomes Module*¹¹⁶ que ofrece una evaluación multidimensional es de fácil y rápida aplicación y ha sido adaptado a nuestro país¹¹⁷.

b. Sexualidad y planificación familiar

La reforma psiquiátrica ha conseguido que un mayor número de personas con trastornos mentales graves vivan en la comunidad, pero esto ha hecho que surjan nuevos problemas. Por ejemplo, los índices de VIH y embarazos no deseados han crecido exponencialmente¹¹⁸, y además es habitual que este colectivo tenga ideas equivocadas y preocupaciones en relación a su sexualidad. Por esto es recomendable incluir dentro del plan de trabajo una evaluación pormenorizada de la historia sexual y sus prácticas. Una vez que se haya establecido una adecuada alianza terapéutica se deben evaluar cuestiones relacionadas con sexualidad, incluyendo el número y género de las parejas, uso y conocimientos de métodos contraceptivos y valores en relación con la planificación familiar¹⁸.

3.5. Circunstancias ambientales

a. Estabilidad en la vivienda

La institución psiquiátrica ya no es la vivienda habitual de la mayoría de las personas con trastornos mentales graves, pero la desinstitucionalización ha aumentado el número de estas personas que han quedado sin hogar, aunque en el caso de España las cifras no sean tan alarmantes como en otros países¹¹⁹. Una mayor estabilidad en la vivienda correlaciona con tiempos inferiores de hospitalización psiquiátrica¹²⁰. La falta de recursos residenciales adecuados hace que con frecuencia se prolonguen los ingresos psiquiátricos o se produzcan los denominados coloquialmente «ingresos sociales» que resuelven el problema a corto plazo pero fomentan la dependencia del paciente a la institución y no favorecen su desarrollo psicosocial. La estabilidad en la vivienda puede tener asimismo un valor pronóstico ya que elimina el estrés, asociado con la búsqueda de una nueva vivienda y la adaptación a un sitio, lo que puede exacerbar la sintomatología y producir recaídas¹⁸.

b. Entorno Familiar

Dentro de los factores sociales estudiados en relación con los trastornos mentales graves ha destacado la influencia de la familia, ya que constituye un buen predictor individual de recaída en personas con esquizofrenia y puede afectar su funcionamiento adaptativo¹²¹. La forma más sencilla de evaluar el entorno familiar es a través de entrevistas con los familiares más cercanos, aunque también se puede observar la dinámica familiar en sesiones de familia o en visitas a domicilio, o usar instrumentos estandarizados: la *Relatives Assessment Interview* o el *Family Questionnaire* o *Knowledge about Schizophrenia Interview*¹²², el *Information Questionnaire—Relative Version*¹²³, el *Knowledge Questionnaire*¹²⁴ o *Patient Rejection Scales*¹²⁵. Se destacan como aspectos importantes de la evaluación del funcionamiento familiar el grado de estrés, el malestar emocional y carga que experimenta la familia en relación con las conductas, necesidades y síntomas del paciente, así como la presencia de otros estresores adicionales¹⁸. También conviene evaluar el conocimiento, atribuciones, expectativas y creencias de la familia en relación a los trastornos mentales¹²⁶.

Dado que el trastorno mental grave puede afectar significativamente la convivencia con vecinos, familiares y otros miembros de la comunidad conviene evaluar la seguridad pública y bienestar social de su entorno más inmediato. Se podrían usar escalas como el *Cohen-Mansfield Agitation Inventory*¹²⁷, el *Social Behavior Assessment Schedule*¹²⁸, o el *Schizophrenia Outcomes Module*¹¹⁶ que dedican una parte de la evaluación al bienestar de la familia, estresores y el apoyo percibido.

c. Calidad de vida

La obtención de calidad de vida es uno de los objetivos fundamentales de la rehabilitación. Por eso, a pesar de los problemas asociados a la imprecisión de este constructo¹²⁹ resulta esencial su evaluación. Se han construido multitud de instrumentos para la evaluación de la calidad de vida, que también se discutirán a fondo en los posteriores capítulos, como el *Quality of Life Interview*¹³⁰, el *Satisfaction with Life Domains*¹³¹, el *Cuestionario de Calidad de Vida*¹³², el *Inventario de Calidad de Vida*¹³³, el *Quality of Life Interview Scale*¹³⁴ o el *Perfil de Calidad de Vida de Lancashire*¹³⁵.

3.6. Satisfacción con los servicios

Una de las premisas fundamentales de la rehabilitación es aumentar al máximo las posibilidades de elección y los derechos de las personas con trastornos mentales como individuos. Por eso la opinión del individuo que utiliza los servicios de salud mental como consumidor tiene que ser escuchada y tenida en cuenta como parte de la filosofía y convicciones profundas de los profesionales de la rehabilitación²². Con frecuencia, en salud mental se ignora la voz del paciente pues está «enfermo» o «desinformado». No obstante las opiniones sobre las instituciones no suelen ser delirantes ni descabelladas; suelen estar basadas en la cruda realidad que sólo uno descubre cuando es paciente (ej.: listas de espera, falta de recursos, cam-

bios de facultativos, sensación de no ser atendido en cuestiones preocupantes, etc.). Existen instrumentos que han tratado de cubrir las áreas relacionadas con los servicios asistenciales de salud como el *Evaluating Rating Scale*¹³⁶, el *Cuestionario de Demandas Asistenciales*¹³⁷ y el *Verona Expectations for Care Scale*¹³⁸.

3.7. Procesos asociados con la recuperación

Las premisas básicas que guían los programas de rehabilitación tienen una enorme importancia y repercusión clínica. Por ejemplo, como ya hemos comentado, Farkas y cols.²², subrayan la importancia de cuatro componentes de los propios programas (v.g., *Orientación hacia la persona, participación personal, autodeterminación y posibilidad de elección, y potencial de crecimiento*). Estos componentes básicos han ido generando una serie de conceptos que tienen una especial relevancia en el proceso de recuperación, como el *insight*, adherencia al tratamiento, desestigmatización, o empoderamiento.

a. Adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad (insight)

En los últimos años ha cobrado un renovado interés clínico la descripción y evaluación fenomenológica de determinados aspectos psicopatológicos relacionados con la conciencia de enfermedad, el *insight*¹³⁹. Este interés ha estado motivado por la necesidad de prestar una mirada más atenta a ciertos aspectos sintomatológicos fundamentalmente en las esquizofrenias, y concretamente, por el recuperado interés por las denominadas experiencias subjetivas psicóticas. La consecuencia natural de ese tipo análisis ha sido el desarrollo de una serie de nociones prácticas en el manejo de los pacientes crónicos, por ejemplo, la adherencia al tratamiento psicofarmacológico¹⁴⁰. Algunos estudios empíricos han encontrado una relación positiva entre el *insight* ante el trastorno mental y la adherencia al tratamiento, la reducción de síntomas y una mejor calidad de vida^{141,142}.

La falta de adherencia al régimen farmacológico puede repercutir negativamente en el establecimiento de una relación terapéutica, y dejar el proceso de recuperación inerte, ya sea porque el paciente esté demasiado inmerso y preocupado por su sintomatología, o por dificultades en el procesamiento de información. No obstante, no resulta sorprendente dado las opiniones que los pacientes expresan sobre los neurolépticos que la adherencia a esta sea frecuentemente bastante pobre. La falta de adherencia no siempre tiene que ver con la conciencia de enfermedad y déficit del paciente. De hecho, puede estar reforzada por determinadas actitudes de los familiares, por una organización deficitaria del entorno, por la complejidad de régimen farmacológico pautado, o por los propios efectos sedativos y secundarios de las medicinas que pueden llegar a ser muy molestos. Además, cuando en las actuaciones profesionales domina una actitud coercitiva, con falta de escucha y de consentimiento informado, se aumenta la resistencia del paciente ante sus indicaciones y el régimen farmacológico. Aun entendiendo la adherencia al tratamiento como una cuestión compleja que no siempre

implica que el paciente se resista injustificadamente y de forma enfermiza, conviene tener en cuenta las ideas que con el tiempo ha elaborado el propio usuario en relación a su salud y los servicios que recibe.

Existen distintos cuestionarios que pueden resultar de utilidad para captar el *insight*: la *Scale Unawareness of Mental Disorder* (SUMD)¹⁴³, el *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire* (ITAQ)¹⁴⁴, el *Schedule for the Assessment of Insight* (SAI)¹⁴⁵, la *Schedule for the Assessment of Insight—Expanded version* (SAI-E)¹⁴⁶, el *Marcova and Berrios Insight Scale*¹⁴⁷ o, de modo más sencillo, por ejemplo, la propia PANSS que contiene un ítem para evaluar falta de juicio y *insight*⁶⁹.

b. Desestigmatización

Existe un notorio consenso en el colectivo médico sobre los beneficios generalizados asociados a que el paciente adopte una conciencia de «enfermedad mental», pese a que la literatura ofrece hallazgos contradictorios. Algunos han encontrado que el rechazo de la etiqueta estigmatizante de enfermedad mental tiene efectos beneficiosos^{148,149}. Otros apuntan a que las creencias atribucionales biogenéticas asociadas al concepto de «enfermedad mental» aumentan el miedo y los perjuicios en los pacientes¹⁵⁰⁻¹⁵³. Surge así, de nuevo, el debate *naturaleza-entorno* en la génesis del trastorno mental¹⁵⁴. La visión biogenética ha eclipsado el entendimiento psicosocial de la psicosis y ha minado la investigación sobre las causas sociales de la locura¹⁵⁵. En algunas ocasiones la psiquiatría biológica se ha camuflado tras una apariencia de integración conceptual en el llamado «modelo psicosocial»¹⁵⁴. En la actualidad, algunos profesionales han pedido que se reflexione sobre cómo hemos permitido que el modelo bio-psico-social se transforme en un modelo bio-bio-bio¹⁵⁶ que es en sí mismo estigmatizante y no permite muchas alternativas conceptuales. El *Attribution Questionnaire 27* (AQ27)¹⁵⁷ permite evaluar el estigma hacia las personas con un trastorno mental y recoge aspectos de responsabilidad, culpa, enfado, peligro, miedo, ayuda, coerción, evitación de las personas con una enfermedad y puede ser útil su aplicación para los afectados así como el mismo equipo, que no por su profesionalidad queda libre de algunos prejuicios sociales.

c. Empoderamiento

Lieberman y cols.²⁹, mantienen que las experiencias subjetivas positivas de la persona con problemas de salud mental grave, como la sensación de empoderamiento, de autoaceptación, de esperanza..., median el proceso de recuperación y son capaces de sostener los cambios alcanzados. Las intervenciones en rehabilitación deben tratar de conseguir un locus de control interno, pues favorece un buen pronóstico, permite que las personas sean menos hiperdependientes, y que asuman más responsabilidades en su vida y tratamiento¹⁵⁸. Todo esto conduce a que la persona afectada se sienta más en control y con más sensación de eficacia personal.

La medicación neuroléptica contribuye a la mejoría en la conducta de un alto porcentaje de pacientes, pero al mismo

tiempo afecta las auto-percepciones y atribuciones. Se suelen producir cambios en la forma en que otros ven y reaccionan ante el paciente una vez es diagnosticado y recibe tratamiento. El cambio más frecuente es que se comienzan a atribuir que los problemas tienen una base fisiológica, postura que disipa el sentido de culpa pero que predispone a la adopción de actitud pasiva ante la enfermedad. También es común que se atribuyan los éxitos a las pastillas, en vez de a las habilidades del paciente, y los fracasos a la falta de medicación, en vez de a la falta de esfuerzo, con lo que el paciente aprende a excusar sus malas conductas, a lo que contribuyen familiares y profesionales cuando ven un mal comportamiento y sugieren, como remedio, dar más pastillas. Lo ideal es que se consideren los medicamentos como un soporte que ayuda pero no una solución el problema, en lo que la persona debe trabajar activamente. Los efectos secundarios psicológicos no son inevitables si se presta más atención a las auto-cogniciones asociadas al tratamiento y se trabaja con ellas, en vez de ignorarlas.

Se pueden utilizar instrumentos específicos como el *Empowerment Scale* (ES)¹⁵⁹, que nos permite evaluar cambios en la sensación de control sobre la realidad, cambios en autoestima y el locus de control. Asimismo, podemos utilizar instrumentos más generales, aunque inespecíficos, de autoestima y sensación de auto-eficacia como la Escala de Autoestima de Rosenberg (EA-Rosenberg)¹⁶⁰.

4. Conclusiones y comentarios finales

El objetivo de este capítulo ha sido el plantear que las técnicas y procedimientos en la rehabilitación psicosocial están muy determinados por el marco teórico y epistemológico que explícita o implícitamente adopten todos los actores del proceso. La evaluación no es una cuestión meramente técnica ni mucho menos una sucesión indiscriminada de medidas. Debajo de todo esto existen una serie de creencias, supuestos, y modelos sobre lo que es la naturaleza de los propios trastornos mentales. La discusión abierta y crítica de estos elementos debe ser un punto de apoyo, por muy inestable que parezca, de los miembros del equipo rehabilitador y de los gestores y políticos.

Tener en cuenta la recuperación, y no sólo el control de síntomas, como una meta final deseable sin duda tiene el efecto de dinamizar todo este proceso y de poner retos nuevos y más exigentes para los que, además, cada vez más deberá tenerse en cuenta la voz de las personas afectadas. Todo esto debe hacerse de modo que se integren además los mejores datos disponibles, a través de la denominada Medicina basada en evidencia («Evidence-Based Medicine», EBM), cuyo objetivo final es trasladar a los usuarios las mejores prácticas y evidencias disponibles en la literatura científica¹⁶¹⁻¹⁶⁴. La Psicología o la Medicina basadas en evidencias se definen pues como la integración de la mejor evidencia de investigación disponible con la experiencia clínica y los valores del paciente y, en ese sentido, creemos que debe orientar los procedimientos en la selección de herramientas de diagnóstico y terapéuticas. Esto implica un cambio radical de actitud en los profesionales de la salud, al primar la evidencia derivada de investigaciones rigurosas y no tanto la experiencia profesional o el llamado «ojo clínico».

Podría pensarse que los requisitos de esta aproximación

más exigente encajan muy difícilmente con el concepto y las prácticas de la rehabilitación y de hecho, en el actual estado de conocimientos, hay aún contradicciones importantes. Por ejemplo, un caso dado puede ser considerado un éxito en términos de EBM, y a la vez un relativo fracaso dentro del modelo de recuperación (ej.: remisión total de alucinaciones con tratamiento de Clozapina, aunque produzca somnolencia que dificulta las relaciones sociales). Estas contradicciones deben ser un estímulo para todos en un intento de conciliar datos clínicos y experimentales y ofrecer el mejor servicio disponible a la gente que sufre problemas. Es fácilmente comprensible que a muchos servicios de salud mental les interese el bienestar del paciente más allá de la remisión de los síntomas, y quizá aun más fácil de comprender que muchos servicios de rehabilitación fallen en instalar una actitud de recuperación en sus usuarios. Lo que realmente interesa para conciliar el modelo de recuperación con la EBM es la aplicación de métodos de demostrada eficacia de tal manera que faciliten la recuperación, o bien la aplicación del modelo de recuperación que esté apoyada por datos empíricamente validos^{22,163}.

El concepto de la recuperación ya ha contribuido de forma importante en la organización y administración de servicios y es deseable que comience a impregnar también las estrategias de evaluación utilizando para ello métodos rigurosos y científicamente sólidos. Obviamente no se trata de abandonar conocidos instrumentos estándar por otros cuyo intento etéreo sea conocer al usuario como persona, sino ampliar el horizonte de medida hacia terrenos como, por ejemplo, las virtudes y fortalezas psicológicas¹⁶⁵, que han estado de espaldas a la Psicología y, desde luego, a la rehabilitación de los problemas mentales¹⁶⁶. En cualquier caso, la mirada en la recuperación puesta por todos los actores implicados en la rehabilitación creemos que puede generar aproximaciones de intervención más humanas y participativas pero también más ambiciosas en las que el foco no esté tanto en la reducción de síntomas como en fomentar estados de salud positivos¹⁶⁷ que permitan el desarrollo y el crecimiento incluso de personas que padecen trastornos mentales graves¹⁶⁸.

5. Bibliografía

1. Vázquez, C., Muñoz, M., y Hernangómez, L. La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Revistas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20, 207-228. 2000.
2. Vázquez, C., Muñoz, M., Muñiz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L., y Díaz, M. La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 74, 207-228. 2000.
3. Torrey, E.F. *Superar la esquizofrenia*. Barcelona: Planeta. 2006.
4. Bentall, R.P. *Madness Explained: Psychosis and human nature*. Penguin Press, 2003.
5. Bentall, R., Kinderman, C., y Vázquez, C. Letter to Editor: The myth of schizophrenia. [Rapid Response to: Lieberman, J.A. and First, M.B. (2007). Renaming schizophrenia. *British Medical Journal*, 2007, 334: 108. 2007.
6. Berrios, G.E. y Fuentenbro de Diego, F. *Delirio. Historia. Clínica. Metateoría*. Ed. Trotta. 1996.
7. Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (Eds.), *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI. 1996.
8. Bleuler, E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press. 1911/1950.

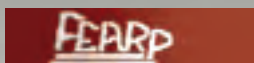
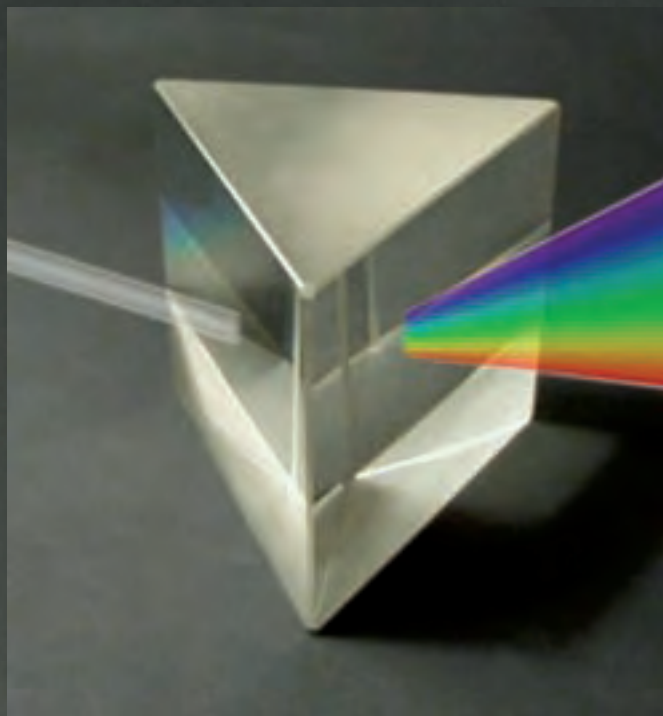
9. Read, J. Mosher, L. y Bentall, R.P. (Eds) *Models of Madness* (pp. 133-146). Hove: Brunner-Routledge. 2004.
10. Ciompi, L. Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 606-618.1980.
11. Vázquez, C., Hernangómez, L., Nieto, M. y Hervás, G. Evaluación de la depresión. En V. Caballo (ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Directrices prácticas e instrumentos de evaluación para niños, adolescentes y adultos* (pp. 201-231). Madrid: Pirámide. 2006.
12. O'Donovan, C. Achieving and sustaining remission in depression and anxiety disorders: Introduction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (Suppl. 1), 5S-9S. 2004.
13. Murray, C.J.L., y López, A.D. (eds). *The Global Burden of Disease and Injury Series. Volume I*. World Health Organization. Cambridge. Harvard University Press. 1996.
14. Vázquez, C., Nieto, M. y López-Luengo, B. Epistemología de la rehabilitación. En M.A. Verdugo, D. López, A. Gómez, y M. Rodríguez (Eds.), *Rehabilitación en salud mental: Situación y perspectivas* (pp. 107-128). Salamanca: Amarú Ediciones. 2002.
15. Wing J.K. Rehabilitation of psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 109, 635-641. 1963.
16. Saraceno, B. y Montero, F. La rehabilitación entre modelos y práctica. En V. Aparicio (coord.). *Evaluación de servicios en salud mental* (pp. 313-321). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1993.
17. Van Os, J. y Verdoux, H. Diagnosis and classification of schizophrenia: categories versus dimensions, distributions versus disease. En R.M. Murray, P.B. Jones, E. Susser, J. Van Os y M. Cannon (Eds.) *The Epidemiology of Schizophrenia* Cambridge, Cambridge University Press. 2003.
18. Pratt, S.I. y Mueser, K.T. Schizophrenia. En Anthony, M.M. y Barlow, D. H. (eds.), *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders* (pp. 375-414). Guildford Press, 2002.
19. Anthony, W.A. Recovery for mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23, 1993.
20. May, R. Dar sentido a la experiencia psicótica. En Gleeson, J. y McGorry, P (Eds.) *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana*. Madrid: Desclée de Brouwer. 2005
21. Chovil, I. Reflections on schizophrenia, learned helplessness/dependence, and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 69-71. 2005.
22. Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. y Chamberlein, J. Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41, 141-158. 2005.
23. McQuillan, B. My life with schizophrenia. En L. Spaniol y M. Koehler (Eds.), *The experience of recovery*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation. 1994
24. Weingarten, R. The ongoing process of recovery. *Psychiatry*, 57, 369-375. 1994.
25. Majumder, R. K., Walls, R. T., y Fullmer, S. L. Rehabilitation client involvement in employment decisions. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42, 162-173.1998.
26. Blackwell, B., Eiders, K., y Robinson, D. The consumer's role in assessing quality. En G. Stricker y W. Troy (Eds.), *Handbook of quality management in behavioral health: Issues in the practice of psychology*. 2000.
27. Becker, D. R., Drake, R. E., Farabaugh, A., y Bond, G. R. Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services*, 47, 1223-1226. 1996.
28. Bell, M. y Lysaker, P. Levels of expectation for work activity in schizophrenia: Clinical and rehabilitation outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 71-76. 1996.
29. Liberman, R., Kopelowicz, A., Ventura, J. y Gutkind, D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272. 2002.
30. Noordsey, D., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C. y Fox, L. Recovery from severe mental illness: An interpersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14, 318-326. 2002.
31. Andresen, R., Oades, L. y Caputi, P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37: 586-594. 2003.
32. Kelley, M. y Gamble, C. Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 12: 245-251. 2005.
33. Ryff, C.D. y Singer, B. The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28. 1998.
34. Frosch, J. *The Psychotic Process*. Nueva York: International Universities Press. 1983.
35. James, N.M. On the perception of madness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 192-199. 1993.
36. Lundy, M.S. Psychosis-induced posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 485-491. 1992.
37. Arieti, A. *Interpretation of Schizophrenia*. Nueva York: Basic Books. 1974.
38. Valiente, C., Villavicencio, P. y D Cantero, D. La fenomenología de la comorbilidad del trauma y la psicosis *Apuntes de Psicología*, 24, 111-135. 2006.
39. McGlashen, T.H. y Carpenter, W.H. Post-psychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 33, 231-239. 1976.
40. McGlashan, T.H, Levy, S.T. y Carpenter, W.T. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1269-1272. 1975.
41. Tait, L., Birchwood, M., Trower, P. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery styles. *British Journal of Psychiatry*, 182, 123-128. 2003.
42. Schur, E. *Labelling deviant behaviour. Its sociological implications*. Nueva York: Harper y Row. 1971.
43. Lally, S.J. *How psychiatric patients become engulfed in a mentally ill self concept: Does being here mean there is something wrong with me?* Chapel Hill, NC: University of North Caroline. 1988.
44. Lally, S.J. Does being in here mean there is something wrong with me? *Schizophrenia Bulletin*, 15, 253-265. 1989.
45. Vázquez, C., Castilla, C., y Hervás, G. Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (ed.), *Las emociones positivas*. Madrid: Pirámide. 2007.
46. Baca, E. Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37, 93-101. 1991.
47. López-Luengo, B. y Vázquez, C. Effects of a neuropsychological rehabilitation program on schizophrenic patients' subjective perception of improvement. *Neuropsychological Rehabilitation*, 15, 609-618. 2005.
48. Hargreaves, W.A., y Attkinson, C.C. Programa Evaluation. En J.A. Talbot y S.R. (eds), *Psychiatric Administration*, Grune & Straton, New York, 1983.
49. Wing, J.K. Research designs for the evaluation of services. En H.C. Knudsen y G. Thronicroft (eds.), *Mental health service evaluation* (pp. 37-49). Cambridge: Cambridge University Press. 1996.
50. Valiente, C. y Sechrest, L. Evaluación de la efectividad de programas de rehabilitación psicosocial. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp. 23-55). Madrid: Siglo XXI. 1996.
51. Liberman, R.P. y Kopelowitz, A. Recovery from schizophrenia: A concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56, 735-742. 2005.
52. Penn, D.L., Mueser, K.T., Spaulding, W., Hope, D.A. y Reed, D. Information processing and social competence in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 269-281. 1995.
53. Bystritsky, A., Liberman, R.P., Hang, S. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14, 214-21. 2001.
54. Lehman, A., Alexopoulos, G., Goldman, H., Jeste, D., y Ustun, B. Mental Disorders and Disability: Time to Reevaluate the Relationship? En D. Kupfer, M. First, y D. Regier (eds.) *A Research Agenda for DSM-V* (pp. 201-218). APA: Washington DC, 2002.
55. Bulbena, A., Berrios, G. y Fernández de Larrinoa, P. (Eds). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson. 2000.
56. Muñoz, M., Roa, A. y, Pérez, E. *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide, 2002.

57. Gutiérrez, T., Raich, R. M.^a, Sánchez, D. Deus, J. (Coords.). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid: Alianza Editorial. 2003.
58. Muñoz, M. y Vázquez, C. Las personas sin hogar: Aspectos psicosociales de la situación española. *Intervención Psicosocial*, 7, 7-26. 1998.
59. Robins, L. N. Helzer, J. E. Croughan J. y Ratcliff, K. S. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38 (4), 1981.
60. Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., y First, M.B. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629, 1992.
61. Vázquez, C. y Muñoz, M. *Entrevistas diagnósticas en salud mental*. Madrid: Síntesis. 2002.
62. Green, M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153: 321-330. 1996.
63. Mueser, K.T. y Bellack, A.S. Social skills and social functioning. En K.T. Mueser y N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 79-96). Boston: Allynand Bacon. 1998.
64. Pogue-Geile, M.F. The prognostic significance of negative symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, Suppl* (7): 123-127. 1989.
65. Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., y Ventura, J. Manual for expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602. 1986.
66. Overall, J. E., y Gorham, D. R. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812. 1962.
67. Andreasen, N. C. *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: University of Iowa. 1984.
68. Andreasen, N. C. *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa. 1984.
69. Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opler, L. A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276. 1987.
70. Drake, R., Haddock, G., Tarrier, N., Bentall, R., y Lewis, S. The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS): Their usefulness and properties in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 89, 119-122. 2007.
71. Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., y Faragher, E.B. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889. 1999.
72. Glynn, S. M. Psychopathology and social functioning in schizophrenia. En K.T. Mueser y N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Needham Heights: Allyn & Bacon. 1998.
73. Blanchard, J. J., y Panzarella, C. Affect and social functioning in schizophrenia. En K. T. Mueser y N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 181-196). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. 1998.
74. Hora, W.P. Freen, M.F., Kring, A.M. y Nuechterlein, K.H. Does anhedonia in schizophrenia reflect faulty memory for subjectively experience emotions? *Journal of Anormal Psychology*, 115, 496-508. 2006.
75. Beck, A. T., Brown, G., y Steer, R. A. *Beck Depression Inventory II manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1996.
76. Beck, A. T., y Steer, R. A. *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1990.
77. Addington, D., Addington, J., y Schissel, B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3, 247-251. 1990.
78. Addington, D., Addington, J., y Maticka-Tyndale, E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenia. *Schizophrenia Research* 11, 239-244. 1994.
79. Craine, L.S., Hesson, C.E., Colliver, J.A. y MacLean, D.J. Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry*, 3, 300-304. 1998.
80. Mueser, K.T., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D. Vivander, R. y Goodman, L.B. Trauma and PTSD in several mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 493-499. 1998.
81. Shaw, K. McFarlane, A. Bookless, C. and Air. T. The aetiology of postpsychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 39-47. 2002.
82. Priebe, S., Broker, M. y Gunkel, S. Involuntary admission and posttraumatic stress disorder symptoms in schizophrenia patients. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 220-224. 1998.
83. Sautter, F. Brailey, K. Uddo, M., Hamilton, M.F., Beard, M.G. y Borges, A.H. PTSD and comorbid psychotic disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 73-88. 1999.
84. Ross, C. *Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment*. Nueva York: Haworth Press. 2005.
85. Morrison, A. P., Frame, L. y Larkin, W. Relationship between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331-353. 2003.
86. Shaw, K. McFarlane, A. y Bookless, C. The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *The Journal of Nervous Mental Diseases*, 183, 434-441. 1997.
87. Green, B. L. Trauma History Questionnaire. En B.H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 366-369). Lutherville, MD: Sidran Press. 1996.
88. Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J. Buckley, T.C. y Forneris, C.A. Psychometric properties of PTSD Checklist. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669-673, 1996.
89. Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kalupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S. y Keane, T.M. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD, the CAPS-1. *Behaviour Therapist*, 13, 187-188. 1990.
90. Cuffel, B.J. Comorbid substance use disorder: Prevalence, patterns of use, and course. En R.E. Drake y K.T. Mueser (Eds.), *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse: 2. Recent Research and clinical implications. New directions for mental health services* (pp. 93-105). San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
91. Drake, R.E., Mueser, K.T. Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26: 105-118, 2000.
92. Rosenberg, S.D., Drake, R.E., Wolford, G.L., Mueser, K.T., Oxman, T.E., Vidaver, R.M., Carrieri, K.L., y Luckoor, R. Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 155, 232-238. 1998.
93. Edwing, J.A. Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire, *Journal of American Association*, 252, 1905-1907. 1984.
94. Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Rosenberg, S.D., Swett, C. Jr, Miles, K.M., y Hill, D. Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 179-192.
95. Mueser, K.T., Drake, R.E., Clark, R.E., McHugo, G.J. Mercer-Fadden, C., y Ackerson, T. *Toolkit for evaluating substance abuse in persons with severe mental illness*. Cambridge, MA: Evaluation Center at Human Services Research Institute. 1995.
96. McHorney, C.A., Ware, J.E. Jr, Lu, J., y Shrebourne, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32: 40-66. 1994.
97. Kaplan, R.M., Bush, J.W., y Berry, C.C. Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Services Research*, 11, 478-507. 1976.
98. Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., y Mintz, J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the «right stuff»? *Schizophrenia Bulletin*, 26: 119-136, 2000.
99. Mueser, K.T., Bellack, A.S., Douglas, M.S. y Wade, J.H. Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Research*, 37, 281-296, 1991.
100. Penn, D.L., Corrigan, P.W., y Racenstein, J.M. Cognitive factors and social adjustment in schizophrenia. En K. T. Mueser y N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Needham Heights: Allyn & Bacon. 1998.
101. Wykes, T. y Reeder, C. *Cognitive remediation therapy. Theory and practice*. Routledge Ed. London and New York. 2005.
102. Vázquez, C., Florit, A., y López, B. Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp. 265-292). Madrid: Siglo XXI. 1996.

103. Berg, E. A. A simple objective technique for measuring flexibility in thinking *Journal of Gen. Psychol.* 39: 15-22. 1948.
104. Psychological Assessment Resources. *Computerised Wisconsin Card Sort Task Version 4 (WCST)*. Psychological Assessment Resources. 2003.
105. Shallice, T. Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 298, 199-209. 1982.
106. Glosser, G. y Goodglass, H. Disorders in executive functioning among aphasic and other brain-damage patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12, 485-501. 1990.
107. Saint-Cyr, J.A. y Taylor, A.E. The mobilization of procedural learning: The «key signature» of the basal ganglia. En L.R. Squire y N. Butters (Eds), *Neuropsychology of memory* (2nd ed., pp. 188-202). New York: Guilford Press. 1992.
108. Delis, D.C., Kramer, J.H., Kaplan, E. y Ober, B.A. *California Learning Test: Adult Version*. San Antonio, TX: Psychological Cooperation. 1987.
109. Wechsler, D. *Wechsler Memory Scale—3rd edition*. San Antonio TX: Psychological Cooperation. 1997.
110. Nuechterlein, K., Dawson, M., Ventura, J., Miklowitz, D., y Konishi, G. Information-processing anomalies in the early course of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 5, 195-196. 1991.
111. Bruyère, S.M., Van Looy, S.A., y Peterson, D. International Classification of Functioning, Disability and Health: Contemporary Literature Overview. *Rehabilitation Psychology*, 50, 113-121. 2005.
112. Peterson, D.B. International Classification of Functioning, Disability and Health: An Introduction for Rehabilitation Psychologists. *Rehabilitation Psychology*, 50, 105-112. 2005.
113. Bellack, A.S., Sayers, M.D. Mueser, K.T. y Bennett. Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 371-378. 1994.
114. Drake, R.E. Becker, D.R. Clark, R.E. y Mueser, K.T. Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly*, 70, 289-301, 1999.
115. Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. y Agresta, J. *Social skills training for schizophrenia: A step by step guide*. New York: Guilford Press, 1997.
116. Cuffel, B.J., Fischer, E.P., Owen, R.R., y Smith, G.R., Jr. An instrument for measurement of outcomes of care for schizophrenia: issues in development and implementation. *Evaluation and the Health Professions*, 20: 96-108, 1997.
117. Muñoz, M., Vázquez, C., Muñoz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L., y Díaz, M. Evaluación de resultados en la esquizofrenia: El ejemplo de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Intervención Psicosocial*, 8, 73-87. 1999.
118. Coverdale, J.H. y Grunebaum, H. Sexuality and family planning. En K.T. Mueser y N. Tarrrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 224-237). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. 1998.
119. Muñoz, M. y Vázquez, C. Homelessness in Spain: Psychosocial aspects. *Psychology in Spain*, 3, 104-116. 1999.
120. Bond, G.R., Drake, R.E. Mueser, K.T. y Latimer, E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients. *Diseases Management and Health Outcomes*, 9, 141-159, 2001
121. Herz, M.J. Psychosocial treatment. *Psychiatric Annals*, 26, 531-535, 1996.
122. Barrowclough, C. y Tarrrier, N. *Families of Schizophrenic Patients. Cognitive Behavioural Interventions*. London, Chapman & Hall. 1992.
123. McGill, C.W., Falloon, I. R., Boyd, J. L., y Wood-Siverio, C. Family educational intervention in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 934-938, 1983.
124. Birchwood, M. y Smith, J. *Schizophrenia and the family*. Baltimore: John Hopkins University Press. 1987.
125. Kreisman, D., Blumenthal, R., Borestein, M., Woerner, M., Kane, J., Rifkin, A., y Reardon, G. Family attitudes and patient social adjustment in a longitudinal study of outpatient schizophrenics receiving low-dose neuroleptics: Family's view. *Psychiatry*, 51, 3-13. 1988.
126. Clare, L. y Birchwood, M. Social adjustment of patients living at home. En K. T. Mueser y N. Tarrrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 224-237). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. 1998.
127. Cohen-Mansfield, J. Agitated behaviour and cognitive functioning in nursing home residents: Preliminary results. *Clinical Gerontologist*, 7, 11-22. 1988.
128. Platt, S., Weyman, A., Hirsch S. y Hewett, S. The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 15, 43-55. 1980.
129. Bobes, J. González, M.P y Bousoño, M. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J.R. Prous Editores. 1995.
130. Lehman, A.F. A quality of life interview for the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 51-62. 1988.
131. Baker, F. y Intagliata, J. Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79. 1982.
132. Ruiz, M.A. y Baca, E. Design and validation of the Quality of Life Questionnaire (Cuestionario de Calidad de Vida CVV). A generic health-related perceived quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32. 1993.
133. García-Riño, D. e Ibáñez, E. Calidad de vida en enfermos físicos. *Revista de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19, 148-161. 1992.
134. Holcomb, W.R., Morgan, P., Adams, N.A., Ponder, H., y Farrel, M. Development of a structured interview scale for measuring of life severely mentally ill. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 830-840. 1993.
135. Vázquez-Barquero, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Gaité, L. Ramírez, N., García-Usieto, E., Borra, C., Sanz, O., Bobes, J. y Oliver, J. Desarrollo de la versión española del perfil de calidad de vida de Lancashire (LQOLP). *Archivos de Neurobiología*, 60, 125-139. 1997.
136. Pascoe, G.C. y Attkinson,, C. C. The evaluation ranking scale: A new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 335-347. 1983.
137. Suñol, et al., Cuestionario de demandas asistenciales. *Revista ROL de Enfermería*, 154, 36. 1988.
138. Ruggeri, M. y Dall Agnola, R. The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 1-523. 1993.
139. Amador, X. F. y David, A. S. *Insight and psychosis*. Oxford University Press, New York. 1998.
140. David, A. S. *Insight and psychosis*. *British Journal of Psychiatry*, 161, 599-602. 1990.
141. Cuesta, M., Alford, J. y Zarzuela, A. Psychopathological dimensions and lack of insight in Schizophrenia. *Psychological Reports*, 83, 895-898. 1998.
142. Weiler, M.A., Fleisher, M.H., MacArthur-Campbell, D. *Insight and symptoms change in schizophrenia and other disorders*. *Schizophrenia Research*, 45, 29-35. 2000.
143. Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J. y Gorman, J.M. Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879, 1993.
144. McEvoy, J.P., Apperson, L.J., Applebaum. P.S., Orlip, P., Brecosky, J., Hammill, K., Geller, J.L. y Roth, L. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 43-47, 1989.
145. David, A. Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808. 1990.
146. Kemp, R. y David, A. Insight and compliance. En B. Blackwell, *Compliance and the Treatment Alliance in Serious Mental Illness* (pp. 61-86). Harwood Academic Publishers: Amsterdam. 1997.
147. Marcova, I.S. y Berrios, G. The assessment of insight in clinical psychiatry: A new scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 86, 159-164. 1992.
148. Kravetz, S., Faust, M., y Shalit, M. Accepting the mental illness label. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 324-332. 2000.
149. Schwartz, R.C. Self awareness in schizophrenia: Its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 401-403. 2001.

150. Dietrich, S., Beck, M., Bugantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., y Angermeyer, M. The relationships between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 348-354. 2004.
151. Mehta, S. y Farina, A. Is being sick really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 405-419. 1997.
152. Read, J. y Haslam, N. Public opinion: Bad things happen and can drive you crazy. En J. Read, L. Moshier y Bentall (Eds.), *Models of Madness* (pp. 133-146). Hove: Brunner-Routledge. 2004.
153. Read, J. y Hammersley, P. Can very bad childhood drive us crazy? Science, ideology and taboo. En J. Johannessen, B. Martindale y J. Cullberg (eds.), *Evolving psychosis: Different stages, different treatments* (pp. 270-292). Hove: Brunner-Routledge. 2006.
154. Read, J., Rudegeair, T. y Farrelly, S. The relationship between child abuse and psychosis. En W. Larkin y A.P. Morrison (Eds.) *Trauma and Psychosis. New directions for theory and therapy* (pp. 23-57). Hove: Brunner-Routledge. 2006.
155. Aderhold, V. y Gottwalz, E. Family therapy and schizophrenia: Replacing ideology with openness. En J. Read, L. Moshier and R. Bentall (eds.) *Models of madness* (pp. 335-348). Hove: Brunner-Routledge. 2004.
156. Sharfstein, S. Big Pharma and American psychiatry: The good, the bad and the ugly. *Psychiatry News*, 40, 3-4. 2005
157. Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., Watson, A.C., Rowan, D. y Kubiak, M.A.. Attribution and Dangerousness Models of Public Discrimination towards People with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 44, 162-179. 2003.
158. Frese, F.J., Stanley, J., Kress, K. y Vogel-Scibilia, S. Integrating evidence-based practices and recovery model. *Psychiatric Services*, 52, 1462-1468.
159. Rogers, E.S., Anthony, W. y Jansen, M.A. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48, 1042-1047. 1994.
160. Echeburúa, E. *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca. 1995.
161. Sackett, D.L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W., y Haynes, R.B. *Evidence-Based medicine: How to practice and teach EBM (2nd Ed.)*. London: Churchill Livingstone. 2000.
162. Frese, F.J., Stanley, J., Kress, K., y Vogel-Scibilia, S. Integrating Evidence-Based Practices and the Recovery Model. *Psychiatric Services*, 52, 1462-1468. 2001.
163. Vázquez, C. y Nieto-Moreno, M. Psicología (Clínica) Basada en la Evidencia (PBE): Una revisión conceptual y metodológica. En J.L. Romero y R. Alvarez (eds). *Psicópolis: Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea* (pp.465-485). Barcelona: Kairós. 2005.
164. Sánchez-Meca, J. y Botella, J. Revisiones sistemáticas y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional *Papeles del Psicólogo*, 31, 7-17. 2010.
165. Peterson, C. y Park, N. El estudio científico de las fortalezas humanas. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial. 2009.
166. Vázquez, C. y Nieto, M. Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro, D., y A. Pastor (eds.), *Rehabilitación psiquiátrica*. Madrid: Síntesis. 2010.
167. Vázquez, C. y Hervás, C. Salud positiva: Del síntoma al bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao: Desclee de Brouwer. 2008.
168. Slade, M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research* 2010, 10:26. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/26>. 2010.

ISBN 978-84-614-1605-9



JUNTA DE EXTREMADURA

