

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SECCION DEPARTAMENTAL DE PSICOLOGIA SOCIAL



* 5 3 0 9 5 3 8 9 6 5 *

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

TESIS DOCTORAL

ESCALA DE DESEMPEÑO PSICOSOCIAL:
UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR
PROGRAMAS DE REHABILITACION EN
ENFERMOS MENTALES CRONICOS

Autora: Virginia Otero Domínguez

Director: Dr. Manuel Muñoz López

Ponente: Dra. Ana Barrón López de Roda

Madrid 1995

AGRADECIMIENTOS

Me produce una gran satisfacción haber podido terminar esta investigación a la que he dedicado siete años. Durante este tiempo son muchas las personas que me han ayudado y que sin ellas hubiera sido imposible realizar este trabajo.

En primer lugar quiero agradecer al Dr. Muñoz, director de esta tesis, el interés que ha puesto en mi trabajo y sus valiosas aportaciones y sugerencias. Quiero agradecer también a Fernando Chacón, del Departamento de Psicología Social, el haberme dirigido una investigación para el CSIC que me permitió incorporar parte de ella en este trabajo y a Ana Barrón, ponente de esta tesis, por su confianza. Especial mención me merece la Dra. Martínez Arias por las veces que he ido a consultar temas estadísticos y siempre me ha atendido amablemente.

Tuve la oportunidad de conocer a Stephen Platt, autor de la escala que he adaptado, en el Royal Hospital de Edimburgo, él me proporcionó datos importantes para realizar el primer proyecto de la tesis. A la Dra. Wykes del Instituto de Psiquiatría de Londres le agradezco su información sobre su propia escala y otras, y al Dr. Cordero por mostrarme los dispositivos asistenciales de la red de Servicios Comunitarios del condado de Surrey en Inglaterra.

A mi amigo y colaborador Sergio Rebolledo, juntos hemos desarrollado ideas que luego hemos podido poner en práctica para ayudar a los enfermos mentales crónicos y a sus familias, a los que también reconozco todo lo que me han enseñado permitiéndome conocer mejor la sensibilidad humana.

Mi agradecimiento a Monserrat Castañer, directora técnica de INTRESS, empresa de Servicios Sociales que gestiona el CRPS de "Los Cármenes" por su ayuda y confianza y la enorme labor realizada con los enfermos. Por supuesto a todo el equipo de profesionales del CRPS, que por su trabajo y dedicación a los pacientes y a las familias se consiguieron unos resultados tan positivos en la evaluación. Mencionar especialmente a Carmen Jurado, trabajadora social, que realizó las entrevistas a los familiares y al director, José Manuel Cañamares por su colaboración profesional y técnica.

Mi reconocimiento a Emilio Garrido, catedrático de psicología aplicada de la Universidad Pública de Navarra, por su confianza y el interés puesto en mi trabajo.

A mis amigos Aleg y Lúgía les agradezco su apoyo técnico y afectivo, a mi amiga Concha su hospitalidad y a Rosi su ánimo constante.

Quiero dar las gracias a mi madre, hermanos y hermanas, por su apoyo incondicional y solidaridad, especialmente a mi hermana Pilar por cuidar a mis gatitos.

A Ignacio

INDICE

CAPITULO 1.- INTRODUCCION.	3
CAPITULO 2.- EL ENFERMO MENTAL CRONICO.	11
2.1.- Concepto y definiciones.	11
2.2.- La esquizofrenia.	14
2.2.1.- Criterios diagnósticos oficiales.	18
2.2.2.- Subtipos de esquizofrenia.	23
2.2.3.- Etiología.	25
2.3.- Modelos multifactoriales e integrativos.	35
2.3.1.- Modelo psicobiológico integrativo de la esquizofrenia (Ciompi, 1987).	35
2.3.2.- Modelo multifactorial de los trastornos mentales crónicos y sus incapacidades (Lieberman, 1986a).	39
CAPITULO 3.- LA REHABILITACION PSICOSOCIAL.	47
3.1.- Antecedentes y fases históricas en la rehabilitación psicosocial.	48
3.2.- Concepto de rehabilitación.	54
3.2.1.- Definiciones.	54
3.2.2.- Tratamiento, rehabilitación, reinserción	55
3.3.- Modelos de intervención en rehabilitación psicosocial.	56
3.3.1.- El Modelo de Entrenamiento en Habilidades.	57
3.3.2.- El Modelo Psicoeducacional.	64
3.3.3.- El Modelo de Servicios Comunitarios.	75
3.4.- Modelo de atención en la Comunidad Autónoma de Madrid.	79

3.4.1.- Centro de Rehabilitación Psicosocial "Los Cármenes".	83
CAPITULO 4.- EVALUACION EN REHABILITACION PSICOSOCIAL.	109
4.1.- Diseños y escalas de evaluación.	115
4.1.1.- Diseños para definir objetivos del programa de rehabilitación.	115
4.1.2.- Diseños para evaluar problemas y aspectos que inciden en el programa.	117
4.1.3.- Diseños para evaluar el cambio operado por el programa (evaluación de la eficacia).	121
4.1.4.- Diseños sobre la relación coste/beneficio (evaluación de la eficiencia del programa).	123
4.2.- Escalas de funcionamiento psicosocial.	124
4.3.- Escala de desempeño psicosocial (Social Behaviour Assessment Schedule, SBAS de Platt, Hirsch y Weyman, 1983).	132
4.3.1.- Contenido.	132
4.3.2.- Puntuaciones.	141
4.3.3.- Propiedades psicométricas.	141
4.3.4.- Valoración de la escala.	144
CAPITULO 5.- ESTUDIO 1: ADAPTACION ESPAÑOLA DEL SBAS.	149
5.1.- Fiabilidad entre entrevistadores.	156
5.1.1.- Procedimiento.	156
5.1.2.- Resultados.	156
5.1.3.- Discusión.	157
5.2.- Validez de criterio.	158
5.2.1.- Procedimiento.	158
5.2.2.- Resultados.	163
5.2.3.- Discusión.	171
CAPITULO 6.- ESTUDIO 2: UTILIDAD DEL SBAS PARA LA EVALUACION DE PROGRAMAS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL EN ENFERMOS MENTALES CRONICOS.	177
6.1.- Procedimiento.	177

	iii
6.2.- Descripción de la muestra.	179
6.3.- Descripción de la escala.	184
6.3.1.- Consistencia de la escala.	184
6.3.2.- Medias de las secciones y su distribución.	185
6.3.3.- Correlaciones entre las secciones.	186
6.4.- Resultados.	188
6.4.1.- Análisis de las diferencias en las secciones.	188
6.4.1.1.- Diferencias en el SBAS.	188
6.4.1.2.- Diferencias entre el grupo experimental y control en la medición pre.	195
6.4.1.3.- Diferencias entre el grupo experimental y control en la medición post.	196
6.4.1.4.- Diferencias en el grupo experimental en la medición pre-post.	197
6.4.1.5.- Diferencias en el grupo control en la medición pre-post.	198
6.4.2.- Análisis de las diferencias ítem a ítem en el grupo experimental en la medición pre-post.	198
6.5.- Discusión.	206
CAPITULO 7.- CONCLUSIONES.	213
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	221
APENDICE 1. La escala SBAS original.	
APENDICE 2. Adaptación española del SBAS. Hoja de registro.	
APENDICE 3. Bibliografía del SBAS.	

CAPITULO 1

CAPITULO 1

INTRODUCCION

Desde los años 60-70 sociólogos, psiquiatras y otros profesionales de diversos países (Goffman, 1961; Becker, 1963; Scheff, 1973; Laing, 1964; Cooper, 1972) han cuestionado los tratamientos y las psicoterapias aplicados a los enfermos mentales y han denunciado las condiciones a las que han estado sometidos en los hospitales psiquiátricos. A partir de entonces se está realizando un proceso de desinstitucionalización, creando estructuras intermedias para posibilitar su incorporación en la comunidad. La política asistencial va dirigida hacia la atención comunitaria y los tratamientos se basan, fundamentalmente, en modelos de intervención psicosociales.

En España la reforma psiquiátrica comienza mucho más tarde, aunque hubo diversas experiencias frustradas, realmente se inició con el Informe de la Comisión Interministerial para

la Reforma Psiquiátrica de 1985. Este documento recalca la necesidad de una desinstitucionalización total y el papel primordial que deben realizar los futuros servicios extrahospitalarios, ligados al nivel de atención primaria. Un año después, la Ley General de Sanidad, inspirada en los principios de un Servicio Nacional de Salud, aboga por una atención comunitaria, alternativa al hospital psiquiátrico, contemplando la necesidad de estructuras intermedias de rehabilitación y reinserción social en programas conjuntos con los servicios sociales (art. 20 L.G.S.).

La descentralización político-administrativa en comunidades autónomas y una importante infraestructura pública hospitalaria y ambulatoria (INSALUD), establecen de entrada, las principales condiciones que posibilitan una atención comunitaria: la universalidad, la territorialización y la implantación de un sistema, aunque precario, de atención primaria (Desviat, 1992).

Este modelo de atención está basado en los servicios de atención comunitaria del Reino Unido, donde los ejes más importantes son: la descentralización, para acercar el servicio al usuario, la consideración del enfermo mental como un enfermo más dentro de la red sanitaria y la estructuración de la red de servicios en niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, donde la atención primaria, (el médico de cabecera), será la figura principal que detecte e identifique al enfermo mental y lo derive a un segundo nivel de especialización (Goldberg y Huxley, 1980).

Sin embargo, estamos lejos todavía de considerar que esta reforma se ha generalizado en todo el Estado Español. Hay algunas Comunidades Autónomas que ni siquiera la han iniciado por no tener competencias administrativas, ni presupuesto, ni infraestructuras, sólo cuentan con el viejo manicomio. En realidad son pocas las Comunidades Autónomas que están en un proceso de desinstitucionalización total y que estén creando esas estructuras intermedias de rehabilitación y reinserción imprescindibles para llevar a cabo este proyecto (Defensor del Pueblo, 1991).

En la Comunidad de Madrid, la puesta en marcha de los servicios de salud mental de los distritos comenzó en 1984 de un modo paulatino, con un objetivo fundamental que era la política de integración de recursos y el avance en la creación de una única red asistencial, no obstante, la atención comunitaria a los enfermos mentales no puede depender sólo de un sistema sanitario de salud. La crisis del modelo clínico tradicional (Declaración de Alma-Ata, OMS, 1978; Navarro, 1984; San Martín, 1982), demostró la insuficiencia de este modelo, y se hace por ello imprescindible la implicación del sistema de servicios sociales para dar cobertura a las necesidades psicosociales de esta población (Martín González, Chacón Fuertes y Martínez García, 1988).

En 1985 surge el programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institución Psiquiátrica. El objetivo fue crear dispositivos que favorecieran la reinserción y el mantenimiento en la comunidad de las personas

institucionalizadas.

Uno de los primeros hospitales psiquiátricos que iniciaron el proceso de desinstitucionalización fue el hospital psiquiátrico de Leganés, en Madrid. En 1987, en el centro de día, se comienza a desarrollar un programa de rehabilitación para pacientes institucionalizados y ambulatorios.

En 1990 se realiza una primera evaluación del programa con buenos resultados, sobre todo en el desempeño de roles sociales y el número de recaídas que descendió de forma importante (Otero y Rebolledo, 1992). Se demuestra que el enfermo mental crónico puede rehabilitarse y llevar una vida integrada en la sociedad.

La necesidad de la evaluación de los servicios y programas de intervención, se hace imprescindible, para valorar si los programas son adecuados para producir cambios, si son eficaces en lograr los objetivos propuestos, pero especialmente, en la población de enfermos mentales crónicos, quienes, por el fracaso de los tratamientos y las psicoterapias, han sido recluidos en instituciones durante años.

No se ha realizado, en nuestro país, una evaluación de los centros de rehabilitación, exceptuando el trabajo realizado por la Dra. Alicia López en su tesis doctoral "Valoración de los efectos de la rehabilitación psicosocial", (1994), en los centros de rehabilitación de la Comunidad de

Madrid. Este estudio valoraba el nivel de satisfacción y calidad de vida, tanto de los usuarios, como de sus familias.

El trabajo que presentamos en esta tesis es complementario al de Alicia López y forma parte de un proyecto más amplio de evaluación de centros de rehabilitación dirigido por el Dr. Muñoz.

Este trabajo pretende desarrollar una metodología de evaluación en un centro de rehabilitación psicosocial de enfermos mentales crónicos, y con ella, mostrar que los programas de intervención son eficaces para la consecución de objetivos tales como:

1. Reducir la sintomatología de los pacientes.
2. Aumentar el desempeño de roles sociales valiosos.
3. Disminuir el estrés que la conducta del paciente genera en la familia y la carga familiar que supone la convivencia.
4. Incrementar la red de apoyo familiar.
5. Reducir el número de ingresos hospitalarios.

Para ello, se ha realizado una revisión de instrumentos de evaluación y se ha elegido y adaptado una escala: el SBAS de Platt, Hirsch y Weyman (1983), que mide los aspectos más relevantes en la rehabilitación de enfermos mentales crónicos y con ella se ha evaluado el programa de rehabilitación.

El trabajo se ha estructurado en 7 capítulos, en los que se expone el concepto de enfermo mental crónico, la crítica

que desde la sociología y la misma psiquiatría se ha hecho de este concepto, así como una definición operativa del término, más o menos consensuada, los trastornos esquizofrénicos como paradigma de la enfermedad mental crónica y los criterios diagnósticos e hipótesis etiológicas (capítulo 2); la rehabilitación psicosocial y los distintos modelos de intervención (capítulo 3); la revisión de diversos diseños e instrumentos de evaluación en rehabilitación (capítulo 4); la adaptación de la escala SBAS (Platt y col., 1983), por considerar que es el instrumento que mejor recoge los aspectos más significativos en la rehabilitación (capítulo 5). Por último, se halla la fiabilidad y validez de la escala y se evalúa la eficacia de un programa de rehabilitación (capítulo 6).

CAPITULO 2

CAPITULO 2

EL ENFERMO MENTAL CRONICO

2.1.- Concepto y definiciones.

La enfermedad mental crónica surge en la sociedad contemporánea como un importante problema de carácter socio-económico y secundariamente, médico. Los estudios sociológicos han tenido especial relevancia para romper el esquema monolítico en psiquiatría sobre la génesis de la enfermedad mental, que desde Kraepelin (1927), pasó a ser objeto exclusivo de la medicina. Los estudios de Faris y Dunhan sobre la enfermedad mental en Chicago aparecen en 1939, situando definitivamente los factores sociales, junto a los psicológicos, a la altura de los hasta ahora prepotentes biológico-genéticos, con toda la influencia que ello va a tener para modificar el pronóstico fatal de la enfermedad mental (Espinosa, 1986).

En 1958, Hollingshead y Redlich, consideran la cronicidad

como resultado de una compleja relación de determinación entre clases sociales, enfermedad, evolución y tratamiento. Así las personas de clases bajas sufren más trastornos mentales y más graves. Reciben tratamiento más tarde, están más tiempo recluidos en el hospital, sus posibilidades de reinserción son menores, el impacto de la enfermedad es mayor y su aislamiento posterior también. En los años 60 sociólogos como Goffman y Scheff consideran la cronicidad como el resultado de la aceptación del rol de loco por el sujeto. Imagen que es aprendida desde la infancia, reforzada continuamente en la interacción social. Los médicos no descubren que una persona está loca, sino que la enloquecen ellos mismos. La etiqueta del enfermo está generalmente administrada por la profesión médica como mediadora del poder social (Goffman, 1961).

En psiquiatría, el concepto de crónico ha sido criticado desde distintas posiciones: Ciompi (1984), lo considera un artefacto social distinto por su sintomatología y etiología a un episodio agudo en la esquizofrenia. Este artefacto es el resultado de la evolución particular del episodio inicial. Los factores biológicos sobre la evolución de la esquizofrenia son inseguros y contradictorios; por el contrario, parecen tener clara influencia un conjunto de factores sociales. Estudios longitudinales (Bleuler, 1972 y Ciompi, 1984), con una población investigada de 999 casos y con una duración media de catamnesis de 26 años, demuestran que no hay una forma de evolución típica y característica a largo plazo, ni tampoco un estado final unívoco de la esquizofrenia; por el contrario

hay una enorme diversidad de formas evolutivas. Strauss y Carpenter (1977), han comprobado que existen variables evolutivas independientes y poco relacionadas. Los enfermos pueden tener una evolución de la sintomatología desfavorable y sin embargo una mejoría en otros niveles, por ej. en lo laboral o social. Jablensky (1984), en un estudio transcultural concluye que las evoluciones en la esquizofrenia no son constantes y se modifican según factores culturales y socio-económicos (Sartorius, 1983).

Dauwalder, Ciompi, Aebi y Hubschmid (1984), han estudiado de que manera influyen las expectativas del personal asistencial, la familia y el ambiente en la evolución final de los pacientes. Parece que la cronicidad no se diferencia del proceso de socialización. Luego, las características de la estructura social y la organización del medio donde se produce ese proceso parecen ser importantes (García González y Montejo Candosa, 1986).

Una definición operativa de los enfermos mentales crónicos en estudios e investigaciones es: *"aquella persona que permanece internada o en relación regular con un servicio asistencial más allá de un período de tiempo que se fija convencionalmente"*. Estudios de prevalencia de la nueva cronicidad, después de la desinstitucionalización psiquiátrica, encuentran cuatro patrones de enfermos mentales crónicos: el remanente manicomial, los crónicos externalizados, los usuarios crónicos de servicios ambulatorios y los pacientes crónicos adultos jóvenes

(Desviat, Fernández Liria y Rendueles, 1986); éstos últimos con un perfil sociológico propio de la era de la desinstitucionalización (Fernández Liria, 1991).

A pesar de la discusión que ha generado este concepto se ha llegado a un cierto consenso en definir la población descrita como "enfermos mentales crónicos": "Aquellas personas que sufren ciertos trastornos mentales graves y crónicos (síndromes cerebro-orgánicos, esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos, trastornos depresivos recurrentes, trastornos paranoides y otras psicosis así como otros trastornos que pueden convertirse en crónicos) que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a (tres o más) áreas o aspectos de la vida diaria como higiene personal y autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, ocio; y que dificultan el desarrollo de su autonomía o autosuficiencia económica. Muchos de tales individuos han requerido atención hospitalaria de mayor o menor duración. Se incluye así, tanto a las personas que han sido "residentes" de instituciones u hospitales psiquiátricos, como a personas que están en riesgo de institucionalización a causa de sus discapacidades psiquiátricas crónicas" (Goldman, Gatozzi y Taube, 1981).

2.2.- La esquizofrenia.

Se considera el paradigma de la enfermedad mental crónica.

La esquizofrenia supone fundamentalmente, según Obiols y Obiols (1989) un trastorno básico de la estructura y fisiología cerebrales y que ello repercute tanto en los procesos emocionales y cognitivos (psicológicos) del enfermo como en la interacción social del mismo.

Se estima que aproximadamente 20 millones de personas en el mundo sufren de esquizofrenia, un 1% de prevalencia, según los estudios ECA (Regier, Meyer, Kramer, Robins, Blazer, Hough, Eaton y Tocke, 1984) y de la OMS (World Health Organization, WHO, 1990).

La edad de inicio suele ser en la adolescencia o primera juventud. Afecta aproximadamente por igual a ambos sexos. El comienzo del trastorno puede manifestarse de forma lenta, insidiosa, con predominio de síntomas negativos (apatía, anhedonia, aplanamiento afectivo), o de forma brusca y aguda con predominio de síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del pensamiento).

El curso de la enfermedad es de gran variabilidad y no inevitablemente crónico y deteriorante. Un porcentaje de casos que varía en las diferentes culturas y poblaciones evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa (World Health Organization, WHO, 1992).

A pesar de los nuevos avances en la investigación, todavía no se ha logrado conocer su naturaleza y determinar su etiología. La historia de la psiquiatría es en sí misma, la historia del término esquizofrenia (Colodrón, 1990). Las

investigaciones sobre los trastornos mentales se ha venido haciendo, tradicionalmente, examinando el cuadro clínico que conforma su fenomenología, que incluye aspectos transversales como sintomatología, su gravedad y aspectos longitudinales como edad de comienzo, forma de inicio, curso del trastorno, pronóstico y respuesta al tratamiento (Jiménez, Ramos y Sanchís, 1995).

Así, Kraepelin (1856-1926) definió la "dementia praecox" como un conjunto de trastornos caracterizados por la presencia de delirios y vacío afectivo, que aparecían a una edad relativamente temprana, con un curso crónico y deteriorante. Con este término diferenció la esquizofrenia de las psicosis orgánicas. Bleuler (1857-1939) cambió el nombre de dementia praecox por esquizofrenia, por entender que para definir el trastorno era más importante el estudio transversal de los síntomas que el curso y desenlace, el cual no consideraba condujera necesariamente al deterioro. La característica fundamental en la esquizofrenia era la división o fragmentación del pensamiento. Pensaba que la esquizofrenia era un grupo heterogéneo de trastornos a los que se refirió como "el grupo de las esquizofrenias" (Colodrón, 1983).

Durante las décadas de 1950 y 1960 el concepto de Bleuler fue ampliamente difundido y constituyó la descripción prototípica de la esquizofrenia en la mayor parte de Europa y EE.UU (Andreasen, 1988).

Sin embargo, al no haber consenso en determinar cuales

eran los síntomas patognómicos en la esquizofrenia y desconocer la etiología del trastorno, estudios internacionales sobre la esquizofrenia (Wing, Cooper y Sartorius, 1974), pusieron de manifiesto las grandes diferencias de diagnóstico entre los países, debido a diferencias teóricas y conceptuales de los diferentes sistemas diagnósticos. La necesidad de encontrar un lenguaje común para lograr diagnósticos más consistentes y facilitar la comunicación hizo necesario la creación de instrumentos más estandarizados para la descripción de síntomas y definición de trastornos.

Uno de los primeros intentos por sistematizar el diagnóstico de esquizofrenia utilizando síntomas específicos lo realizó Kurt Schneider (1959), para quien la presencia conjunta de síntomas de primer rango aseguraban el diagnóstico de esquizofrenia (Tabla 2.1).

Síntomas de primer rango:

Pensamiento sonoro
 Voces que discuten
 Experiencias de pasividad somática
 Influencia, imposición y robo de pensamiento
 Transmisión de pensamiento
 Percepciones delirantes
 Cualquier experiencia que implique voluntad, afectos
 e impulsos dirigidos.

Síntomas de segundo rango:

Otros trastornos de la percepción
 Ideas delirantes súbitas
 Perplejidad
 Cambios depresivos o eufóricos
 Sentimientos de empobrecimiento emocional
 Otros.

Tabla 2.1.- *Criterios diagnósticos de Kurt Schneider.*

2.2.1.- Criterios diagnósticos oficiales.

Siguiendo los criterios de Kurt Schneider, se han realizado diversas clasificaciones y manuales diagnósticos tanto en Europa como en EE.UU con revisiones periódicas, las dos últimas han sido: en Europa, la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 de la OMS (World Health Organization, 1992) y en EE.UU El Manual Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición, DSM-IV (American Psychiatric Association, APA, 1994); ambas realizan un esfuerzo para crear una definición operativa y consensuada de la esquizofrenia y alcanzar un nivel aceptable de fiabilidad en el diagnóstico.

El sistema diagnóstico del CIE-10 de la OMS (Tabla 2.2),

considera que los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por la presencia de "distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, éstas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación". Señala también que suele conservarse la claridad de conciencia y la capacidad intelectual, aunque con el tiempo pueden presentarse déficits cognitivos.

No se han identificado síntomas patognómicos de la esquizofrenia, pero sí, síntomas de significación especial que suelen presentarse asociados.

Para el diagnóstico de esquizofrenia se requiere que el sujeto haya presentado al menos un síntoma del grupo 1 (a-d) y dos síntomas del grupo 2 (e-h) de forma clara, la mayor parte del tiempo y durante un período de un mes o más.

A. Presencia de al menos uno de los síntomas y signos que aparecen relacionados con la sección 1, o al menos dos de los síntomas y signos relacionados en 2 que deberían haber estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

1. Al menos uno de los siguientes:

- (a) Eco, robo, inserción de pensamiento o difusión del mismo.
- (b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, claramente referidas al cuerpo o a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos, y percepción delirante.
- (c) Alucinaciones auditivas que son voces que comentan el comportamiento del paciente, o discuten entre ellas, u otros tipos de voces que proceden de alguna parte del cuerpo.
- (d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

2. O al menos dos de los siguientes síntomas:

- (e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando son acompañadas por delirios pasajeros o inconsistentes sin un claro contenido afectivo, o por ideas persistentes de sobrestimación, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- (f) Bloqueos o interrupciones en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje incoherente e irrelevante o presencia de neologismos.
- (g) Comportamiento catatónico, tal como excitación, adoptar posturas o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor.
- (h) Síntomas "negativos" tales como una marcada apatía, pobreza de lenguaje y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (éstos aparecen generalmente junto con retraimiento social y disminución de las actividades sociales). Debe quedar claro que estos síntomas no son debidos a depresión ni son efectos secundarios de la medicación neuroléptica.

Al evaluar la presencia de estas experiencias subjetivas anormales y comportamientos, se debe poner un cuidado especial para evitar la evaluación de falsos positivos, especialmente ante la presencia de modos de expresión y comportamientos influidos culturalmente o subculturalmente o por un nivel inferior de inteligencia.

B. El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia.

C. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas.

Tabla 2.2.- *Criterios de la CIE-10 para el diagnóstico de la esquizofrenia (OMS, 1992).*

Los criterios diagnósticos del DSM-IV del APA (Tabla 2.3), considera no solo cuales son los síntomas más definitorios de la esquizofrenia, sino aspectos importantes del trastorno como la duración que requiere la presencia de estos síntomas, la inclusión de síntomas prodrómicos y residuales, o cuál ha de ser el tiempo total de duración del cuadro para establecer el diagnóstico definitivo de esquizofrenia.

A. **Síntomas característicos:** Al menos dos de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una porción significativa de tiempo durante el período de un mes (o menos si es tratado satisfactoriamente):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Habla desorganizada (con frecuencia descarrilamiento o incoherencia).
4. Comportamiento exageradamente desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos, es decir, afecto plano, alogia o abulia.

Nota: Solamente se requiere un síntoma del apartado A si los delirios son desorganizados o las alucinaciones consisten en voces que comentan el comportamiento o pensamiento de la persona, o dos o más voces que conversan entre ellas.

B. **Alteraciones en el funcionamiento sociolaboral.** Durante la mayor parte del tiempo desde el inicio del trastorno, una o más áreas importantes del funcionamiento como - trabajo, relaciones interpersonales o el cuidado personal - están marcadamente por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, existe fracaso para alcanzar el nivel de realización interpersonal, académico u ocupacional esperado).

C. **Duración.** Signos continuos del trastorno persisten durante al menos 6 meses. En este período de 6 meses debe incluir al menos durante 1 mes los síntomas que reúnen los criterios del apartado A (síntomas de la fase activa), y puede incluir períodos prodrómicos o residuales cuando el criterio A no se cumple en su totalidad. Durante estos períodos, las señales del trastorno pueden manifestarse a través de síntomas negativos, o dos o más síntomas de los listados en el criterio A están presentes de forma atenuada (p. ej., afecto embotado, experiencias perceptuales inusuales).

D. **Exclusión del diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y de trastorno afectivo.** El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del humor con síntomas psicóticos han sido excluidos porque: 1) ningún episodio de depresión mayor o de manía ha estado presente al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa; o 2) si estos episodios han ocurrido durante la fase activa de los síntomas, su duración total ha sido más breve que la duración de los períodos activos y residuales.

E. **Exclusión de las alteraciones secundarias al uso de sustancias o a condiciones médicas.** El trastorno no se debe a un trastorno psicótico inducido o secundario al uso de sustancias (p. ej., abuso de drogas, medicación) o a condiciones médicas.

F. **Relación con un trastorno del desarrollo.** Si hay historia de autismo u otro trastorno del desarrollo, solamente se hace el diagnóstico adicional de esquizofrenia si están presentes delirios o alucinaciones, durante al menos un mes (o menos si son tratados satisfactoriamente).

Tabla 2.3.- *Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la esquizofrenia (APA, 1994).*

2.2.2.- Subtipos de esquizofrenia.

A pesar de la consideración habitual que se hace de la esquizofrenia como una entidad patológica delimitada, tanto la experiencia clínica como la investigación evidencian una pluralidad o heterogeneidad del trastorno. A excepción de la esquizofrenia simple, los subtipos paranoide, catatónico y hebefrénico (sustituido en el DSM-IV por E. desorganizada), se han mantenido en las clasificaciones actuales de la esquizofrenia desde Kraepelin y Bleuler (Tabla 2.4).

CIE-10 (OMS, 1992)	DSM-IV (APA, 1994)
E. Paranoide	E. Paranoide
E. Hebefrénica	E. Desorganizada
E. Catatónica	E. Catatónica
E. Indiferenciada	E. Indiferenciada
Depresión post esquizofrénica	
E. Residual	E. Residual
E. Simple	
Otras E.	
E. sin especificación	

Tabla 2.4.- *Subtipos de esquizofrenia.*

Sin embargo, el descontento con los subtipos clásicos de la esquizofrenia, con fines de investigación, es evidente. Ha habido propuestas dicotómicas como la distinción de paranoide/no paranoide (Tsuang y Winokur, 1974) cuando en el cuadro clínico domine o no la presencia de delirios más sistematizados. La dimensión agudo/crónico (Neale y Oltmanns, 1980), o la tipología de Crow (1980) que distingue entre síntomas positivos (alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento) más frecuentemente asociado a la esquizofrenia

aguda (Tipo I) y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, pobreza de lenguaje, pérdida de impulso), asociados a la esquizofrenia crónica y a estados defectuales (Tipo II) ver Tabla 2.5.

	Tipo I	Tipo II
Síntomas característicos	Alucinaciones Delirios Trastornos del pensamiento (Síntomas positivos)	Aplanamiento afectivo Pobreza del lenguaje Pérdida de impulso (Síntomas negativos)
Frecuentemente en	Esquizofrenia aguda	Esquizofrenia crónica
Respuesta a los neurolepticos	Buena	Pobre
Pronóstico	Reversible	¿Irreversible?
Proceso Patológico	Incremento receptores dopaminérgicos	Cambios estructurales en el cerebro y pérdida celular.

Tabla 2.5.- *Tipología de Crow (1980).*

El por qué algunos pacientes no mejoran, a pesar de la medicación neuroleptica y el daño intelectual presente en algunos casos, sugirió a Crow (1980) que el componente del trastorno esquizofrénico, relacionado con la remisión de algunos síntomas al tratamiento con neurolepticos, pudiera

estar relacionado con los síntomas positivos, mientras que los síntomas negativos estarían más relacionados con la existencia de daño intelectual y la presencia de cambios estructurales en el cerebro.

2.2.3.- Etiología

La complejidad y heterogeneidad del trastorno ha favorecido el desarrollo de distintas teorías que compiten por explicar su causa. Hoy se puede afirmar que la esquizofrenia surge por la interacción de múltiples factores causales, como la combinación de factores genéticos de predisposición y factores ambientales. La hipótesis de trabajo más probable es que estemos ante un grupo heterogéneo de trastornos que comparten algunas características clínicas comunes pero que pueden ser etiológicamente diversos.

Existen diversas hipótesis explicativas sobre las causas de la esquizofrenia:

- A. Hipótesis psicobiológicas
- B. Alteraciones cognitivas
- C. Modelo de la vulnerabilidad

A. Hipótesis psicobiológicas:

Las líneas de investigación actuales se plantean hipótesis cada vez más específicas en relación a subgrupos de pacientes esquizofrénicos lo más homogéneos posibles. Las áreas de investigación más relevantes son: a) los estudios genéticos, b) la investigación neuroquímica, c) los estudios

de alteraciones cerebrales y d) las hipótesis víricas e inmunológicas.

La epidemiología genética muestra un porcentaje mayor entre miembros de familias de personas esquizofrénicas que entre parientes de personas no esquizofrénicas. Mientras que el 1% de la población, en general, desarrolla la enfermedad, este porcentaje se eleva al 10% entre parientes de primer grado y al 48% cuando se trata de gemelos monocigóticos (Gottesman, 1991). Sin embargo, que esta concordancia no sea del 100 por 100 en gemelos idénticos hace pensar en la relevancia de factores ambientales. De estos estudios se deduce que la herencia está presente en la esquizofrenia, que no es la única causa de su aparición y que no se sabe bien lo que se hereda.

La investigación neuroquímica se ha basado fundamentalmente en la hipótesis de la dopamina. La hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas puede estar presente en algunos esquizofrénicos y este incremento puede relacionarse con síntomas específicos como delirios y alucinaciones. Esta hipótesis se basó en el hecho de que los neurolepticos (fármacos antipsicóticos) bloquean los receptores de la dopamina inhibiendo así su actividad (Creese, Burt y Snyder, 1975; Carlsson, 1978). Se han realizado múltiples estudios bioquímicos, neuroendocrinos y psicofarmacológicos sobre la hipótesis dopaminérgica, incluyendo su interrelación con otros neurotransmisores como la acetilcolina, serotonina (Meltzer, 1987; Lieberman y

Koreen, 1993). No hay consenso sobre cuál es el papel de la dopamina en la etiología de la esquizofrenia, sobre todo cuando se descubrió que diferentes subtipos de receptores dopaminérgicos pueden interactuar unos con otros. Tampoco puede explicar la sintomatología tan variada presente en la esquizofrenia. Las alucinaciones y delirios son vulnerables a la acción de los neurolepticos; sin embargo, los síntomas negativos no solo no mejoran sino que a veces se agravan.

El desarrollo de las técnicas de neuroimagen ha permitido el estudio de la estructura y función cerebral. Con la utilización de estas técnicas se ha detectado la presencia de alteraciones estructurales en el cerebro de algunos subtipos de pacientes esquizofrénicos como la dilatación ventricular, entre otras. Esta alteración es en la que hay mayor consenso. Aunque no está claro su significado en la esquizofrenia, se ha asociado a distintas variables clínicas como cronicidad, sintomatología predominantemente negativa y déficits cognitivos. Se han encontrado alteraciones funcionales, en algunos subtipos de esquizofrénicos, en las estructuras corticales, lóbulos frontal y temporal y en las estructuras subcorticales, como los ganglios basales que se relacionan con la presencia de síntomas positivos (Jiménez y Ramos, 1995).

La hipótesis vírica e inmunológica sugiere que un proceso infeccioso o una respuesta inmunológica anormal sean los posibles factores causales de la esquizofrenia. Esta hipótesis considera que algunos casos de esquizofrenia pueden estar causados por una infección del sistema nervioso central,

producida por un virus o como resultado de una actividad celular patológica en el tejido del SNC originada por anticuerpos (Kirch, 1993).

B. Alteraciones cognitivas:

El pensamiento desorganizado se ha considerado desde hace tiempo como uno de los rasgos más distintivos de la esquizofrenia. El enfoque de la psicología cognitiva y en especial el modelo del procesamiento de la información es el que actualmente proporciona un marco más riguroso y los datos más interesantes en el estudio de los procesos cognitivos en psicopatología (Ruíz Vargas, 1987 y Vázquez y Ochoa, 1989). Los principales resultados sobre cognición y esquizofrenia se resumen en la Tabla 2.6.

Percepción:

Procesamiento más lento en los primeros momentos de la codificación.
 Problemas en procesos automáticos de reconocimiento (?).
 Percepción global más disgregada (?).

Atención:

Respuesta de orientación inicial enlentecida.
 Amplitud de aprehensión reducida.
 Rendimiento normal en tareas sencillas.
 Pobre rendimiento cognitivo general en tareas que demanden elevada atención.
 Indicador estable de vulnerabilidad.

Memoria:

Rendimiento normal en tareas de reconocimiento.
 Rendimiento pobre en tareas de recuerdo.
 Rendimiento pobre en tareas que requieran organizar el material.
 Rendimiento adecuado si procesan material altamente afectivo.

Pensamiento y lenguaje:

Razonamiento silogístico no deteriorado.
 Rendimiento pobre en tareas de clasificación de objetos.
 Lenguaje pobre y deteriorado.
 Monitorización inadecuada de mecanismos motores y semánticos en la producción lingüística (?).
 Activación aleatoria de redes semánticas (?).
 Indicador de vulnerabilidad (?).

Tabla 2.6.- *Resumen de algunos de los principales resultados sobre cognición y esquizofrenia. Se señalan con una interrogación aquellos hallazgos que requieren mejor verificación (Vázquez, Ochoa, Santos Gómez y Fuentenebro de Diego, 1989).*

Ruíz Vargas, (1987), hace una revisión muy amplia de los distintos modelos y teorías y señala que la inferior ejecución en tareas con demandas atencionales constituye una de las manifestaciones centrales en la patología esquizofrénica.

Gjerde (1983), asimismo, sugiere que los esquizofrénicos

tienen rendimientos pobres en aquellas tareas que exigen una gran demanda atencional, es decir, que el rendimiento cognitivo de estos pacientes pudiera ser explicado de acuerdo a sus características atencionales. Así, es en las tareas de recuerdo y no de reconocimiento donde los esquizofrénicos muestran peor rendimiento. Por tanto, las tareas que exijan un control más o menos continuado y consciente por parte del sujeto aumentarán los problemas de ejecución.

La conexión de estos déficits cognitivos con teorías neurofisiológicas abre nuevas líneas de investigación como la propuesta por Hemsley (1993) que propone la relación entre anomalías del hipocampo y estructuras cerebrales relacionadas con la aparición de síntomas psicóticos.

Los déficits cognitivos parecen constituir no solo un síntoma importante de la esquizofrenia, sino además ser un elemento causal de su etiología, como lo proponen diversos modelos de vulnerabilidad (Nuechterlein y Liberman, 1985; Ciompi, 1987).

C. Modelo de la vulnerabilidad:

El concepto de vulnerabilidad o predisposición a la esquizofrenia constituye una constante implícita en gran parte de los modelos etiológicos; sin embargo, Zubin y Spring (1977) consideran que la contribución de estos modelos para la comprensión de la etiología de la esquizofrenia es sólo parcial. Ningún modelo ha refutado la evidencia experimental que han aportado otros, lo cual demuestra su compatibilidad

y complementariedad. El objetivo del modelo de vulnerabilidad de Zubin y Spring es analizar cada uno de los modelos para extraer, a partir de ellos, un factor común que pueda guiar la investigación en el marco de cada uno de los factores del problema.

Parte del estudio de grupos de alto riesgo (hijos de esquizofrénicos) y está fundamentado tanto en modelos genéticos (etiología: disfunción orgánica), como en modelos evolutivos (etiología: proceso psicológico interno producto del desarrollo), como en modelos ecológicos (etiología: proceso determinado por el ambiente). La teoría de la vulnerabilidad surge como un compromiso entre los dos polos propuestos por los modelos biológico-genético y ecológico-psicosocial. Cada individuo participa de un determinado grado de vulnerabilidad, que bajo determinadas circunstancias, se traduce en un episodio esquizofrénico.

La vulnerabilidad se define como la predisposición a desarrollar un trastorno esquizofrénico cuando las circunstancias vitales (externas o internas) producen un grado de estrés tal que supera el umbral de tolerancia al estrés del individuo (Figura 2.1).

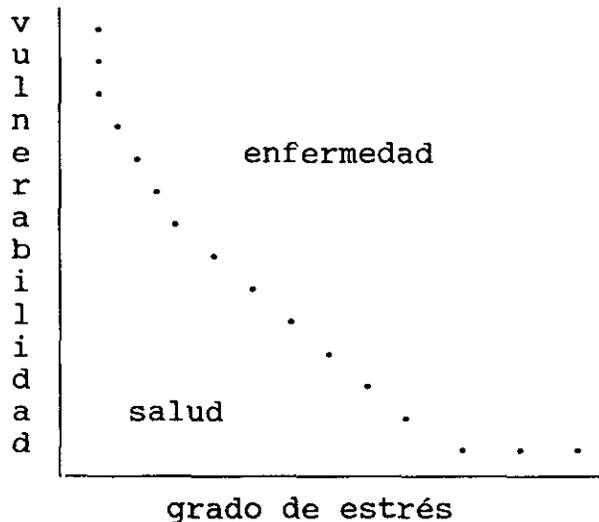


Figura 2.1.- *Modelo de Vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977).*

La variable vulnerabilidad es un rasgo dimensional, duradero y relativamente estable y permanente, frente al episodio, que constituye un estado que remite y que es, por tanto, temporal. La esquizofrenia es una enfermedad episódica que ocurre, en un individuo vulnerable, cuando un estrés suficiente lo catapulta a un episodio.

La esquizofrenia se caracteriza esencialmente por un estado de vulnerabilidad al desorden. Esta vulnerabilidad puede o no dar lugar a un episodio de enfermedad dependiendo del desencadenamiento de acontecimientos vitales estresantes, de la influencia moderadora de las redes sociales, de factores ecológicos y de la personalidad premórbida (Zubin, Magaziner y Steinhauer, 1983).

A diferencia de los modelos puramente biológicos y ecológicos-psicosociales que consideran los períodos intercrisis (salud) como un respiro en un desorden continuo,

el modelo de vulnerabilidad considera la crisis (enfermedad) como una interrupción temporal en una vida esencialmente saludable. Las recaídas no proceden de una condición crónica subyacente, sino de una vulnerabilidad subyacente desencadenada por acontecimientos vitales estresantes.

Concepto de Emoción Expresada:

La Emoción Expresada (EE) se refiere a aspectos emocionales de la conducta de los familiares que viven con personas con trastornos esquizofrénicos.

El estrés crónico que puede generar un clima familiar de alta emoción expresada, se define como la cantidad de hostilidad, sobreimplicación emocional y crítica expresada por la familia al enfermo y que constituye un factor de recaída demostrado a través de diversos estudios (Leff y Vaughn, 1985).

Este estilo afectivo de riesgo parece ser la forma de enfrentarse a la enfermedad por parte de algunas familias. Las familias de alta emoción expresada parecen ser aquellas que menos capacidad tienen para afrontar las crisis y se muestran más preocupadas y angustiadas. Por el contrario, las familias de baja emoción expresada son más tolerantes y afrontan los incidentes con mayor calma (Vaughn y Leff, 1981; Lemos Giráldez, 1985; Gutiérrez, 1988).

Los pacientes cuyo estilo afectivo familiar es de alta emoción expresada tienden a recaer con más facilidad si el

período de contacto "cara a cara" con la familia es superior a las 35 horas. Por otro lado la medicación constituye un factor de protección para este estrés denominado como "crónico" pero que resulta ineficaz cuando se suma un acontecimiento vital estresante (Vaughn, Snyder, Jones, Freeman y Falloon, 1984). Ver Figura 2.2.

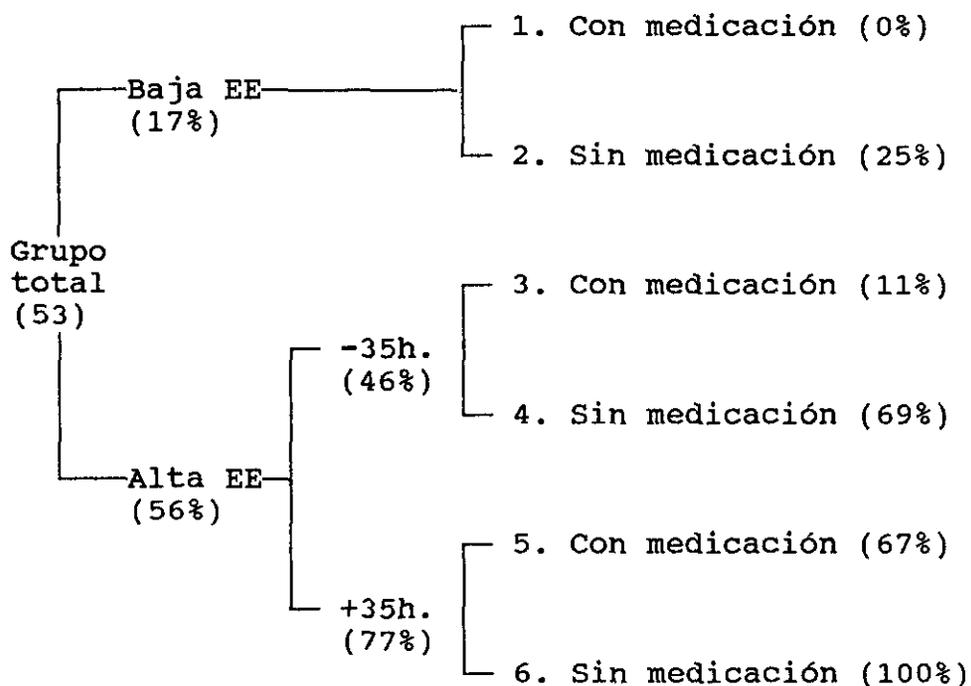


Figura 2.2.- Tasa de recaídas en 9 meses de 53 pacientes. Relación entre la EE familiar, medicación, tiempo de contacto cara a cara y recaídas (Vaughn y col., 1984).

Vaughn y Leff, 1976a; Leff y Vaughn 1981, han señalado que los pacientes de alta EE, es decir de alto riesgo, pueden verse protegidos de las recaídas por dos factores mediadores: la medicación de mantenimiento y un bajo nivel de contacto interpersonal cara a cara (por debajo de 35 h. a la semana) con sus familiares de alta EE.

2.3.- Modelos multifactoriales e integrativos.

2.3.1.- Modelo psicobiológico integrativo de la esquizofrenia (Ciompi, 1987).

Ciompi (1987) hace una revisión de distintos conceptos e hipótesis explicativas, algunas ya comentadas.

- El modelo de estrés-diátesis de Falconer (1965); Rosenthal (1970) y Gottesman y Shields (1976), en el que el desorden esquizofrénico aparece ante un estrés en base a una predisposición hereditaria o "diátesis". Para Gottesman y Shields (1982) el 70% de las causas de la esquizofrenia son biológicas (genéticas), y el 30% ambientales.

- El modelo del marco estimular de Wing y Brown (1970); Wing (1975); en él, la patología en la esquizofrenia, respondería a, tanto una sobrestimulación, como a una infraestimulación.

- La hipótesis de vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977); Zubin y col.(1983), en la que el trastorno central en la esquizofrenia es la vulnerabilidad al estrés, en parte heredada y en parte adquirida. Así, la esquizofrenia es esencialmente un estado episódico.

- El modelo de procesamiento de la información de Venables (1963); Chapman y Chapman (1973); Nuechterlein y Dawson (1984), en el que el déficit cognitivo en el procesamiento de la información es la causa principal de los trastornos esquizofrénicos.

- El modelo de desarrollo interactivo de Strauss y Carpenter (1981), en el que el trastorno esquizofrénico y otros trastornos se desarrollan en un constante proceso de interacción con el ambiente.

- La hipótesis de la plasticidad neuronal de Haracz (1984) explica que la base de la vulnerabilidad a la esquizofrenia se debe a cambios en la estructura cerebral producidos por la interacción entre influencias no específicas genéticas y el ambiente.

Otros conceptos se derivan de los modelos cibernéticos, de la comunicación y la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy (1950); Miller (1975); Maturana (1982).

Todos ellos tienen en común el relacionar aspectos biológicos y psicosociales con mayor o menor peso o determinación.

Ciampi (1981, 1982, 1984, 1987, 1989) desarrolla un modelo psico-biológico integrativo recogiendo los conceptos más importantes de los distintos modelos. Considera tres fases sucesivas en la evolución de la enfermedad, con distintas causalidades (Figura 2.3).

La fase premórbida estará determinada por factores biológicos y psicosociales: defectos genéticos y perinatales, en combinación con traumas infantiles, estilos de comunicación familiar, aprendizaje. Este nivel premórbido configura una vulnerabilidad caracterizada por hipersensibilidad al estrés

que conlleva una disminución de la capacidad para procesar información compleja.

En la fase aguda, la sucesión de estímulos en esta estructura vulnerable produce un desequilibrio y la aparición de síntomas esquizofrénicos.

La tercera fase (la evolución a largo plazo), se manifiesta con gran diversidad de resultados que dependerán de las influencias psicosociales y las capacidades de afrontamiento del paciente no deterioradas.

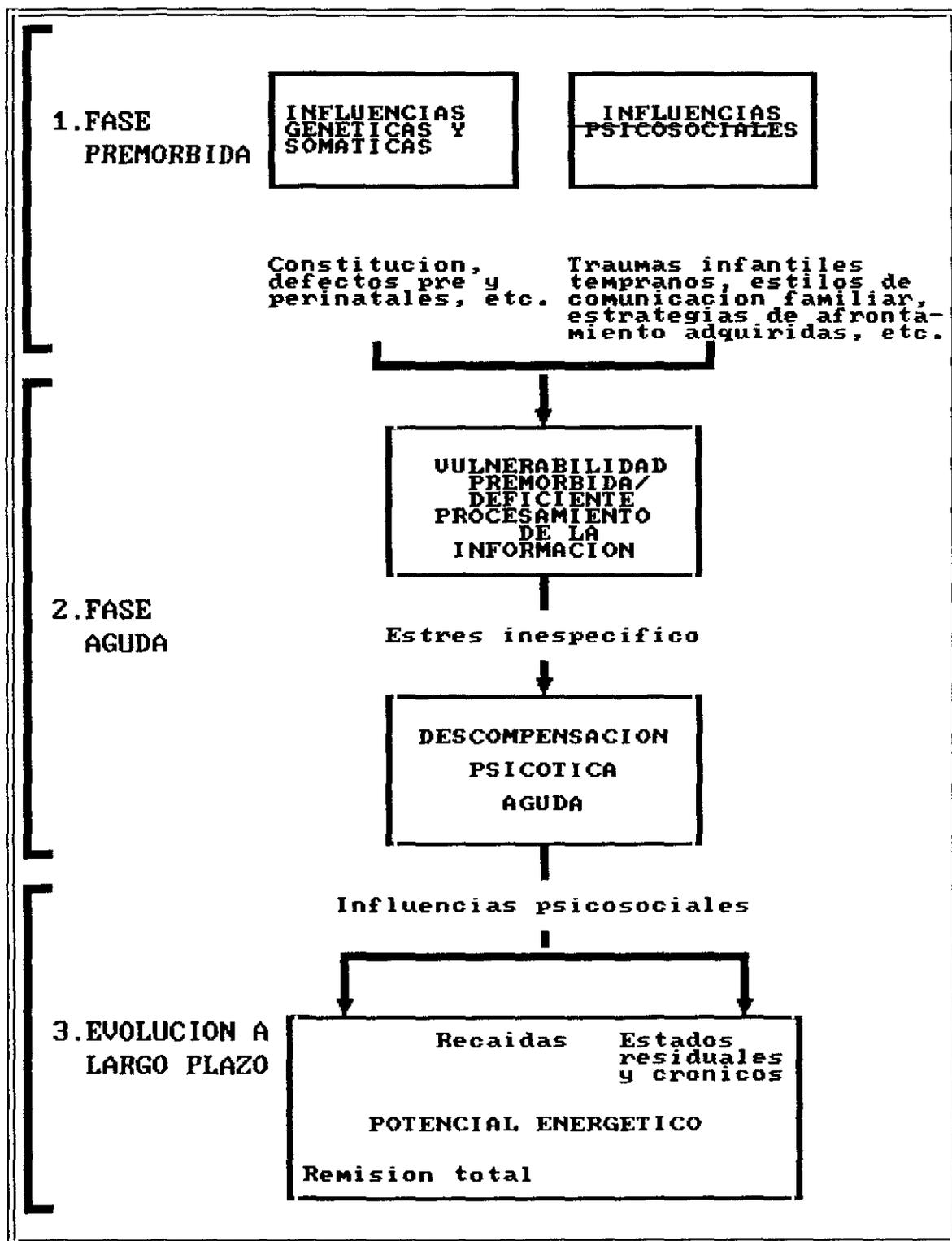


Figura 2.3.- Modelo psicobiológico integrativo de la esquizofrenia (Ciompi, 1987).

2.3.2.- Modelo multifactorial de los trastornos mentales crónicos y sus incapacidades (Lieberman, 1986a).

Basándose fundamentalmente en la hipótesis de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977; Zubin y col., 1983) y en el modelo de procesamiento de la información (Nuechterlein y Dawson, 1984), Lieberman desarrolla un modelo multifactorial de los trastornos mentales crónicos y sus incapacidades. Define cuatro estadios que explican la naturaleza y las consecuencias de la enfermedad: (Tabla 2.7).

1) Patología 2) Deterioro 3) Incapacidad 4) Minusvalía

Patología:

Producto de disfunciones psicobiológicas en el sistema nervioso que originan déficits en las funciones cognitivas, atencionales y autónomas, en la regulación del estado de alerta y del procesamiento de la información.

Deterioro:

Son consecuencia de la patología y pueden incluir trastornos del pensamiento y lenguaje, delirios, alucinaciones, ansiedad, depresión, falta de concentración o de memoria, apatía, anhedonia. Estos síntomas y déficits son consecuencia tanto del curso de la enfermedad como del proceso patológico del sistema nervioso.

Incapacidad:

Se define como el impedimento o limitación para

desempeñar los roles que se esperan de un individuo en el medio social (Frey, 1984). En el caso de trastornos psiquiátricos graves como la esquizofrenia, estas limitaciones incluyen deficiente autocuidado, retraimiento social, abandono de responsabilidades e incapacidad laboral.

Minusvalía:

Se da cuando las incapacidades individuales colocan al sujeto en desventaja en relación con los demás. Se debe a la estigmatización y discriminación. También cuando la sociedad no proporciona los recursos adecuados para que estas personas puedan compensar sus limitaciones e incapacidades.

Patología - Deterioro - Incapacidad - Minusvalía
--

Definición:

Lesiones o anomalías en el sistema nervioso central causadas por agentes o procesos responsables de la etiología y mantenimiento del trastorno bioconductual	Alguna pérdida o anomalía psicológica, fisiológica o de la estructura anatómica o funcional (resultado de la patología subyacente).	Restricción o carencia (resultado de un deterioro) en alguna capacidad para ejecutar una actividad de manera que se considera normal para una persona.	Desventaja de un individuo por un deterioro o una incapacidad que limita o impide la plena ejecución de un rol normal para ese individuo (dependiendo de la edad, sexo y factores culturales).
--	---	--	--

Ejemplo:

Tumores cerebrales o infecciones ligadas etiológicamente a síntomas psicóticos.	Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (delirios, anhedonia).	Habilidades sociales deficitarias.	Desempleo, carencia de hogar.
---	---	------------------------------------	-------------------------------

Intervenciones:

Pruebas de laboratorio y radiológicas.	Diagnóstico del síndrome, farmacoterapia, hospitalización.	Evaluación funcional, entrenamiento en habilidades, apoyo social.	Política estatal de rehabilitación ocupacional. Programas de apoyo comunitario.
--	--	---	---

Tabla 2.7.- *Estadios en el modelo de los trastornos mentales crónicos (Liberman, 1986b).*

Estrés-vulnerabilidad-afrontamiento-competencia:

Este modelo explica el inicio, evolución y desenlace de los síntomas y comportamiento social de los enfermos mentales crónicos, como una compleja interacción entre factores biológicos, ambientales y conductuales (Lieberman, 1982).

La vulnerabilidad psicobiológica puede derivar en sintomatología psicótica cuando los acontecimientos vitales estresantes o la tensión ambiental familiar o en el trabajo superan las habilidades de afrontamiento.

Los factores de protección moderan el impacto de la vulnerabilidad y el estrés sobre la limitación, la incapacidad y la minusvalía. Los principales factores de protección son la capacidad de afrontamiento y competencia de los individuos, familias, los sistemas de apoyo naturales y el tratamiento profesional. Los programas de rehabilitación son factores de protección cuando incluyen el aprendizaje de habilidades, apoyo social o empleo transitorio.

Este modelo explicativo posibilita las estrategias de rehabilitación en distintas áreas de funcionamiento, modificando las habilidades de las personas incapacitadas y/o modificando el apoyo de su medio ambiente inmediato. (Figura 2.4).

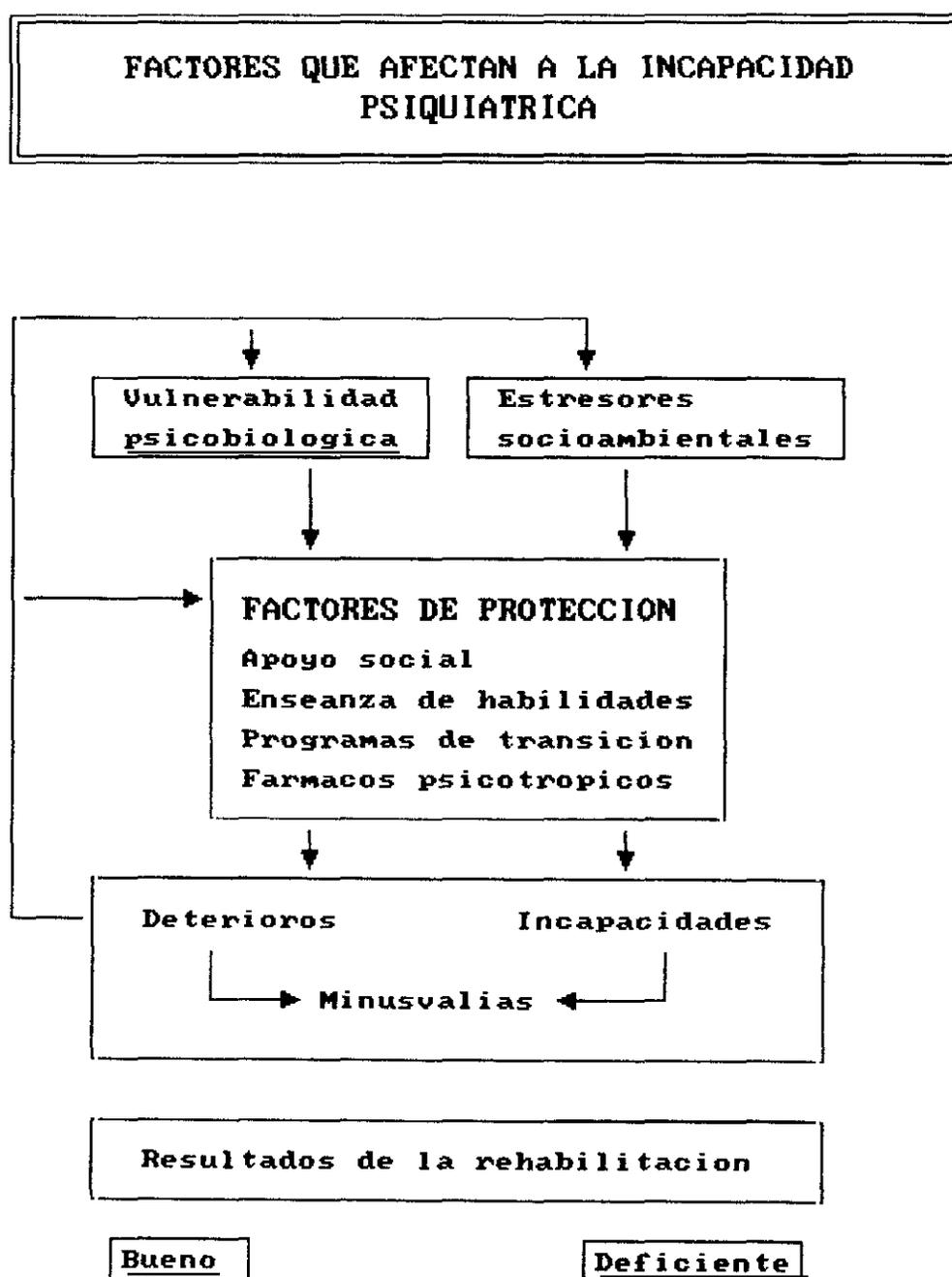


Figura 2.4.- Modelo multifactorial de los trastornos mentales crónicos y sus incapacidades. (Lieberman, 1986b).

CAPITULO 3

CAPITULO 3

LA REHABILITACION PSICOSOCIAL

Dentro de la compleja red asistencial al enfermo mental crónico, la rehabilitación comienza, al igual que en una enfermedad física, cuando la patología y el deterioro de la fase aguda se estabiliza. En el caso de una persona con esquizofrenia, cuando los síntomas psicóticos agudos ceden o se compensan.

La rehabilitación psicosocial comparte con la rehabilitación física, el trabajar con personas, que presentan déficits o deterioros, pero se diferencia en que el paciente psiquiatrizado no sólo no cumple con las expectativas sociales, sino que se ve sometido a una pérdida creciente de habilidades para el desempeño de los múltiples roles sociales que conforman la vida humana. Situación de pérdida potenciada por el notorio despoblamiento de los soportes emocionales e interpersonales. Esta diferencia entre el problema en sí, y

como es visto por los demás hizo a Shearer (1981) distinguir entre discapacidades y minusvalías.

Una persona puede estar discapacitada por razones físicas o psiquiátricas, pero el hecho de que sea minusválida dependerá de las actitudes sociales. La esquizofrenia puede ser una discapacidad crónica y reincidente mientras que su minusvalía dependerá de lo que esperan, de esa persona con esquizofrenia, su familia, amigos, en el trabajo, otras personas significativas, la sociedad, además de él mismo (Shepherd, 1985).

Muchos de los pacientes que toman contacto con los servicios de salud mental, debido a su sintomatología, permanecen períodos largos de tiempo en contacto con los servicios y necesitan gran cantidad de cuidados y apoyo. Lo hacen por necesidades sociales y psicológicas antes que por razones médicas. La rehabilitación tiene que ver con la adaptación social y por ello, los recursos psicológicos individuales y habilidades sociales son tan importantes como su estado clínico.

3.1.- Antecedentes y fases históricas en la rehabilitación psicosocial.

El concepto de rehabilitación psicosocial tiene sus orígenes en diversos desarrollos históricos: (Anthony y Liberman 1986).

- La terapia moral.

- Programas de rehabilitación vocacional.
- La salud mental comunitaria.
- Los centros de rehabilitación psicosocial.
- Las técnicas de entrenamiento de habilidades.

La terapia moral:

Inglaterra, país pionero en fundaciones para enfermos mentales, ya en 1403 alojó a muchos de ellos en instituciones; la primera fue en Saint Mary de Bethleem, más conocida como Bedlam. En el siglo XVIII otros establecimientos públicos y semipúblicos comenzaron a completar las instalaciones psiquiátricas de Bedlam; de ahí surgió el Retiro de York, cuyo fundador, en 1796, un filántropo cuáquero, William Tuke, logró consecuencias significativas para la teoría y práctica de la psiquiatría británica. El personal abandonó los tradicionales remedios físicos en provecho del dominio de sí o tratamiento moral, como se le llamaría. Se trataba al enfermo de acuerdo con una estructura jerárquica basada en la idea de una gran familia. Por medio de una serie de recompensas y castigos, el personal trataba de volver a socializar a los pacientes y hacerlos miembros responsables de la sociedad (Postel y Quézel, 1983).

Los programas de rehabilitación vocacional:

Después de la 1ª guerra mundial, los gobiernos se focalizaron primero en la recuperación de minusválidos físicos, demostrando que la rehabilitación podía ser eficaz con programas de empleo, dada la necesidad de mano de obra.

Los programas vocacionales con apoyo financiero de gobiernos como EE.UU e Inglaterra también se extendieron a los enfermos mentales, proporcionando legitimidad al adiestramiento y rehabilitación de personas con trastornos psiquiátricos.

Actualmente se ha visto como el campo de la rehabilitación abarca más aspectos que una preocupación única sobre el funcionamiento vocacional, y se extiende hacia áreas nuevas de funcionamiento social y comunitario. Sin embargo, la posibilidad de un empleo acorde a la capacidad individual del paciente debiera ser la piedra angular del tratamiento a largo plazo en la comunidad (Lamb, 1982).

Salud Mental Comunitaria:

A partir de los procesos de desinstitucionalización, las críticas al modelo médico tradicional y la ineficacia de la reclusión para los enfermos mentales, se establece ya en los años 60 una nueva estrategia de intervención donde se aplican los programas de salud pública en los ámbitos locales de cada comunidad. Esta nueva filosofía se puede definir como el mejoramiento de las condiciones de vida y nivel de salud de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención, curación de las enfermedades, rehabilitación y reinserción social (Costa y López, 1982, 1986). Una nueva suposición básica prevaleció: a las personas con enfermedades mentales graves debiera ayudárseles para que se mantengan en la comunidad de una forma tan normal como sea posible; desafortunadamente, los

centros de salud mental comunitarios fallaron en proporcionar los amplios servicios necesitados por los discapacitados psiquiátricos severos (Braun, Kochansky, Shapiro, Greenberg, Gudeman, Johnson y Shore, 1981), que no eran una población altamente prioritaria para los centros de salud, quizás porque su personal interdisciplinario estaba mal equipado de técnicas para un trabajo eficaz con psicóticos crónicos (Lieberman, King y DeRisi, 1976). Se demandaba un entrenamiento específico para esta población (muchos derivados de instituciones psiquiátricas de larga estancia y privados de recursos personales para poder hacer frente a las demandas de la comunidad).

Centros de Rehabilitación Psicosocial:

Dada la insuficiencia de los servicios y técnicas para atender a los enfermos mentales más severos y la dificultad en su funcionamiento psicosocial en la comunidad, surgen movimientos de autoayuda, clubs psicosociales, asociaciones, para atender las necesidades de estos pacientes en la comunidad. Los primeros clubs fueron Fountain House y Horizon House en EE.UU., MIND (National Association for Mental Health) en Inglaterra; esta asociación proporciona ayuda e información a sus socios, publica folletos y boletines informativos sobre la enfermedad mental, tiene una red amplia de voluntarios, pacientes y profesionales, proporciona posibilidades de empleo y vivienda, defiende los derechos de los enfermos. Sus objetivos fundamentales son dotar de estrategias a la gente para poder enfrentarse a su medio, perseguir la salud antes

que reducir síntomas y en definitiva capacitar a la persona para que pueda tener una mejor calidad de vida en sociedad.

Entrenamiento en Habilidades:

El desarrollo más reciente en el desenvolvimiento de la rehabilitación psicosocial ha sido la introducción de métodos de entrenamiento en habilidades derivado de los principios del aprendizaje social, el entrenamiento en el desarrollo de recursos humanos y la rehabilitación vocacional. La eficacia para afrontar los acontecimientos estresantes requiere habilidades para promover la solución de problemas, el establecimiento de relaciones de amistad con otros y el desarrollo de habilidades instrumentales, movilizar redes de apoyo e incorporarse al trabajo.

Las técnicas de rehabilitación, basadas en principios de aprendizaje activos-directivos, prácticas conductuales, rol playing, refuerzos social y material, moldeamiento, entrenamiento y actividades para lograr la generalización, dotan al individuo de capacidades de resolución de problemas y otorgan protección ante el empeoramiento de los síntomas psiquiátricos (Wallace y Liberman, 1985).

Watts y Bennett (1983), consideran que los servicios de rehabilitación han pasado por varias fases.

En la primera fase, aunque el rechazo y abuso hacia los enfermos mentales era predominante en la Europa del siglo XIX, se redujeron posteriormente en Gran Bretaña debido al auge de

movimientos religiosos. Poco se hizo en el campo de la rehabilitación, pero sí hubo una preocupación moral y social por los incapacitados que dio origen al inicio de la segunda fase. En ésta, la persona incapacitada fue más protegida. Organizaciones caritativas y voluntarias proporcionaban servicios, casi siempre por motivos religiosos y deseos de ayudar. El período del trato moral permitió que las condiciones de los discapacitados fueran menos restrictivas y más tolerantes. Se empezaba a hablar de la posibilidad de reintegración a la vida social, de actividades facilitadoras para la reinserción, incluso de poder obtener un empleo adecuado. La influencia de la 2ª guerra mundial, con la necesidad de mano de obra, hizo posible el plantearse la rehabilitación y reinserción tanto de mutilados de guerra, como de enfermos mentales para que pudieran ser útiles en condiciones más favorables.

La tercera fase de la rehabilitación supone el paso del cuidado caritativo a realizar intentos de modificar la incapacidad y contrarrestarla perfeccionando otras capacidades (Clarke, 1962). En 1941, en Inglaterra, el ministerio de trabajo y el de salud iniciaron un plan para el entrenamiento y reinserción de los incapacitados. En los años 50-60, en distintos países y en varios hospitales se iban estableciendo nuevos programas para la resocialización de los pacientes, su motivación y modificación de sus déficits (Greenblatt, Leviston y Williams, 1957). Lo que se estaba realizando variaba de un país a otro, pero en general, se trataba de un

intento de reducir las incapacidades, cambiar las actitudes y permitir al paciente hacer uso pleno de la capacidad residual que tuviera. Estos avances, en parte, dependían del aumento del número de enfermeras, médicos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales dedicados a la psiquiatría (Watts y Bennett, 1983). Cuando el personal advirtió los cambios en la competencia de los pacientes, también cambió su actitud y relación con ellos. La distancia entre la comunidad y el hospital se iba cerrando.

3.2.- Concepto de rehabilitación.

3.2.1.- Definiciones.

Farkas y Anthony (1989) definen la rehabilitación psicosocial como la ayuda facilitada a una persona para mejorar sus habilidades y funcionar, de tal manera que tenga éxito y esté satisfecha en el ambiente que haya elegido, con la mínima intervención profesional. Liberman (1988), introduce un concepto orientador para fijar metas en los procesos de rehabilitación: el desempeño de roles sociales. Para Liberman la rehabilitación psicosocial sería la recuperación del funcionamiento de roles sociales e instrumentales hasta el mayor grado posible por medio de procedimientos de aprendizaje y apoyos ambientales.

La definición de rehabilitación para Watts y Bennett (1983) será: el proceso de ayudar a una persona discapacitada tanto a nivel físico como psíquico para que haga uso de sus habilidades residuales, a fin de que pueda funcionar a un

nivel óptimo en un contexto social tan normal como sea posible. Para Wing y Morris (1981) la rehabilitación tiene que atender a las causas: los deterioros, las minusvalías y las reacciones personales adversas. Por tanto, la rehabilitación psicosocial es el proceso de identificación y prevención o minimización de estas causas, mientras, al mismo tiempo se trata de ayudar al individuo para que desarrolle sus capacidades y por tanto, adquiera confianza y autoestima por medio del éxito en el desempeño de roles sociales.

Saraceno, Ferriani, Rossi y Sternai (1985) entienden la rehabilitación como el conjunto de todas las actividades tendentes a la maximización de las oportunidades del individuo, para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad. Estos objetivos contemplan el manejo ambiental a nivel individual, familiar y comunitario.

3.2.2.- Tratamiento, rehabilitación, reinserción.

Tratamiento y rehabilitación a menudo se relacionan de una manera confusa. No son excluyentes, sino complementarios, pero con objetivos y estrategias de intervención distintas. Ni la medicación neuroléptica rehabilita, ni la rehabilitación cura o elimina la sintomatología. La eliminación de los deterioros (síntomas) no conduce automáticamente a conductas más funcionales. Asimismo un decremento de las discapacidades (habilidades) no siempre conduce a una reducción del deterioro.

Los tratamientos están dirigidos a minimizar la enfermedad, mientras que la rehabilitación va más hacia maximizar la salud.

El objetivo del tratamiento será controlar los síntomas psicopatológicos, en la rehabilitación el objetivo será entrenar a una persona discapacitada para que haga el mejor uso de sus capacidades residuales en un contexto lo más normalizado posible (Bennett, 1978).

Asimismo se confunde rehabilitación con reinserción. La rehabilitación se complementa con la reinserción en que no sólo busca promover alternativas residenciales u ocupacionales e interpersonales al paciente, sino que además, proporciona estrategias de aprendizaje para que el sujeto pueda desarrollar una vida lo más normal posible.

Confundir estos términos significa pensar que si una persona no puede ser reinsertada (vivir en un piso, trabajar), no puede ser rehabilitada, sin embargo pocas son las personas no susceptibles de ser rehabilitadas (Watts y Bennett, 1983).

Entender estos tres conceptos complementarios en la intervención de enfermos mentales crónicos hace posible un abordaje completo y global de los aspectos más significativos de la persona.

3.3.- Modelos de intervención en rehabilitación psicosocial.

Tres son los elementos que caracterizan un programa de rehabilitación:

- El entrenamiento de habilidades para afrontar situaciones de vida y para el desempeño de roles sociales valiosos.

- El apoyo socioafectivo a usuarios y familias, que permita mantener los logros alcanzados y el mayor grado de autonomía posible.

- La utilización extensiva de los recursos de inserción y participación social normales de la comunidad (Rebolledo y Pastor, 1991).

Los distintos modelos que presentamos a continuación, similares en su fundamentación teórica, difieren en priorizar algunos de estos tres aspectos.

El Modelo de Entrenamiento en Habilidades.

El Modelo Psicoeducacional:

A.- Terapia familiar orientada a la crisis.

B.- Intervención familiar para disminuir la Emoción Expresada.

C.- Terapia familiar conductual en esquizofrenia.

D.- Psicoeducación de familias.

El Modelo de Servicios Comunitarios en el Reino Unido.

3.3.1.- El Modelo de Entrenamiento en Habilidades

Este modelo ha sido desarrollado especialmente en EE.UU, y divulgado a través de publicaciones y cursos impartidos por el Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de California en Los Angeles. Liberman y col. (1976); Liberman (1982, 1986a, 1986b, 1988, 1992). Y en el

centro de Rehabilitación de la Universidad de Boston. Anthony (1977, 1979, 1980); Anthony y Farkas (1982); Anthony, Cohen, y Farkas (1982); Anthony, Cohen, M. y Cohen, B. (1983, 1984); Anthony y Liberman (1986); Anthony, Kennard, O'Brian y Forbes (1986); Farkas y Anthony (1982); Farkas, Cohen y Nemeč (1988); Farkas, Anthony y Cohen (1989).

Estos autores defienden este modelo, con pequeñas matizaciones, cuyo principal objetivo es dotar al sujeto de una serie de habilidades que le permitan manejarse en su entorno con la mínima ayuda profesional posible.

Basándose fundamentalmente en la hipótesis de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977; Zubin y col., 1983) y en el modelo de procesamiento de la información (Nuechterlein y Dawson, 1984).

Pasos de la rehabilitación psicosocial:

La rehabilitación se inicia con un diagnóstico médico-psiquiátrico y una evaluación funcional. Esta evaluación permite priorizar problemas, formular objetivos específicos y diseñar planes de tratamiento y rehabilitación.

La principal estrategia en rehabilitación, es para Liberman el adiestramiento en habilidades, que puede empezar después de la estabilización de un episodio agudo o de una exacerbación de sintomatología. Estas habilidades están referidas a ámbitos como: habilidades de autocuidado, relaciones familiares, relaciones sociales, ocupación, empleo,

manejo de dinero y consumo, alojamiento, habilidades de ocio, transportes, uso de servicios públicos. El aprendizaje de estas habilidades se realiza con una metodología conductual.

La meta global de la rehabilitación psicosocial es para Anthony (1977), asegurar que la persona con una discapacidad psiquiátrica pueda realizar las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con la menor cantidad de apoyo por parte de los profesionales. Los métodos más importantes por medio de los cuáles se alcanza esta meta implican enseñar a las personas las habilidades específicas necesarias para funcionar eficazmente o desarrollando los recursos ambientales y comunitarios necesarios para apoyar o reforzar sus niveles actuales de funcionamiento (Anthony, Cohen y Cohen, 1983; Liberman y Evans, 1985).

Este modelo también estimula a los investigadores para diseñar intervenciones psicofarmacológicas óptimas para modificar el efecto de los factores de vulnerabilidad psicobiológicos. Por ejemplo, la medicación antipsicótica sirve como un factor de protección personal contra la vulnerabilidad biológica, por tanto, disminuye los porcentajes de recaídas y mejora el curso de los desórdenes esquizofrénicos. La medicación antipsicótica, también sube el umbral al cuál los factores de riesgo y estresores ambientales precipitan los síntomas psicóticos en un individuo con un nivel dado de vulnerabilidad a los episodios esquizofrénicos (Vaughn y Leff 1976a, 1976b).

Sin embargo, la modulación de la vulnerabilidad biológica por la medicación antipsicótica no puede remediar completamente la susceptibilidad de un individuo vulnerable para recaer, cuando se enfrenta con estresores severos, pérdida de apoyo social o disminución en las habilidades de resolución de problemas personales. Incluso con una ingestión de neurolépticos, por ejemplo, alrededor de un 30% a un 40% de pacientes esquizofrénicos recaen en un año (Lieberman, 1987).

Proceso en la rehabilitación psicosocial:

Este proceso consiste en tres fases:

- Fase de diagnóstico.
- Fase de planificación.
- Fase de intervención.

Fase de diagnóstico:

El diagnóstico en rehabilitación es muy diferente al diagnóstico psiquiátrico. En relación a la rehabilitación el diagnóstico actual no es ni predictivo, ni descriptivo, ni prescriptivo. Es decir, no le dice al profesional de rehabilitación como mejorar el modo de vida del paciente, o el modo de encontrar trabajo. Las categorías diagnósticas no describen objetivamente las capacidades de una persona, ni proporcionan líneas para que se desarrolle un plan de rehabilitación. Al focalizarse en los síntomas más que en las capacidades lleva al profesional a pensar lo que el paciente es, más que en lo que es capaz de hacer, y se puede llegar a

la creencia de que el paciente no puede cambiar. (Anthony y col., 1982).

El diagnóstico en rehabilitación consiste en recoger una información conductual y descriptiva de las habilidades presentes del paciente discapacitado y el nivel de habilidades que demanda su comunidad. Esta evaluación permite identificar e incrementar las habilidades del sujeto y desarrollar un ambiente de apoyo.

Ej. Para un paciente cuya meta es adaptarse con éxito a una casa de transición, se hará un listado de las demandas ambientales: (Figura 3.1).

Demandas ambientales	Definición conductual de las habilidades	Nivel de funcionamiento:	
		Actual	Deseable
Higiene	- % de veces que se lava	60	100
Responsabilidad	+ % de veces que responde a las preguntas	90	80
Etc.			

Figura 3.1.- Diagnóstico en rehabilitación (Anthony y col., 1982).

El diagnóstico indica el nivel de habilidades presente en relación con el nivel de habilidades que necesitará para funcionar en el nuevo ambiente. El signo (+) son recursos, y el (-) déficits.

Fase de planificación:

Identificadas las diversas metas durante el diagnóstico, es necesario hacer prioridades según algunos criterios como: la urgencia, la motivación y la probabilidad de éxito. El plan de rehabilitación especifica de que forma aprenderá el usuario las nuevas habilidades y como utilizará las que conserva. Se diseña un plan secuencial que describe como se pueden hacer las modificaciones necesarias.

Fase de intervención:

La intervención en rehabilitación es el desarrollo de las habilidades del usuario y de los recursos ambientales. La práctica de la rehabilitación implica el enseñar de un modo directo al usuario las habilidades específicas que necesita para funcionar en su ambiente.

La enseñanza directa incluye desarrollar un perfil de los pasos necesarios para desempeñar la habilidad; esto es, definición, propósito, pasos, aplicaciones y evaluación; el uso de métodos de enseñanza como: explicación, demostración, prácticas para facilitar la adquisición y aplicación de la habilidad. Esto se realiza mediante programas de entrenamiento de habilidades.

Anthony, Cohen y Farkas (1982), han identificado 10 ingredientes esenciales de un programa de rehabilitación:

1. Valoración funcional de las habilidades del usuario en relación con las demandas ambientales.

2. Participación del usuario en la valoración de la rehabilitación y fases de intervención.
3. Planes individualizados y sistemáticos.
4. Enseñanza directa de habilidades.
5. Valoración ambiental y modificación.
6. Seguimiento de los usuarios en sus ambientes habituales.
7. El enfoque del equipo de rehabilitación multidisciplinario.
8. Informes de rehabilitación.
9. Evaluación de las metas observables y utilización de la evaluación.
10. Participación de los usuarios en la política y la planificación.

Los trastornos psiquiátricos con cronicidad severa (esquizofrenia, depresión mayor y síndromes orgánicos) son los que más necesitan de un enfoque en entrenamiento de habilidades. Mientras que una apropiada farmacoterapia reduce significativamente los síntomas de la mayoría de los esquizofrénicos y depresivos, otros muchos son refractarios a los fármacos y otros experimentan minusvalías vocacionales y sociales continuas incluso con mejoría sintomática. Los síntomas negativos o déficits de la esquizofrenia, por ejemplo, plantean un reto en su mayoría, que no da respuesta la farmacoterapia. El aislamiento social, apatía, la falta de energía, lentitud y anhedonia no responden tan bien a los neurolépticos como las alucinaciones, delirios y trastornos

del pensamiento.

Ni los fármacos enseñan a vivir ni enseñan habilidades de afrontamiento excepto indirectamente por medio de remover o reducir los síntomas. La mayoría de los esquizofrénicos necesitan aprender o reaprender habilidades sociales y personales para sobrevivir en la comunidad.

Diversos estudios (Anthony, Cohen y Cohen 1984) mostraron que los discapacitados psiquiátricos pueden aprender una variedad de habilidades de autocuidado, sociales, interpersonales e intelectuales.

Los programas de entrenamiento han tenido un impacto en las habilidades de los discapacitados psiquiátricos en una variedad de áreas, que incluyen higiene personal, cocinar, uso de transportes públicos, uso de instalaciones recreativas, cuidado físico, habilidades interpersonales, habilidades de autocontrol, habilidades para entrevistas de trabajo, habilidades en relaciones familiares, manejo de dinero y habilidades de ajuste y búsqueda de trabajo (Anthony 1979; Falloon y Pederson 1985; Wallace y Liberman 1985).

3.3.2.- El Modelo Psicoeducacional.

Como consecuencia del movimiento de desinstitucionalización y la insuficiente dotación de presupuestos para crear una red de recursos comunitarios (pisos y talleres protegidos, centros de rehabilitación psicosocial, residencias asistidas, etc.), la tarea de cuidar a los enfermos mentales recae

fundamentalmente en la familia. Estas, pueden tolerar una sorprendente cantidad de sintomatología psiquiátrica, pero esta tolerancia es a costa de una gran parte de estrés interno y carga familiar física, económica y emocional.

Las familias también han tenido que soportar ser consideradas "culpables" o causantes de la enfermedad de sus hijos por muchos profesionales de la salud mental, basándose en supuestas teorías etiológicas sobre la esquizofrenia. Esto ha significado un serio obstáculo para conseguir la colaboración de los familiares en el proceso terapéutico por sentirse estas rechazadas y culpabilizadas (Arévalo, 1990). Han recibido poca información por parte de los profesionales sobre el diagnóstico, características de la enfermedad o como solucionar problemas en la convivencia con el enfermo. Las familias, en general, están insatisfechas con el tratamiento ofrecido, quieren información, consejo práctico y apoyo emocional (Creer y Wing, 1974; Holden y Lewine, 1982; Arce y Baca, 1989).

El modelo psicoeducacional trata de apoyar y asesorar a las familias basándose en investigaciones sobre:

- Los factores de riesgo y protección dada una condición de vulnerabilidad a presentar episodios esquizofrénicos (Lieberman, 1986a; Zubin y col., 1977, 1983).

- El papel de los acontecimientos vitales en el curso de la enfermedad (Brown y Harris, 1989; Day, 1989).

- Los estudios sobre Emoción Expresada (Brown, Birley y

Wing 1972; Vaughn y Leff, 1976a, 1976b, 1981; Vaughn y col., 1984; Vizcarro y Arevalo 1987; Gutiérrez, Escudero, Valero, Vázquez, Castro, Alvarez, Baltar, Blanco, González y Gómez 1988; Lemos Giráldez 1985.)

- La influencia del estilo de vida sobre el pronóstico (Kickbush, 1986; Ozamiz, 1987) y la red social de apoyo para afrontar situaciones de estrés (Caplan, 1974; Hammer, 1981).

Este modelo se caracteriza por ser una aproximación altamente sistematizada, orientada a objetivos muy definidos y que utiliza técnicas pedagógicas. Sus objetivos son impartir información acerca de la enfermedad mental, de los recursos de los servicios e incrementar las habilidades de autocuidado en personas vulnerables a presentar episodios esquizofrénicos y habilidades de convivencia en el núcleo familiar. Parten de reconocer el derecho que le asiste al enfermo y a su familia de conocer lo que se sabe hoy de su enfermedad y busca crear una alianza más productiva entre pacientes, familiares y profesionales de la salud mental (Rebolledo y López de Heredia, 1990).

Los objetivos generales, en este modelo son:

- Dar información actualizada y comprensible sobre la esquizofrenia, la relación entre la vulnerabilidad biológica y psicosocial, y la sensibilidad del paciente al estrés y la sobreestimulación.

- Enseñar a distinguir tanto en pacientes como en sus familiares, síntomas y pródromos de las recaídas.

- Valorar la medicación como factor de protección, pero también dar información y aprender a reconocer los efectos secundarios y saber informar al psiquiatra.

- Enseñar habilidades de afrontamiento al estrés ambiental y la solución de problemas, considerando factores de riesgo el consumo de alcohol, drogas y los cambios en las circunstancias de vida.

- Crear una alianza entre pacientes, profesionales y familiares, disminuyendo sentimientos de culpa y resentimientos y buscar juntos estrategias de afrontamiento en circunstancias de crisis y metas a corto, mediano y largo plazo.

- Valorar y potenciar los recursos del paciente y de su familia para desarrollar actividades de la vida diaria. Fomentar su conciencia y control de síntomas positivos y negativos y otros comportamientos disfuncionales.

- Promover un apoyo socioafectivo continuado, de modo que favorezca la generalización de los logros obtenidos.

- Crear un ambiente en las familias de apoyo mutuo, que evite el aislamiento y la estigmatización.

- Mostrar a los pacientes y familias expectativas realistas basadas en la investigación sobre la esquizofrenia.

Aunque existen diversas orientaciones dentro de este modelo, las diferencias serán más sobre la metodología que en las teorías o hipótesis explicativas sobre la esquizofrenia.

Siguiendo la revisión realizada por Arévalo (1990), enumeramos distintas intervenciones dentro de este modelo.

A.- Terapia familiar orientada a la crisis (Goldstein y Caton, 1983; Goldstein, Hand y Hahlweg, 1986).

Este programa está orientado a esquizofrénicos agudos, en su primera o segunda hospitalización. Su duración es de seis semanas después del alta hospitalaria.

Sus objetivos básicos son:

- Identificar conjuntamente los factores estresantes que pueden haber precipitado la crisis.
- Desarrollar estrategias de evitación y afrontamiento al estrés.
- Enseñar estrategias de solución de problemas concretos.
- Prevenir futuros sucesos estresantes.

Los autores concluyen que la combinación de terapia familiar de crisis y un nivel adecuado de medicación consiguen permitir al paciente una estabilidad emocional y permanecer en la comunidad en el período de retorno posthospitalario.

B.- Intervención familiar para disminuir la Emoción Expresada (Vaughn y Leff, 1976a; Leff y Vaughn, 1981; Berkowitz, 1984).

El objetivo de este modelo es reducir el número de recaídas en pacientes esquizofrénicos partiendo del constructo Emoción Expresada (EE) y su efecto sobre la tasa de recaídas (Leff, Kuipers, Berkowitz, Vaughn y Sturgeon, 1982; Leff, Kuipers y Berkowitz, 1983; Leff y col., 1985), para ello diseñaron un programa con tres componentes:

- 1.- Sesiones educativas.
- 2.- Grupo de familiares.
- 3.- Sesiones de terapia familiar individualizadas.

1.- Sesiones educativas:

Leff y col. (1983) habían observado en las entrevistas que gran parte de las críticas que manifestaban los familiares se referían a los síntomas negativos, que no eran reconocidos como síntomas de la enfermedad, sino como conductas bajo el control del paciente. Por lo tanto, se estableció que era importante que los familiares tuvieran conocimientos sobre los síntomas de la enfermedad.

Estas primeras sesiones consistían en cuatro lecturas sobre la etiología, los síntomas, el curso y el tratamiento, y el manejo de la esquizofrenia, que eran leídas por los familiares para que posteriormente fueran comentadas con un psicólogo.

2.- El grupo de familiares:

Las reuniones se realizaban con 8 familiares y uno o dos profesionales, durante 9 meses y con una duración de hora y media cada 15 días. El objetivo central era que las familias de baja EE podrían servir de modelo a las familias de alta EE en estrategias de afrontamiento. Se discutían asimismo problemas actuales y alternativas que evitaran las críticas o la sobreprotección del paciente. Otros objetivos eran el apoyo emocional entre sus miembros, la oportunidad de poder

expresar sentimientos, tranquilizar a los familiares y evitar el estigma y el aislamiento.

3.- Sesiones de terapia familiar individual:

Se realizaban en la casa del paciente y el objetivo era atender problemas individuales que no eran factibles tratar en grupo. El enfoque teórico era ecléctico, con el objetivo de reducir la EE y/o el nivel de contacto interpersonal.

C.- Terapia Familiar Conductual en Esquizofrenia (Falloon, Boyd y McGill, 1981; Falloon y Marshall, 1983; Falloon, Boyd y McGill, 1984; Falloon y col., 1985; Falloon, Holl, Pembleton y Norris, 1988; Falloon, LaPorta, Fadden y Graham-Hole, 1993).

Estos autores en su modelo de intervención familiar, utilizan una orientación conductual. Consideran a la familia como una unidad básica de desarrollo normal de sus miembros, en contraposición a otras orientaciones tradicionales que fijan su atención en los aspectos disfuncionales de la familia. Su meta principal no será sólo evitar recaídas sino aumentar al máximo la capacidad de resolución de problemas en cada miembro de la unidad familiar, potenciando sus capacidades.

Esta intervención comienza con un análisis funcional que incluye las siguientes fases:

1. Análisis funcional de la unidad familiar:

- Evaluación individual de cada miembro de la familia para conocer sus recursos y déficits, sus metas, expectativas, sentimientos y relación con otros miembros de la familia.

- Evaluación de las relaciones entre las metas y los problemas.

- Evaluación de la capacidad de resolución de problemas de la familia por dos fuentes de información: los informes verbales y la observación directa.

2. Formulación de un plan de tratamiento:

Terminada la evaluación comienza la intervención que se concentra en tres módulos:

- Educación sobre la esquizofrenia.
- Entrenamiento de las habilidades de comunicación.
- Entrenamiento en la resolución de problemas.

La educación sobre la esquizofrenia:

En estas sesiones se da información en un lenguaje claro y comprensible sobre el origen, síntomas, curso y tratamiento de la esquizofrenia, la medicación, los tipos de fármacos y sus efectos, la importancia de la detección de síntomas prodrómicos, etc. Esta información se evalúa con un cuestionario antes y después de las sesiones.

El entrenamiento en comunicación:

El objetivo es disminuir la tensión en la familia como factor de riesgo de recaídas, pero además se busca mejorar la

comunicación familiar. La metodología empleada se basa en técnicas de modificación de conducta.

Entrenamiento de resolución de problemas:

Se utiliza un método estructurado de solución de problemas (se supone que la familia ha aprendido habilidades de comunicación previamente). Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Identificación del problema.
2. Enumerar y apuntar todas las soluciones posibles.
3. Discutir ventajas y desventajas.
4. Elegir la mejor solución.
5. Planificar como llevar a cabo la solución elegida.
6. Revisar el proceso y reforzar todos los esfuerzos realizados.

Con estos módulos se pretende alcanzar los siguientes objetivos: un aumento del conocimiento sobre la esquizofrenia y su aceptación, el mejoramiento de la comunicación familiar y el desarrollo de estrategias eficaces para la resolución de los problemas. Si se logran estos objetivos, se reduce la tensión en la familia y esto se traduce en un cambio de actitudes, como son: el exceso de crítica e implicación emocional.

Y como resultado de la mejoría del estado clínico del paciente se deriva un menor número de recaídas y el mejoramiento de su calidad de vida y la del resto de la

familia (Falloon y Pederson, 1985).

La duración de la intervención dependerá del tiempo que tarde la familia en lograr los objetivos.

Las sesiones finales se destinan a evaluar los avances y logros, solución de problemas pendientes y utilización de recursos sociocomunitarios como grupos de autoayuda y clubs psicosociales.

D.- Psicoeducación de Familias.

El modelo de Anderson y col. (Anderson, Hogarty y Reiss, 1980, 1981; Anderson, 1983; Anderson, Hogarty, Bayer y Needleman, 1984; Anderson, Reiss y Hogarty, 1988). Este modelo es fundamentalmente educativo. Entiende que la vulnerabilidad interactúa con las dificultades familiares, según los estudios de la comunicación desviada (Goldstein y Rodnick, 1975; Wynne, 1981; Lukoff, Snyder, Ventura y Nuechterlein, 1984) y emoción expresada (Vaughn y Leff, 1976a, 1981), que probablemente genera un proceso en espiral.

Objetivos principales:

1. Disminuir la vulnerabilidad biológica con la medicación de mantenimiento.
2. Reducir la tensión familiar dando apoyo, información y estrategias de afrontamiento.

Este programa tiene cuatro fases:

1ª Fase: Conectando con la familia.

En esta fase se contacta con la familia para realizar una evaluación de sus necesidades y conseguir su colaboración. Esto se realiza con el paciente en el hospital. Al final de la hospitalización familia, paciente y terapeuta establecen un contrato de tratamiento y un programa que deberá seguir durante uno o dos años.

2ª Fase: Taller de habilidades de supervivencia.

Consiste en un encuentro con cuatro o cinco familias, sin los pacientes durante un día, donde se les dará información en un lenguaje sencillo sobre la esquizofrenia, poniendo especial énfasis en la medicación neuroléptica. Se les informa que las familias no son las causantes de la esquizofrenia pero que pueden influir en su curso. Se les da pautas de comunicación para dar las respuestas adecuadas al paciente, tales como crear barreras a la estimulación excesiva poniendo límites, adecuar sus expectativas y utilizar una comunicación clara y sencilla. Es importante también que la familia siga su ritmo de vida y no gire en torno al paciente.

3ª Fase: La reincorporación a la comunidad y la aplicación de los temas del taller.

Se retoma toda la información recibida de la fase anterior centrándose en reforzar los límites familiares tanto interpersonales como intergeneracionales, donde el paciente vaya asumiendo poco a poco su responsabilidad. Para motivar

la falta de iniciativa del paciente es necesario dar mucho apoyo a las familias e intentar que sus expectativas se ajusten a las capacidades reales del paciente.

4ª Fase: Continuación del tratamiento o desenganche.

En esta fase se ofrecen dos posibilidades dependiendo del nivel de funcionamiento conseguido por el paciente:

- a) Participar en terapia familiar intensiva para afrontar situaciones sin resolver.
- b) Sesiones de apoyo de mantenimiento gradual para evitar tensiones que puedan causar un nuevo episodio.

3.3.3.- El Modelo de Servicios Comunitarios.

El Reino Unido ha sido uno de los países pioneros en crear un modelo de servicios comunitarios alternativos al hospital psiquiátrico (Goldberg y col., 1980; Watts y Bennet, 1983; Shepherd, 1984, 1985, 1989; Birley, 1991; Wing y col. 1981).

El primer centro de día que se creó en Inglaterra fue en Marlborough, en 1946 (Bierer, 1951). Este centro disponía de un club social para pacientes dados de alta, un centro psicoterapéutico, grupos de trabajo y grupos de autoayuda. A los pacientes se les animaba a participar en su propio programa y determinar sus actividades. En la década de los 50, según un estudio de Farndale (1961), había 65 hospitales de día y centros de día, la mayoría para enfermos mentales, con una gran variedad de tipos de tratamiento, de pacientes, de

equipos, de organización, etc.

La OMS, en 1954, proponía que tanto los pacientes internos como los centros de día, el servicio domiciliario y los pisos protegidos fueran herramientas en manos de la comunidad; y que el hospital llegara a ser sólo un instrumento a disposición del equipo médico-social (Jones, 1972). La admisión interna debía ser utilizada como el último recurso y tenerlo como reserva al servicio de la comunidad y no al revés.

Estas ideas influyeron en la Ley de Salud Mental de 1959 de Gran Bretaña, en donde se define al enfermo mental como un enfermo más, con derecho a recibir la misma atención, ayuda o rehabilitación que el paciente con enfermedades o incapacidades físicas, y no ser considerado con síntomas de desviación social que exigiera la expulsión legal de la sociedad y el internamiento en una institución. A partir de esta ley el objetivo fundamental de la política de salud mental ha sido la eliminación progresiva de los hospitales psiquiátricos y la creación de una red asistencial de servicios comunitarios (Watts y Bennett, 1983).

La inclusión de la atención psiquiátrica dentro del Servicio Nacional de Salud ha logrado que el médico de atención primaria sea el primer recurso comunitario en la detección de casos (Figura 3.2).

Los tres grandes sectores implicados en la red de atención psiquiátrica son los servicios sanitarios y de la

seguridad social, servicios sociales y el voluntariado. La red sanitaria está descentralizada, dividida por regiones de salud y subdividida en distritos con módulos operativos.

Este modelo de organización está estructurado en función de las necesidades de la población. Basado en estudios epidemiológicos de prevalencia de los trastornos, establece los servicios de salud mental en un segundo nivel de especialización, y los de rehabilitación y soporte comunitario en un tercer nivel de prevención terciaria. La importancia de este modelo radica en que al enfermo mental crónico no sólo se le atiende desde una óptica sanitaria, sino también sociosanitaria, donde el objeto de la intervención son las consecuencias de su padecimiento psiquiátrico, falta de recursos, falta de trabajo, soledad, falta de dinero. Otra realización de este modelo es acercar estos servicios al ciudadano, de tal forma que los dispositivos están en el área geográfica en el que vive el usuario.

Estos servicios al estar diseñados en función de las necesidades de las personas, los recursos de los que dispone son de una gran variedad; no existe un único modelo de centro de rehabilitación, de vivienda, de centro ocupacional, club social, sino que existen una diversidad de recursos de acuerdo a las peculiaridades de los distintos enfermos.

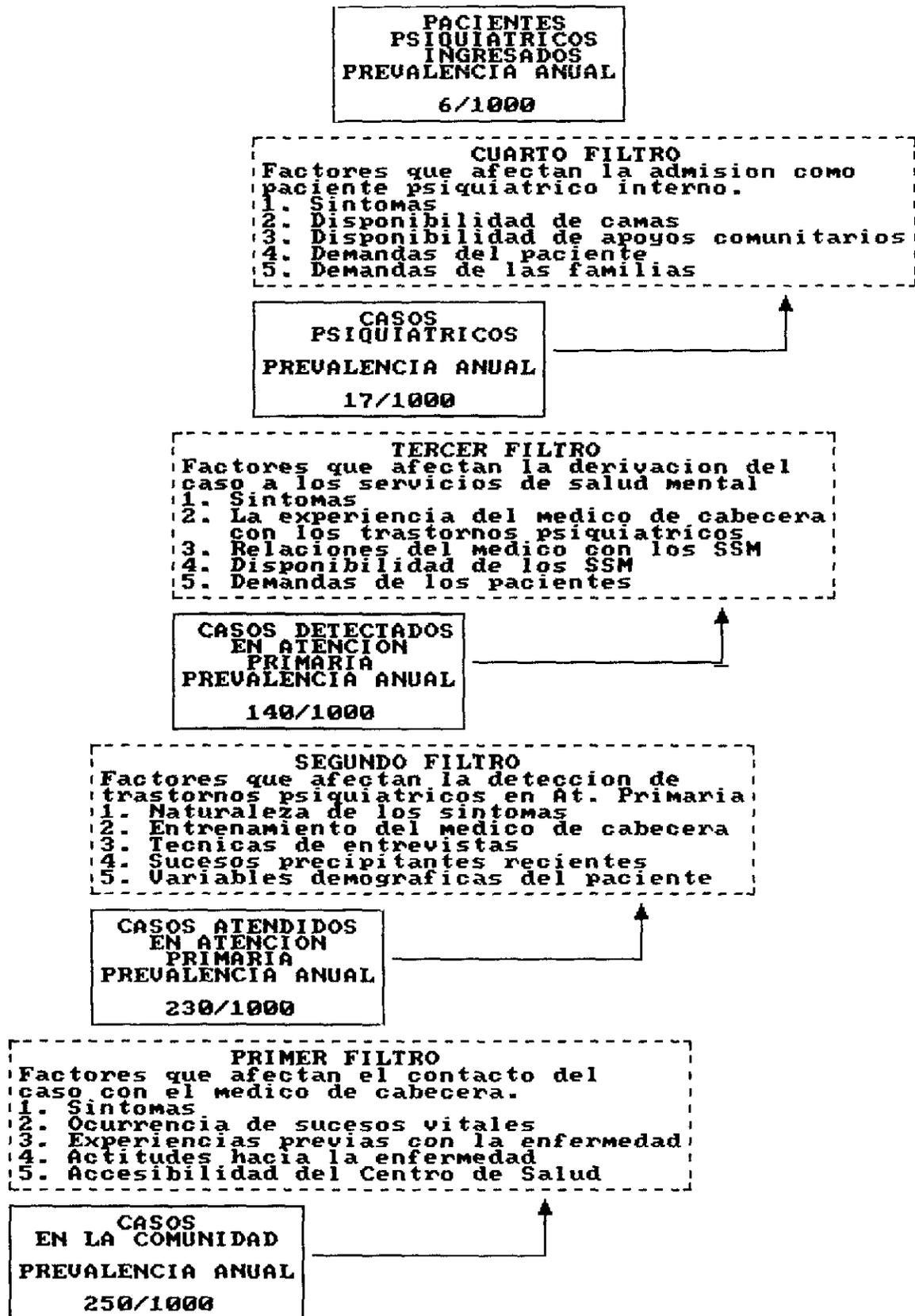


Figura 3.2.- Modelo de Goldberg (1988) para la deteccion y tratamiento de casos psiquiatricos en la comunidad.

3.4.- Modelo de atención en la Comunidad Autónoma de Madrid.

La red de salud mental de la Comunidad de Madrid, es la responsable de la atención y seguimiento psiquiátrico de la población enferma mental crónica. Para atender las necesidades sociales específicas de esta población, los servicios de salud mental tienen el apoyo de recursos dentro del campo de los servicios sociales (Programa de Servicios Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica). Este programa cubre las necesidades de rehabilitación, atención residencial y soporte comunitario y así asegura un trabajo integral que garantiza una verdadera atención comunitaria (Rodríguez, 1991).

La población que atiende este programa son enfermos mentales crónicos, especialmente, aquellos que por su deterioro psicosocial y falta de recursos sociales, necesitan apoyos específicos y requieren servicios de rehabilitación psicosocial, laboral, atención residencial y soporte social.

La derivación de un caso a los recursos del Programa se realiza desde los servicios de salud mental (S.S.M.) de cada distrito, única vía de entrada, en coordinación con los servicios sociales generales (S.S.G.).

Recursos del Programa (Figura 3.3).

Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S): Su función principal es ofrecer programas estructurados e individualizados que permitan a los usuarios adquirir las habilidades y capacidades que necesiten para manejarse en su

entorno de la forma más autónoma posible. Además de asesorar y servir de apoyo a las familias.

Alternativas Residenciales Comunitarias:

- **Miniresidencias:** Su capacidad es de 15 a 25 plazas. Son supervisadas por monitores que no sólo atienden las necesidades básicas de alojamiento y cuidado, sino que además orientan su intervención hacia el mejoramiento de la autonomía y progresiva reinserción comunitaria. El tipo de estancia puede ser corta (de un fin de semana a un mes), transitoria (de un mes a un año) o larga (más de un año) y dependerá de los objetivos (separación preventiva del ambiente familiar, facilitar la transición del hospital a la comunidad, evitar procesos de deterioro o marginación, etc.).

- **Pisos protegidos:** Pisos insertos en el entorno comunitario, con capacidad para tres o cuatro personas. Son supervisados por monitores que ofrecerán apoyo tanto en el funcionamiento doméstico como en su adaptación a la comunidad.

- **Pensiones concertadas y supervisadas:** Plazas en pensiones de enfermas mentales crónicas con un buen nivel de autonomía, pero que no disponen de recursos económicos ni apoyo familiar.

Centros de rehabilitación laboral: Ofrecen programas estructurados e individualizados con actividades de orientación vocacional, recuperación de hábitos de trabajo, habilidades de búsqueda de empleo, apoyo y formación profesional, y seguimiento para favorecer la inserción laboral

en un empleo protegido o en el mercado laboral normalizado.

El centro de rehabilitación psicosocial coordina a su vez con estos dispositivos.

PROGRAMA DE SERVICIOS SOCIALES ALTERNATIVOS
A LA INSTITUCIONALIZACION PSIQUIATRICA.

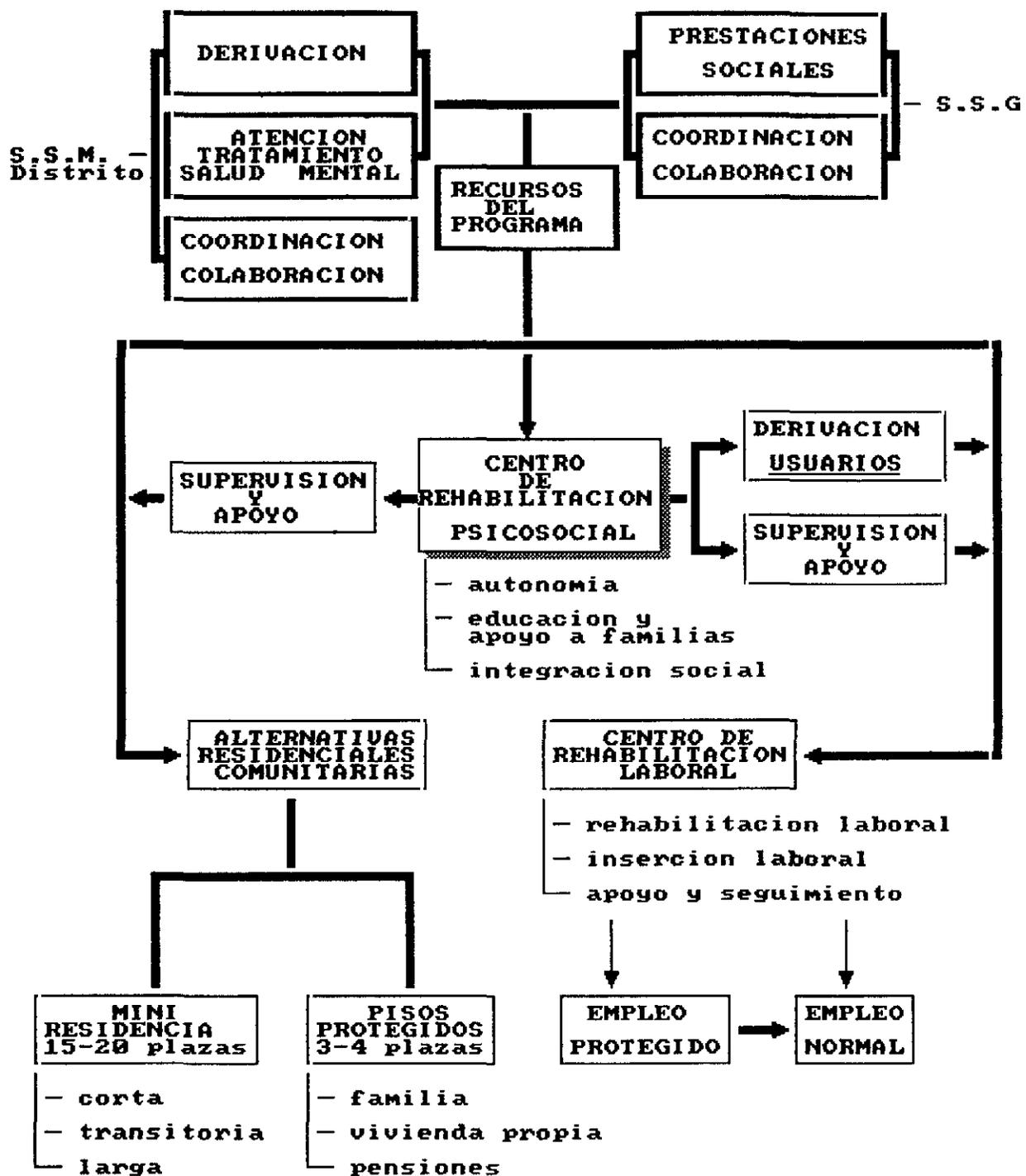
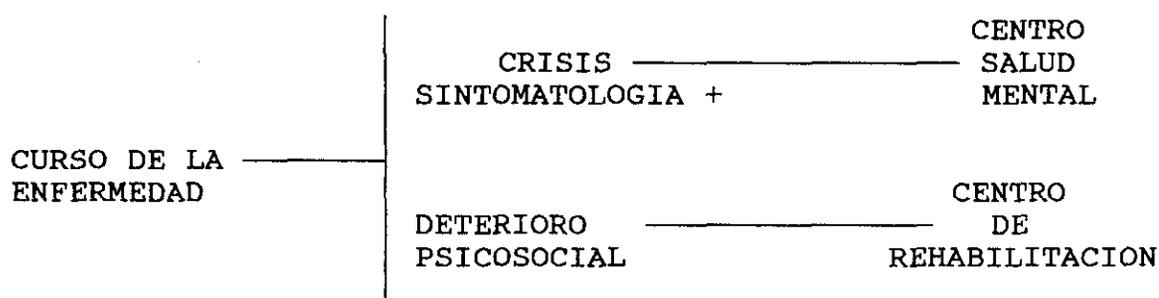


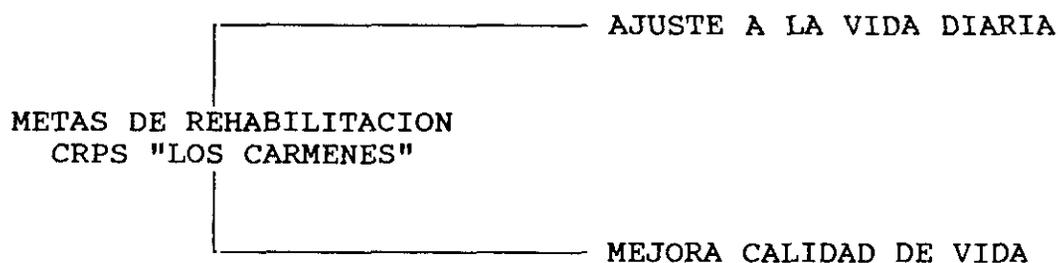
Figura 3.3.- Red de recursos.
Comunidad Autonoma de Madrid.

3.4.1.- Centro de Rehabilitación Psicosocial "Los Cármenes".

El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) "Los Cármenes" se articula como una unidad asistencial especializada en rehabilitación de usuarios con una enfermedad mental de curso declarado crónico por los servicios de salud mental. El centro de salud mental incidirá sobre la sintomatología positiva y las crisis y el centro de rehabilitación sobre el deterioro psicosocial.



La rehabilitación psicosocial, y el centro de rehabilitación en particular, tienen como metas por un lado el ajuste a la vida diaria del usuario y por otro la mejora de la calidad de vida, ayudando a los enfermos crónicos a asumir las responsabilidades sobre sus vidas y a funcionar tan activa e independientemente como sea posible en sociedad.



A. Principios Orientadores: (Figura 3.4).

Los principios orientadores del Centro de Rehabilitación son:

a. Prevención Terciaria:

Constituida por las estrategias de intervención destinadas a aminorar las discapacidades y minusvalías de los enfermos mentales crónicos.

- Potenciación de la Salud General.
- Desarrollo de técnicas de evaluación, tratamiento y supervisión de las consecuencias de la enfermedad mental.
- Desarrollo de estudios epidemiológicos y sociales de la población enferma adecuando la oferta asistencial de rehabilitación a las necesidades reales de esta población.

b. Normalización:

A través de la valoración del derecho a ser diferente y no por ello marginado de la vida social (Wolfensberger, 1972), potenciando la inclusión progresiva en los circuitos sociales normalizados.

- Ambiente físico y cultural normalizado.
- Que este ambiente promueva y facilite el desempeño de roles sociales lo más normales y valiosos posibles según los criterios socioculturales.

c. Enfoque Comunitario:

A través del uso del ambiente y los recursos comunitarios como agentes estimuladores fundamentales en la rehabilitación.

- Uso del ambiente como agente estimulador.
- Participación de los usuarios en la gestión de lo cotidiano.
- Uso de los recursos comunitarios institucionales tanto públicos como privados.
- Promoción de grupos de autoayuda entre usuarios y familias.
- Promoción y utilización de voluntarios como redes de apoyo.

d. Desinstitucionalización:

A través de la "intervención mínima necesaria" para dotar al usuario de posibilidades de satisfacer sus necesidades con éxito dentro de la comunidad.

Establecimiento del equilibrio entre las necesidades del usuario, dignas de ser atendidas institucionalmente, y la necesidad y el derecho que le asiste de promover su independencia y autogestión en sus decisiones vitales.

e. Modelo de Competencia:

A través de un modelo metodológico de organización de las tareas que permitan el establecimiento de un equilibrio progresivo entre las necesidades del usuario y sus recursos personales (Albee, 1980).

f. Modelo de Vulnerabilidad:

Interviniendo en los factores de riesgo y protección (Lieberman, 1986a) por medio de la consecución de objetivos en los distintos programas.

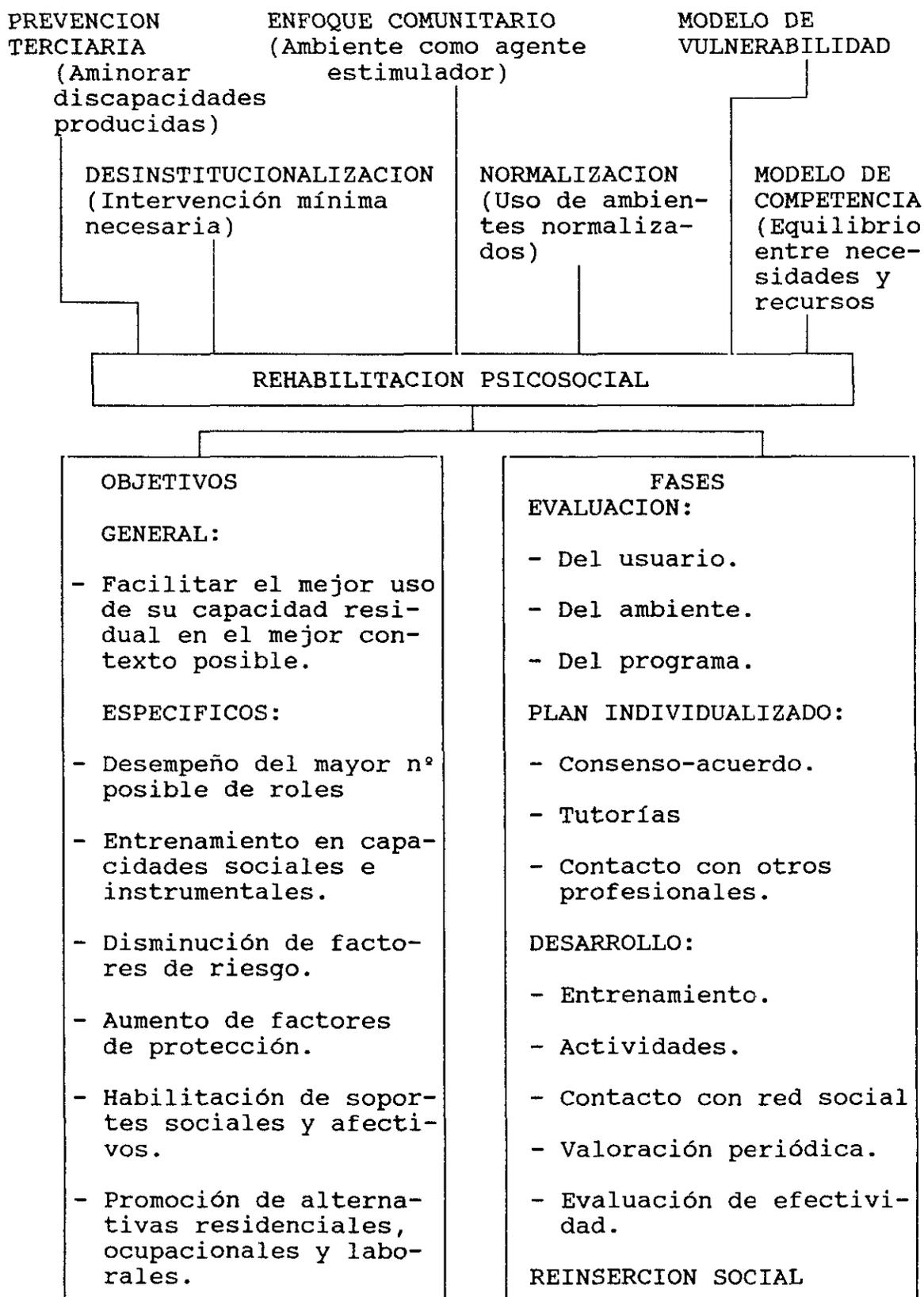


Figura 3.3.- Principios orientadores en el CRPS.

Marco Teórico:

La fundamentación teórica en que se basan los distintos programas y actividades del Centro de Rehabilitación de los Cármenes viene argumentada por algunos modelos e investigaciones citados anteriormente:

- Modelo de la Vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977; Ochoa y Vazquez, 1989).

- El concepto Estrés-Vulnerabilidad-Afrontamiento Competencia de Liberman (1986a, 1992).

- Los déficits cognitivos en el procesamiento de la información (Ruíz Vargas, 1987; Vázquez y Ochoa, 1989).

- El papel de los acontecimientos vitales (Brown y Harris, 1989).

- El concepto de Emoción Expresada (Leff y col., 1985; Vizcarro y Arévalo, 1987).

- La red de apoyos (Villalba, 1993).

B. Programas.

Los objetivos de los programas de rehabilitación están directamente relacionados con los factores de riesgo y protección (Figura 3.5).

1. Factores de riesgo ambientales:

Estos factores de riesgo deben ser abordados mediante el

trabajo de rehabilitación a través del establecimiento de factores de protección específicos, que van desde la promoción de un estilo de vida que atenúe los riesgos de la aparición de Acontecimientos Vitales (A.V.) excesivos, hasta la disminución de la alta Emoción Expresada (EE) familiar o en su defecto la disminución del contacto "cara a cara" a menos de 35 horas semanales. Por otro lado se puede disminuir la alta EE a través de información y apoyo a la familia que rompa el aislamiento y se sienta apoyada de forma institucional y social promoviendo los grupos de autoayuda.

Para la consecución de estos objetivos se confecciona y desarrolla el programa de psicoeducación de familias.

2. Factores personales:

- Abandono de la medicación: la continuidad y la perseverancia en la toma de la medicación prescrita así como la discriminación de pródromos, parece uno de los factores más importantes en la prevención de las recaídas.

- Consumo de tóxicos: Junto con el abandono de medicación están determinando un estilo de vida de riesgo que hacen posible la aparición de crisis continuas que van deteriorando progresivamente tanto la vida del usuario como su capacidad cognitiva. Estos factores de riesgo configuran características comunes al perfil del concepto de paciente crónico adulto joven (Fernández Liria, 1991).

Es necesario promover como factores de protección el aumento de su conciencia de enfermedad así como su capacidad

de autocontrol para articular un estilo de vida de protección en función de la existencia de una vulnerabilidad personal. Estos factores significarán mayor autoprotección ante los acontecimientos vitales estresantes.

Para incidir en estos factores de riesgo se desarrolla el programa de psicoeducación de usuarios (educación para la salud y autocontrol).

3. Factores Mediadores:

Son aquellos factores que no explican u originan por sí mismos el desencadenamiento de una crisis pero que resultan fundamentales a la hora de su resolución y sobre todo para aminorar las discapacidades producidas por la crisis y aumentar la capacidad del paciente de desarrollar una vida más autónoma y con el mayor número de relaciones significativas posibles. Pueden ser:

Factores medioambientales:

- Falta de soporte comunitario: La falta de una red social desempeña un papel importante a la hora de afrontar una crisis acentuando el aislamiento personal y social.

La falta de interrelaciones dificulta el desempeño social y la relación efectiva con la realidad sociocultural del entorno. Se debe articular para ello el incremento de la red de apoyo, estimulando los contactos interpersonales y facilitando el acceso a la mayor oferta social de recursos posibles, manteniendo el difícil equilibrio entre las

posibilidades de apoyo que ofrece una red social amplia y los peligros que esta ampliación de la red supone en relación al probable aumento de posibilidades de aparición de acontecimientos vitales que puedan suponer un estrés para el sujeto. Este peligro debe y puede ser controlado a través de la instauración de otros factores de protección relacionados con la capacidad de autocontrol. Se trataría de equilibrar necesidades y recursos de forma que se consigan los apoyos necesarios para que el paciente pueda satisfacer de forma autónoma sus necesidades con sus propios recursos.

- Falta de habilidades de afrontamiento personal y social: la falta de autonomía personal, las dificultades en el autocuidado y los problemas en las relaciones interpersonales son puntos fundamentales en la articulación de una red de apoyo importante y que pueden ser determinantes en la resolución aceptable de una crisis y sobre todo poder mantener una vida digna y significativa.

- Para desarrollar estos factores se articulan diversos programas como son Integración Comunitaria, Habilidades Sociales, Rehabilitación Cognitiva y Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.).

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCION	PROGRAMAS
<u>Medioambientales:</u> Alta E.E familiar Aislamiento familiar Sucesión de A.V estresantes	<u>Medioambientales:</u> Baja E.E familiar Incremento del apoyo social a la familia. Incremento de la capacidad de autoprotección	ESCUELA DE FAMILIAS
<u>Personales:</u> Consumo de tóxicos Abandono de medicación	<u>Personales:</u> Incremento de la capacidad de autocontrol Incremento de la conciencia de enfermedad	EDUCACION PARA LA SALUD AUTOCONTROL
FACTORES MEDIADORES		
<u>Medioambientales:</u> Falta de soporte comunitario.	<u>Medioambientales:</u> Incremento de red de apoyo.	INTEGRACION COMUNITARIA
<u>Personales:</u> Falta de habilidades de afrontamiento personal y social	<u>Personales:</u> Incremento de habilidades sociales. Incremento capacidad autocuidados.	HABILIDADES SOCIALES A.V.D. R. COGNITIVA

Figura 3.5.- Factores de riesgo y protección: objetivos de los programas de rehabilitación.

Los programas van encaminados, de forma secuencial, hacia dos objetivos generales que tienen estrecha relación con la

capacidad de adaptación a la vida cotidiana, la mejora de la calidad de vida y, en última instancia, la posibilidad de convivencia en la comunidad; éstos son: la disminución y control de las recaídas y la mejora de los déficits psicosociales, consecuencia de la enfermedad mental crónica.

Existen ocho programas subdivididos a su vez en módulos:

- Programa de Adaptación al Centro:

Su objetivo es la introducción progresiva en la vida del centro, tendiendo a suavizar el impacto estresante del cambio. Tiende a promover la seguridad y la sensación de acogida así como la promoción del refuerzo y motivación para realizar el programa de rehabilitación.

Programas moduladores:

- Programa de actividades de la vida diaria (A.V.D.)

Su objetivo es el entrenamiento específico de habilidades de autonomía y autocuidados.

- Programa de rehabilitación cognitiva

Aminora discapacidades producidas por la enfermedad en sus aspectos cognitivos.

- Programa de habilidades sociales

Implanta habilidades individuales de relación, así como el uso de recursos personales y sociales.

- Programa de integración comunitaria

Cumple con la doble función de incrementar la red de apoyo así como de ser una puerta de salida hacia el exterior que facilite la reinserción.

Programas de atenuación de factores de riesgo:

- Programa de educación para la salud

Tiene el objetivo de aumentar la conciencia de enfermedad y la capacidad para el manejo de ésta, a través del reconocimiento de pródromos, autoadministración de medicación y mejora de su interacción con los profesionales de los servicios de salud mental.

- Programa de autocontrol

Busca el incremento del autocontrol, como el incremento del reconocimiento personal y la mejora de la asertividad y habilidades generales de afrontamiento.

- Programa de psicoeducación de familias

Es su objetivo la información y el apoyo a la familia del usuario, la disminución del estilo afectivo familiar de riesgo así como evitar el aislamiento familiar.

C. Objetivos del centro:

Es un objetivo general del centro el facilitar a las personas discapacitadas el mejor uso de su capacidad residual en el mejor contexto social posible (Bennet, 1978).

Son objetivos más específicos :

Resocializar dotando al enfermo crónico de experiencias significativas de reaprendizaje de habilidades para promover el desempeño del mayor número posible de roles socialmente valiosos.

Entrenamiento en capacidades instrumentales específicas (autocuidado, autonomía de gestión, transportes, etc.)

Promover la educación para la salud modificando factores de riesgo y articulando factores de protección.

Habilitación de soportes sociales y afectivos (familia, pareja, grupos de autoayuda, grupos de amistad, etc.)

Promocionar alternativas residenciales (prestaciones económicas, pisos protegidos, etc.).

D. Organización de la atención:

La organización de la atención al usuario se estructura en el CRPS de acuerdo a siete fases fundamentales:

1. Derivación
2. Primer contacto.
3. Trabajo individual previo.
4. Proceso de evaluación.
5. Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).
6. Intervención.
7. Seguimiento.

1. Derivación

Madrid está estructurada en 11 áreas sanitarias, cada

área abarca diversos distritos. La remisión al CRPS se realiza a través de los dispositivos de salud mental de los distritos, de acuerdo a los criterios fijados por la comisión de rehabilitación del área; en esta comisión están representados también los servicios sociales de cada distrito. El CRPS de "Los Cármenes" coordina con 6 distritos, 5 del área 11 y 1 del área 7.

Son objeto del programa todas aquellas personas que sufren diversos trastornos psiquiátricos graves que dificultan e impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en los aspectos de su vida diaria; y que además tienen dificultades en el desarrollo de su independencia económica.

Condiciones de acceso:

- Presentar un trastorno psiquiátrico crónico.
- Ser derivado desde alguno de los centros de salud mental de referencia.
- No presentar conductas excesivamente disruptivas o agresivas.
- No presentar procesos orgánico-cerebrales progresivos que impidan el trabajo de rehabilitación.
- No padecer toxicomanías o alcoholismo que impidan el trabajo de rehabilitación.
- Tener entre 18 y 65 años.
- Vivir en el territorio delimitado por el área de referencia.

Una nueva normativa de Integración Social dice no poder

estar en tratamiento en la red privada y acceder a este dispositivo de la red pública.

En la reunión de coordinación se valora el caso con estos criterios y se comenta el protocolo de derivación, el cual debe ser cumplimentado por el psiquiatra. Este protocolo recoge información sobre:

Datos del paciente: nombre, domicilio, situación ~~laboral~~.

Datos actuales clínico-psiquiátricos:

- Nombre del psiquiatra, diagnóstico y sintomatología actual.
- Evolución y pronóstico.
- Tratamientos actuales:
 - Farmacológico.
 - Psicoterapéutico.
- Historia de ingresos psiquiátricos.
- Crisis (factores precipitantes).

Antecedentes clínico-psiquiátricos.

Otras enfermedades.

Otros datos (situación legal, tutelas..).

Indicaciones al centro de rehabilitación psicosocial.

Informe social.

Una vez comentado el caso, ser aceptado por el CRPS y cumplimentado el protocolo de derivación, se fija una fecha de primer contacto. Esta primera cita en el CRPS la realiza el Centro de Salud Mental (CSM).

2. Primer contacto.

El primer contacto con el usuario y su familia se realiza con el tutor asignado al caso y el director del centro. En esta primera entrevista breve se explica al usuario los objetivos del centro, es presentado al resto del equipo y se le muestra el centro. A continuación el tutor le da cita para iniciar la evaluación. La trabajadora social, a su vez, da cita a la familia para realizar el informe social y la evaluación familiar.

3. Trabajo individual previo.

Definimos este aspecto como el trabajo que se realiza con un usuario o familia antes de poder llevar a cabo una intervención secuenciada. Es el trabajo prioritario en algún aspecto relevante antes incluso de poder iniciar una evaluación estándar (ej. aquellos usuarios que precisan un entrenamiento previo para acudir al centro).

4. Proceso de evaluación.

Fuentes de información:

Se utilizan cuatro fuentes de información para tener documentación lo más exhaustiva posible y contrastar los datos aportados, a veces contradictorios.

- El usuario.
- La familia.
- La observación directa de los profesionales del

CRPS.

- La información remitida por los servicios de salud mental.

La evaluación se realiza de forma paralela: el tutor (psicólogo/a) al usuario y la trabajadora social a la familia en el centro y con visitas domiciliarias.

Hay tres niveles en el proceso de evaluación:

La evaluación para realizar el plan individualizado de rehabilitación, la evaluación de la eficacia de cada programa, por medio de la evaluación continua de la consecución de objetivos y la evaluación de la eficacia global del proceso de rehabilitación.

Para elaborar el plan individualizado de rehabilitación se realiza una evaluación por áreas tanto de las necesidades y recursos del usuario, utilizando una serie de escalas y cuestionarios.

Area de autocuidados.

Area de afrontamiento personal y social.

Area de integración social.

Area de relaciones familiares.

Area de autonomía personal.

Area de tratamiento.

Area de aspectos longitudinales.

Con esta información y la proporcionada por la trabajadora social, más la observación directa en el centro,

se establecen cuales son las necesidades y recursos del sujeto y se realiza el plan individualizado de rehabilitación.

5. Plan individualizado de rehabilitación (PIR).

Se estructura por objetivos generales y específicos que son escalonados en fases de intervención.

Aspectos relevantes:

Se refieren a datos relacionados con el curso de la enfermedad, nivel premórbido, y características globales del usuario en su momento actual. Resalta algún dato de interés específico y/o relevante. Refleja también la trayectoria vital del usuario.

Objetivo de rehabilitación :

Es el objetivo a largo plazo, el sentido final del trabajo de rehabilitación y reinserción, define el objetivo del programa con respecto al usuario concreto. Es global y se refiere al usuario como un todo. Se debe relacionar directamente con la biografía personal y su entorno así como con las fases del programa.

Objetivos principales :

Son los núcleos o líneas de trabajo dentro del programa de rehabilitación. Están directamente relacionados con las áreas de evaluación y sus resultados. Son los objetivos estructurados y escalonados a trabajar durante el proceso de intervención.

Areas de evaluación---capacidad/discapacidad---objetivos

AREA "X" :

- Resultado de la evaluación
- Objetivos de trabajo en este área.

Los objetivos principales están directamente relacionados con la evaluación y con las actividades específicas del CRPS. Estos objetivos principales pueden a su vez subdividirse en otras unidades más específicas y concretas.

Objetivo urgente :

Es la línea prioritaria de trabajo en ese momento concreto, no tiene que coincidir con la línea de trabajo más importante aunque sí es la primordial en la situación actual.

Fases del plan de rehabilitación:

El plan de rehabilitación se estructura básicamente en tres fases: corto, medio y largo plazo, en las que se establecen las actividades a realizar por el usuario para desarrollar los objetivos ya reseñados. En principio, no es tanto un esquema de tiempo concreto, sino más bien secuencial en el sentido de ordenar la intervención en función de objetivos prioritarios y escalonados en orden a las dificultades individuales. Se deben cumplir los objetivos de una fase para pasar a la siguiente, sin embargo, y a pesar de las fluctuaciones temporales que se dan con respecto a la delimitación de tiempos rígidos y consecución de objetivos,

sí se considera conveniente el delimitar flexiblemente en el tiempo las actividades a realizar y las previsiones de objetivos a cumplir.

Ejemplo :

1ª Fase.-

El usuario realizará durante esta primera fase un trabajo individual de entrenamiento para coger el autobús que le desplaza de su casa al CRPS, contará para ello con el apoyo del monitor, quien de acuerdo a su tutor, establecerán la secuencia de trabajo en este aspecto. En esta fase el usuario realizará igualmente las actividades de manejo de dinero, manejo de transportes e integración comunitaria (ocio y tiempo libre).

Es objetivo de esta fase el que consiga acceder al CRPS por sus propios medios manejando correctamente los autobuses, así como que se apunte a la oficina del INEM y que inicie sus actividades de ocio a través de las promovidas en el CRPS. El tiempo aproximado de consecución de los objetivos podría ser de alrededor de tres meses.

La familia realizará el programa de psicoeducación de familias, con el objetivo de darle información y apoyo, disminuir el estilo afectivo familiar de riesgo y evitar su aislamiento.

2ª Fase.-

Realizará en esta fase el programa de habilidades sociales en sus aspectos de habilidades conversacionales, asertividad, así como relaciones interpersonales; también realizará el programa de psicoeducación en sus módulos de educación para la salud y autocontrol, y seguirá con el programa de integración comunitaria (ocio y tiempo libre).

Es objetivo de esta fase conseguir una adecuado repertorio de interacción social con los demás tanto para su posterior reinserción laboral como para el desarrollo de una red de apoyo adecuada. Deberá conocer cuales son los factores de riesgo y protección de recaídas dada su condición de vulnerabilidad. De la misma manera deberá desarrollar las capacidades necesarias para hacer frente a situaciones de estrés que indudablemente se presentarán al aumentar el número de roles desempeñados. Deberá conseguir una progresiva independencia en el desarrollo de su ocio y tiempo libre no relacionada directamente con el CRPS. El tiempo aproximado sería de 6 meses.

3ª Fase.-

Realizará en esta fase las actividades de técnicas de estudio, apoyo escolar e integración comunitaria (ocio y tiempo libre, orientación vocacional). Es el objetivo de esta fase el prepararle para desarrollar un trabajo formativo de manera que pudiera seguir un curso del INEM sin dificultad, de la misma manera se le apoyara en las tareas concretas del

curso así como con un trabajo de seguimiento a través del contacto con el monitor del curso una vez inscrito en él. Esta fase tiene un período de tiempo aproximado de unos seis meses.

Características esenciales del plan de rehabilitación:

- 1ª .- Evaluación de déficits
- 2ª .- Evaluación de capacidades
- 3ª .- Plan estructurado secuencial e individual
- 4ª .- Delimitación clara de objetivos
- 5ª .- Delimitación en el tiempo
- 6ª .- Adecuación al contexto del usuario
- 7ª .- Adecuación a las expectativas del usuario
- 8ª .- Implicación del usuario y familia en la confección y desarrollo del plan de rehabilitación
- 9ª .- Observación y seguimiento del usuario en su desempeño real
- 10ª .- Salida real de reinserción
- 11ª .- Evaluación continua del desarrollo del plan y sus resultados.

Se confecciona el PIR en el momento posterior a la evaluación con el consenso e implicación más amplio posible tanto del usuario como de la familia y previa coordinación con el C.S.M. Se incorpora el usuario en este momento a los programas y actividades designadas, haciéndose una evaluación pre y post con el objeto de valorar su eficacia.

6. Intervención.

Definimos la intervención como la puesta en práctica del plan de rehabilitación diseñado. La metodología fundamental de intervención se realiza a través de la entrada en los diferentes programas de trabajo del centro.

Los programas están estructurados en base a módulos con objetivos diferenciados. Dentro de cada uno de ellos existen a su vez submódulos definidos más concretos que se ponen en práctica a través de unidades operativas específicas, que son las llevadas a cabo diariamente.

Terminada la fase de intervención se realiza una evaluación de la eficacia global del proceso de rehabilitación.

7. Seguimiento.

El seguimiento es el trabajo final dentro del protocolo de actuación. Una vez alcanzados los objetivos definidos en el plan de rehabilitación hacia la reinserción, se articula un proceso de seguimiento y mantenimiento de los logros conseguidos.

El seguimiento se inicia cuando el usuario es dado de alta de la fase de intervención. El tiempo de duración es como mínimo de seis meses. Este programa de seguimiento se lleva a cabo a través de contactos periódicos ya sea mediante citas programadas, visitas domiciliarias o contactos telefónicos. Se articula además el proceso de separación progresiva del

CRPS e igualmente del seguimiento posterior a través de los servicios sociales de zona, y lógicamente, de sus contactos periódicos con el CSM. El seguimiento se extendería de igual forma, en aquellos casos de reinserción laboral, al centro de trabajo por un período de tiempo concreto.

CAPITULO 4

CAPITULO 4

EVALUACION EN REHABILITACION PSICOSOCIAL

En el campo de la rehabilitación psicosocial la evaluación/valoración no difiere sustancialmente de otros campos de la psicología (Shepherd, 1985) o de la evaluación de programas sociales. Aunque los términos evaluación y valoración son sinónimos, en lengua inglesa, presentan usos y momentos diferentes. Evaluación (assessment), indica el momento inicial de la evaluación propiamente dicha, en el que se trata de proceder al análisis de los comportamientos problema así como de las variables ambientales y/o internas que los controlan o mantienen, con el fin de determinar la formulación de hipótesis funcionales que permitan, a su vez, seleccionar una determinada intervención. A partir de este momento, se iniciaría la valoración (evaluation) del propio tratamiento o intervención aplicado que va a dar como resultado un juicio sobre el valor, mérito o eficacia de ese concreto tratamiento y que, además, va a permitirnos

verificar, o no las hipótesis funcionales formuladas. Esta distinción que realiza Fernández Ballesteros (1985) no se está aplicando en nuestro país y se utiliza el término evaluación en todos los procesos evaluativos.

Siguiendo el esquema de Alvira (1991), (Figura 4.1) la evaluación y la planificación/intervención/ de programas son procesos interrelacionados y quedan entrelazados de un modo continuo en un proceso de retroalimentación permanente. La evaluación puede realizarse tanto sobre la conceptualización y diseño de intervención como sobre su instrumentalización o sus resultados e impacto.

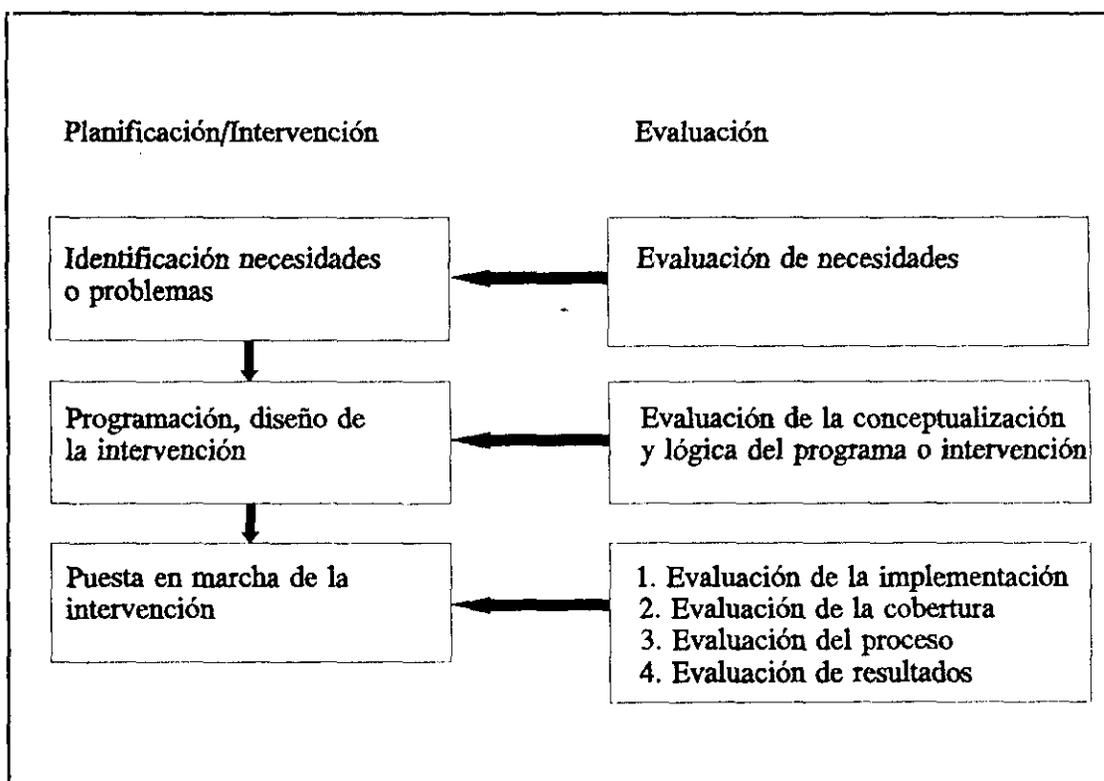


Figura 4.1.- Evaluación y programación (Alvira, 1991).

Shepherd (1985) considera que la evaluación en

rehabilitación no difiere del tratamiento, ambos forman parte del proceso de definir los límites del cambio. La evaluación y la intervención para Liberman (1988) se interrelacionan de forma continuada a lo largo del proceso de rehabilitación.

Según Slomka (1992), la evaluación en rehabilitación debe reunir una serie de características: ser **exhaustiva**: evaluar aspectos físicos, conductuales, afectivos, sociales, vocacionales, etc., es decir, los aspectos más relevantes de la vida de una persona. Debe ser **multidisciplinaria**: recoger información de diversas fuentes como informes médicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales y ambientales. **Ofrecer una perspectiva longitudinal**: para ello, es útil conocer el nivel premórbido (Watts y Bennett, 1983) y la historia del curso de la enfermedad. **Ser continua**: evaluar los logros alcanzados durante el proceso de intervención, modificando objetivos y metas. **Ser sistemática**: lo más estructurada y cohesionada con el proceso de intervención derivado de las necesidades individuales del paciente. En la planificación de la evaluación, no sólo es importante controlar qué evaluar sino también, cómo, cuándo y por quién.

Anthony, Cohen y Nemeck (1987) definen la evaluación en rehabilitación como la valoración de las habilidades y apoyos del sujeto en el ambiente en el cual vive, estudia y trabaja. La evaluación consta de tres componentes: una meta global de rehabilitación, una evaluación funcional de sus habilidades y una evaluación de los recursos con los que cuenta para conseguir ese objetivo.

Evaluación funcional en rehabilitación:

Según el análisis multiaxial de los criterios para evaluar los trastornos mentales del DSM-III R (American Psychiatric Association, 1987), tanto la evaluación sintomática como la funcional contribuyen, de forma complementaria al estudio del deterioro, la incapacidad y la minusvalía. La evaluación sintomática constituye el primer paso necesario para el diagnóstico y la elección del tratamiento farmacológico; la evaluación funcional de las capacidades y déficits conductuales de un individuo es el requisito previo para establecer la intervención psicosocial. Con los dos tipos de evaluación se pueden establecer planes y objetivos de rehabilitación (Kuehnel y Liberman, 1988).

Cohen y Anthony (1984) enumeran una serie de principios en la evaluación funcional:

- La evaluación del objetivo global en rehabilitación debe referirse al ambiente específico del sujeto.
- La definición de los problemas debe ser en términos funcionales-conductuales, medibles y observables.
- La evaluación funcional es siempre individualizada.
- Debe incluir la evaluación de habilidades físicas, emocionales e intelectuales y las expectativas de su ambiente.
- Se requiere la implicación del sujeto. La evaluación no se hace al sujeto, sino más bien con el sujeto.
- La evaluación se realiza tanto de recursos como de

déficits. Es importante la identificación de las habilidades conservadas.

- La evaluación funcional es un proceso continuo, es la base del plan de rehabilitación y la razón de las intervenciones.

La evaluación funcional establece directamente los aspectos que habrá que abordar en la intervención (Figura 4.2).

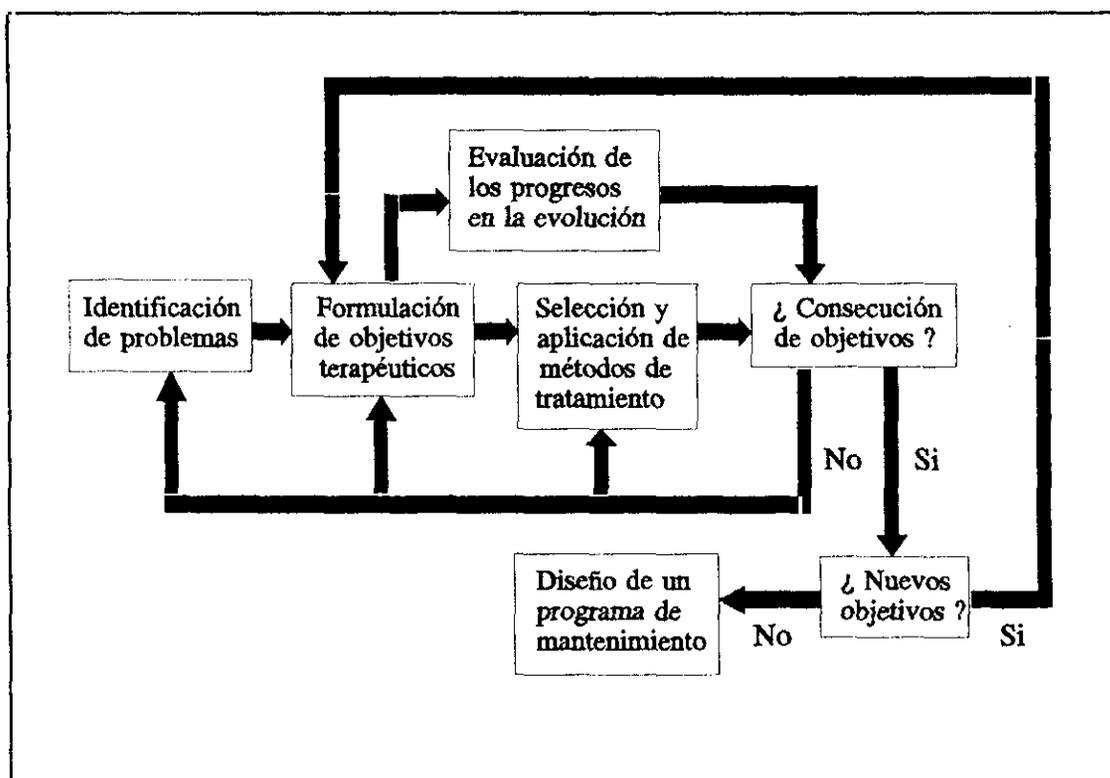


Figura 4.2.- *Evaluación e intervención en rehabilitación (Lieberman, 1988).*

Mientras la evaluación sintomática proporciona las directrices para la prescripción médica, la evaluación funcional proporciona las líneas para: a) establecer objetivos

a corto y largo plazo, b) registrar los progresos y c) determinar los resultados.

Identificación del problema y propuesta de objetivos:

Los objetivos deben ser claros y específicos definidos en términos comportamentales utilizando dimensiones como frecuencia, intensidad, duración, cualidad y adecuación al contexto. Determinar los déficits y excesos conductuales, que conductas deben iniciarse, eliminar o disminuir su frecuencia. Definidos los comportamientos problema, el siguiente paso es estudiar su relación funcional con hechos ambientales. Estos hechos serán los antecedentes, es decir, las circunstancias bajo las cuales ocurre el problema, lo que incluye el ambiente físico y especialmente social y los consecuentes que son las contingencias que acompañan la ocurrencia de la conducta y que tiene un efecto sobre su posibilidad de ocurrencia futura. Los objetivos de la intervención están determinados por el ambiente (Dellario, Goldfield, Farkas y Cohen, 1984).

Instrumentos de evaluación:

Dependiendo del objetivo o nivel de evaluación se pueden utilizar diversos instrumentos como autoinformes, cuestionarios, inventarios, entrevistas, autoregistros, observación directa (en el ambiente natural o simulado).

Planificación de la intervención:

Con objetivos globales y específicos, a corto y largo plazo.

Evaluación de los progresos en la evolución:

Consecución de objetivos, frecuencias, valoración por intervalos e intensidad, logros permanentes.

4.1.- Diseños y escalas de evaluación.

Existen una gran diversidad de instrumentos de evaluación que se han utilizado en la rehabilitación del enfermo mental crónico. Los diseños de referencia recogidos, son la mayoría multidimensionales, aunque siguiendo la categorización que realiza Inglott (1993), se pueden clasificar dependiendo del nivel del proceso evaluador, teniendo en cuenta los aspectos que más exhaustivamente evalúan.

Según este criterio se pueden clasificar en:

- Diseños para definir objetivos en el programa de rehabilitación.
- Diseños para evaluar problemas que inciden en el programa.
- Diseños para evaluar el cambio operado por el programa (evaluación de la eficacia).
- Diseños para evaluar la relación coste/beneficios (evaluación de la eficiencia).

4.1.1.- Diseños para definir objetivos del programa de rehabilitación.

Para definir los objetivos del programa de rehabilitación se requiere evaluar de forma global la patología crónica, los

déficits psicosociales y las necesidades de los sujetos.

En este apartado englobamos los instrumentos que detectan estos aspectos.

A. Estudios de detección de casos.

B. Estudios de evaluación de necesidades.

A. Estudios de detección de casos (patología crónica y grado de incapacidad):

El General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg (1972) y el Present State Examination (PSE) de Wing, Cooper y Sartorius (1974) son instrumentos que detectan patologías crónicas y son, frecuentemente, utilizados para el diagnóstico y la correlación con otros instrumentos. Para detectar el grado de incapacidad la escala de Krawiecka, Goldberg y Vaughan (1977) incluye ítems basados en las respuestas del paciente (depresión, ansiedad, delirios, etc), otros basados en la observación directa (sintomatología negativa) y recoge asimismo efectos secundarios de la medicación. El SBAS de Platt, Hirsch y Weyman (1983), REHAB de Baker y Hall (1988), MRSS de Affleck y McGuire (1984) y SBS de Wykes y Sturt (1986), son escalas que se utilizan tanto para evaluar objetivos de rehabilitación como para valorar el propio programa. Se comentarán en los siguientes apartados.

B. Estudios de evaluación de necesidades:

Los diseños destinados a evaluar necesidades resultan muy útiles para fijar objetivos globales y específicos en

rehabilitación. La escala MRC Needs for Care Assessment de Brewin, Wing, Mangen, Brugha y McCarthy (1987) evalúa una serie de áreas subdivididas en dos grupos:

- Areas de funcionamiento global que incluyen dos aspectos:
 - a) Síntomas y problemas de conducta (síntomas psicóticos positivos, síntomas neuróticos, violencia, etc.).
 - b) Aptitudes personales y sociales (aseo, compras, manejo de dinero, etc.).

- Areas de intervención. Intervenciones posibles en pacientes con sintomatología positiva: supervisión y seguimiento de la medicación, visitas domiciliarias, apoyo y asesoramiento al paciente, intervención familiar, etc.

La evaluación se realiza en dos niveles: necesidad presente/no presente, necesidad detectada/no detectada.

4.1.2.- Diseños para evaluar problemas y aspectos que inciden en el programa.

Los problemas y aspectos que inciden en el programa de rehabilitación se hallan ligados a los objetivos concretos y a las características de cada medio. El estudio de variables como la motivación del paciente, la familia o el medio rehabilitador elegido pueden tener un papel predictivo muy considerable en la elaboración de los programas.

- A. Estudios que evalúan la motivación del paciente.
- B. Estudios sobre la carga familiar que representa la convivencia con el paciente.
- C. Estudios sobre el propio medio rehabilitador.

A. Estudios que evalúan la motivación del paciente:

La evaluación de la motivación del paciente es un elemento esencial si consideramos imprescindible su implicación en un programa de rehabilitación. Waismann y Rowland (1989) han desarrollado un instrumento que mide la importancia relativa que los pacientes atribuyen a las necesidades. Emplea una metodología diseñada especialmente para individuos que tienen a menudo dificultades de concentración al enfrentarse con métodos de evaluación tradicionales. Fueron identificadas 10 áreas de necesidades: autocuidado, cuidado de la casa, alojamiento o vivienda, rol ocupacional, relaciones con parientes o amigos, administración del dinero, seguridad personal, apoyo, ocio y tiempo libre, y salud en general. Este instrumento tiene en cuenta de forma efectiva las necesidades expresadas por el paciente. Greenley, Sculz, Nam y Peterson (1985) han estudiado el grado de satisfacción del paciente con el tratamiento hospitalario tratando de delimitar los sesgos en los métodos de evaluación. McCarthy, Benson y Brewin (1986) realizan un estudio sobre la motivación para la realización de tareas cotidianas (compras, cocinar, transportes, lectura, etc.).

B. Estudios sobre la carga familiar que representa la convivencia con el paciente:

El efecto del comportamiento de la familia en el paciente y su influencia en la tasa de recaídas, esta suficientemente establecido con el concepto de Emoción Expresada (Brown y col., 1972; Leff y col., 1985). El instrumento para su medición es la Camberwell Family Interview (CFI) de Brown y Rutter (1966); Rutter y Brown, 1966; Vaughn y Leff (1976b) versión abreviada. La información que recoge esta entrevista se refiere, tanto a acontecimientos observables (distribución de tiempo, frecuencia de interacción o reparto de responsabilidades en las tareas domésticas entre el paciente y su familia), como a información subjetiva relativa a sentimientos tanto positivos como negativos y a su expresión en forma de conducta: contenido del lenguaje, tono de voz, lenguaje no verbal (criticismo, hostilidad y sobreimplicación).

El concepto de carga familiar definido como la presencia de problemas, dificultades o acontecimientos adversos que afectan la vida familiar en la convivencia con el paciente (Platt, 1985), se refiere tanto a problemas objetivos (tiempo libre, problemas económicos, etc), como al estrés que genera en la familia la conducta y el funcionamiento social del paciente.

Por lo tanto, aunque ambos conceptos se refieren a la respuesta de la familia en la convivencia con el paciente,

difieren en considerar el efecto del comportamiento de la familia en el sujeto (concepto de Emoción Expresada) y el efecto del comportamiento del sujeto en la familia (concepto de carga familiar). La relación de ambos conceptos, medidos con la CFI y el SBAS de Platt y col. (1983), muestra una correlación entre alto nivel de criticismo con carga familiar referida al estrés por los déficits de conductas y desempeño de roles; la carga objetiva familiar (problemas económicos, tiempo libre, etc.) no correlacionaba con alta EE en ninguna de las subescalas (Jackson, Smith y McGorry, 1990).

Existen diversas escalas y cuestionarios que miden carga familiar: el SBAS de Platt y col. (1983) ya citado, las de Grad y Sainsbury (1968); Hoenig y Hamilton (1967); Spitzer, Giboon y Endicott (1971); Pai y Kapur (1981); Creer, Sturt y Wykes, 1982; Fadden, Bebbington y Kuipers (1987), entre otras.

C. Estudios sobre el propio medio rehabilitador:

Estos estudios evalúan como es percibido el medio rehabilitador por el paciente y el equipo. Wykes, Sturt y Creer (1982) han desarrollado una escala, el Hostel Hospital Practices Profile (HHPP) que mide el nivel de restricciones impuesto en la vida de los pacientes: actividad, pertenencias, comidas, higiene, habitación y servicios dentro del hospital. Jordá y Espinosa (1990) han aplicado esta escala en nuestro país a los alojamientos para crónicos de la provincia de Valencia.

4.1.3.- Diseños para evaluar el cambio operado por el programa (evaluación de la eficacia).

La metodología empleada por estos diseños es generalmente la medición antes y después del programa de rehabilitación. Son diseños experimentales o cuasiexperimentales. Los instrumentos que se utilizan en este tipo de estudios longitudinales son escalas de síntomas para evaluar la evolución clínica, escalas de desempeño psicosocial para la evaluación del funcionamiento social y escalas combinadas que evalúan ambos aspectos (estudios comprensivos).

A. Estudios de evolución clínica.

B. Estudios de la evolución funcional y adaptación psicosocial.

C. Estudios comprensivos.

A. Estudios de evolución clínica:

Para evaluar la sintomatología se utilizan, entre otros, el PSE (Present State Examination) de Wing y col. (1974), ya citado, sobre todo para correlacionar los resultados con otros instrumentos. El BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) de Overall y Gorham (1962) se aplica en intervalos de tiempo dentro del proceso de rehabilitación.

B. Estudios de evolución funcional y adaptación psicosocial:

Existen numerosos instrumentos que evalúan el desempeño psicosocial que comentaremos en el siguiente apartado.

Destacar el SBAS de Platt y col. (1983), el Rehab de Baker y Hall (1988), El MRSS de Affleck y MacGuire (1984) y el SBS de Wykes y Sturt (1986), escalas ya citadas en la evaluación de objetivos de rehabilitación y que se utilizan también para valorar la eficacia del programa de rehabilitación.

C. Estudios comprensivos:

El Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE) de Keller, Lavori, Friedman, Nielsen, Endicott, MacDonald-Scott y Andreasen (1987) es un instrumento que incluye parámetros clínicos que se adaptan a cualquier sistema de clasificación diagnóstica y de funcionamiento social. Consiste en una entrevista semiestructurada que se administra cada 6 meses. La fuente principal de información es el propio paciente, aunque hay ítems que deben contrastarse con la familia y el equipo. Las áreas que evalúa son:

- Psicopatología (registro semanal de la evolución psiquiátrica, tentativas de suicidio, abuso de alcohol y drogas).
- Enfermedades no psiquiátricas.
- Tratamientos (registro semanal de medicación, terapia electrocompulsiva, psicoterapia).
- Funcionamiento psicosocial (laboral, doméstico, estudios, interpersonal, sexual, satisfacción, ocio, global).
- Severidad global.
- Resumen narrado.

4.1.4.- Diseños sobre la relación coste/beneficio (evaluación de la eficiencia del programa).

Los estudios de eficiencia en rehabilitación psicosocial son relativamente recientes. Uno de los primeros estudios fue el de Murphy y Datel (1976) en el que compara el coste/beneficio entre el tratamiento en la comunidad y en la institución de enfermos mentales crónicos. Los beneficios superarían a los costes en los cuidados en la comunidad, en un plazo de 10 años. El estudio de Paul y Lentz (1977) de coste/eficacia, compara un programa en la comunidad con el tratamiento tradicional en el hospital. El tratamiento en la comunidad fue más efectivo (descendieron en un 97% los actos agresivos y peligrosos, los pacientes necesitaron tomar menos medicación y eran más autónomos) y fue más económico. Cardin, McGill y Falloon (1985) realizan un estudio de coste/beneficio comparando la intervención familiar con un tratamiento individual utilizando la escala SBAS (Platt y col., 1983). Los resultados demostraron que no había diferencias en el coste entre las dos intervenciones, aunque la efectividad de la intervención fue superior en el abordaje familiar.

Dion y Anthony (1987) realizan una revisión cronológica de estudios de evaluación experimentales y cuasiexperimentales en rehabilitación psicosocial, con distintos tipos de intervenciones y concluyen que los resultados, en general, muestran un descenso de recaídas, un incremento de tiempo en la comunidad, incremento de empleos y productividad, incremento de desempeño de habilidades, mayor satisfacción y

menores costos.

4.2.- Escalas de funcionamiento psicosocial.

Existen una gran variedad de escalas y cuestionarios para evaluar el funcionamiento psicosocial de enfermos mentales crónicos. Weissman (1975, 1981) realiza una revisión desde la aparición de las primeras escalas en los años 50-60 en función del tipo de informante, método, contenido, uso y población, propiedades psicométricas, y otros. Define de forma global el ajuste social como la integración del individuo en el ambiente. Otras revisiones (Platt, 1986; Wallace, 1986; Anthony y col., 1987) analizan las ventajas de instrumentos estandarizados, con sus propiedades psicométricas probadas, para la evaluación del desempeño psicosocial en los programas de rehabilitación.

La Tabla 4.1 resume las características de las escalas de la revisión de Wallace (1986).

Nombre y autor	Areas evaluadas	Tiempo de evaluación	Método de recogida de datos
Katz Adjustment Scale (KAS) (Katz y Lyerly 1963)	Síntomas, roles, actividades de ocio y tiempo libre.	Ultimas semanas	Forma R: cuestionario 205 ítems contestado por un informante. Forma S: cuestionario 138 ítems que responde el paciente.
Personal Adjustment Role Skills Scale (PARS) (Ellsworth y col., 1968)	Síntomas, abuso de sustancias, funcionamiento general en la comunidad.	Ultimo mes.	Cuestionario en 5 versiones de 29 a 79 ítems contestado por un informante.
Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) (Platt y col., 1980, 1983)	Síntomas, desempeño de roles, carga y estrés familiar.	Ultimo mes.	Entrevista semiestructurada realizada a un informante 329 ítems.
Psychiatric Status Schedule (PSS) Spitzer y col., 1970)	Síntomas. Desempeño de roles.	Ultima semana	Versión pac. Versión informante. 321 ítems.
Psychiatric Evaluation Form (PEF) (Endicott y Spitzer, 1972)	Síntomas y desempeño de roles	Ultima semana. Ultimo mes.	28 ítems completados por un clínico utilizando todas las fuentes de información.

Tabla 4.1.- Características de los instrumentos utilizados en la evaluación de habilidades funcionales en enfermos mentales crónicos (Wallace, 1986).

Tabla 4.1

(continuación)

Social Adjustment Scale (SAS) (Weissman y col., 1971)	Desempeño general e interpersonal y satisfacción en 6 actividades instrumentales.	SAS y SAS II Ultimos 2 meses SAS-SR Ultimas 2 semanas	SAS:42 ítems valorados durante la entrevista con el pac. SAS-SR cuestionario 42 ítems completado por el pac. SAS-II: 52 ítems para pac. crónicos valorados en entrevista.
Social Stress and Functioning Inventory (Serban, 1978) (SSFIPD)	Desempeño y estrés en 21 áreas de vida en comunidad.	No consta	174 ítems de desempeño y 130 ítems de estrés valorados durante la entrevista con el pac.
Denver Community Mental Health Questionnaire (Ciarlo y Riehman, 1977) (DCMHQ)	Tensión, aislamiento, abuso de drogas y alcohol, productividad, uso y satisfacción de servicios.	Ultimas 24 horas hasta último mes.	61 ítems valorados durante entrevista con el paciente.
Community Adaptation Schedule (Burnes y Roen, 1967) (CAS)	Conducta, afecto, deseo de cambio en 34 áreas de funcionamiento	Actual	Cuestionario 212 ítems completado por el pac.

La escala KAS-R de Katz y Lyerly (1963) y la PARS de Ellsworth, Foster y Childers (1968) han sido utilizadas en numerosos estudios para evaluar tratamientos y diagnósticos (Wallace, 1986). Son útiles como medida global para la evaluación del programa o comparar los efectos de varios

tratamientos, pero no se puede obtener información suficientemente detallada para formular un plan individualizado de rehabilitación.

La escala SBAS de Platt, Weyman, Hirsch y Hewett (1980), Platt y col. (1983) será comentada ampliamente en el siguiente apartado.

La escala PSS de Spitzer, Endicott, Fleiss y Cohen (1970), la PEF de Endicott y Spitzer (1972b) y la CAPPs de Endicott y Spitzer (1972a) han demostrado en estos estudios sus propiedades psicométricas. La fiabilidad en la consistencia interna (Alfa de Cronbach), y entre entrevistadores es alta, así como la validez y sensibilidad a los cambios. Sin embargo, la información sobre el desempeño de roles es escasa y son principalmente para pacientes menos crónicos. Por tanto las tres son adecuadas como instrumentos de screening, como medida global para evaluar el programa o como variables dependientes comparando los efectos de diferentes tratamientos.

La escala SAS de Weissman, Paykel, Siegan y Kerman (1971) inicialmente para mujeres deprimidas, fue adaptada por Scholler, Hogarty y Weissman (1979) y Glazer, Aaronson, Prusoff y Williams (1980) para pacientes esquizofrénicos crónicos en régimen ambulatorio.

La SAS-II y la SAS-SR, dado su enfoque común en el ajuste social proporcionan información que es relevante para diseñar un programa de rehabilitación, aunque necesitaría ser

complementado con una evaluación más detallada para especificar las habilidades que tienen que ser entrenadas en el programa.

La escala SSFIPD de Serban (1978) investiga múltiples áreas del funcionamiento objetivo del paciente y el estrés subjetivo experimentado en 21 áreas de ajuste. Las áreas se agrupan en 4 subgrupos: desempeño instrumental, interacciones familiares, interacción social y desajuste social (consumo de tóxicos y actos antisociales). No está bien documentada la adecuación psicométrica.

La escala DCMHQ de Ciarlo y Riehman (1977) proporciona información sobre todo de conductas antisociales como abuso de sustancias, alcoholismo y contactos con instituciones públicas y grupos de autoayuda. También informa sobre el nivel de satisfacción con los servicios, sin embargo ofrece poca información sobre habilidades en roles instrumentales.

El cuestionario CAS de Burnes y Roen (1967) se diseñó para evaluar la conducta, sentimientos y deseos de cambio en los pacientes. Es un autoinforme que realiza el paciente. Sus propiedades psicométricas no están tan bien documentadas como en otras escalas y pueden surgir sesgos por predisponer al paciente a responder de forma socialmente deseable.

La escala REHAB de Baker y Hall (1983, 1988) se utiliza en ambientes institucionalizados donde el personal pueda observar a los pacientes durante una semana. Esta formada por dos subescalas: la escala de conductas problema que consta de

7 ítems (incontinencia, agresividad, exhibicionismo, etc.) y la escala de autonomía y socialización de 16 ítems sobre actividad social (relaciones con los compañeros, nivel de actividad, claridad del habla...), autocuidados y autonomía comunitaria (manejo del dinero, utilización de recursos, etc.).

Los objetivos generales de la escala son:

- Identificar a pacientes que viven en ambientes altamente protegidos en unidades de un hospital psiquiátrico y que podrían ser dados de alta hacia ambientes menos protegidos como pisos supervisados o residencias.
- Evaluar el nivel total de minusvalía de los pacientes para ayudar a la reorganización de las unidades dentro del hospital.
- Identificar las áreas más significativas de intervención para planificar el programa de rehabilitación.
- Establecer una línea base y evaluar los cambios en la conducta del paciente en un tiempo dado.

Su fiabilidad y validez han sido ampliamente investigadas como parte de un estudio en siete años sobre la efectividad de los métodos de tratamiento conductuales con pacientes esquizofrénicos crónicos (Baker, Hall, Hutchinson y Bridge, 1977). La simplicidad de la administración y el procedimiento de puntuación hace fácil llevar a cabo repetidas evaluaciones para medir los efectos del programa de rehabilitación.

Las escalas de evaluación global no realizan

descripciones específicas del comportamiento de enfermos mentales crónicos y no detectan pequeños cambios que puedan permitir la evaluación de la consecución de objetivos en rehabilitación. La escala SBS de Wykes y Sturt (1986) fue diseñada para evitar estos problemas. La escala mide sintomatología y desempeño de roles sociales para pacientes en el hospital y en la comunidad. Consta de 21 áreas (comunicación, higiene personal, violencia, etc.), basadas en los trabajos de Wing y Brown (1970).

La escala MRSS de Affleck y McGuire (1984) mide el funcionamiento de los pacientes que van a realizar un programa de rehabilitación o van a ser dados de alta de estos programas. Ofrece un procedimiento estandarizado para evaluar al paciente en cuatro áreas:

Independencia/dependencia

Actividad/pasividad

Integración social/aislamiento

Efectos de los síntomas

Cada subescala tiene ocho niveles (0 -7), la puntuación más alta representa el mayor grado de discapacidad. La evaluación la realiza un profesional que conozca muy bien al paciente y que pueda recoger información de otras personas significativas como enfermeros o familiares. Es sencilla de aplicar y detecta bien los cambios. Las distintas fuentes de información hacen descender su fiabilidad.

La escala de la OMS DAS/WHO (Jablensky, 1987), hay una

adaptación española (Montero, Bonet, Puche y Gómez-Beneyto 1988; Montero y Gómez-Beneyto 1993), mide la conducta del paciente y su funcionamiento social. El DAS basa la evaluación en el juicio clínico de un entrevistador experimentado, asumiendo que su experiencia le permita comparar sus observaciones con el supuesto funcionamiento "normal" o promedio de una persona del mismo sexo, edad y ambiente sociocultural.

La escala consta de 5 áreas:

1. Conducta general (cuidado personal, aislamiento, etc.)
2. Desempeño en el rol social (relaciones sociales, de pareja, etc.)
3. El paciente en el hospital (para pacientes hospitalizados)
4. Factores modificantes (ambiente en el hogar, ayuda exterior, etc.)
5. Evaluación global.

La amplitud de las puntuaciones es de 0 = no disfunción a 5 = disfunción máxima.

Esta escala se ha utilizado para hacer estudios transculturales, pero puede tener problemas de fiabilidad al comparar al paciente con información de diversas fuentes (Weissman 1975).

4.3.- Escala de desempeño psicosocial (Social Behaviour Assessment Schedule, SBAS de Platt, Hirsch y Weyman, 1983) ver Apéndices 1, 2, 3.

4.3.1.- Contenido.

El SBAS está diseñado para evaluar la conducta y desempeño de roles sociales de los sujetos y su efecto en los otros, por medio de una entrevista semi-estructurada realizada a un pariente o amigo íntimo del sujeto (el informante), mediante una escala flexible y adaptable que evalúa el funcionamiento social reciente del sujeto y los cambios en su desempeño resultado de la evolución de sus problemas, acontecimientos de la vida, etc.

Mide, por un lado, el efecto del comportamiento del sujeto en sus parientes y por otro el estrés que produce en el informante. Separa así los **cambios objetivos** en la vida del informante, del estrés causado por el paciente: **carga subjetiva**.

Para evitar juicios globales se separan las puntuaciones en:

- a) El comienzo del problema.
- b) Nivel de cambios.
- c) Nivel de estrés causado al informante para cada ítem individual de la conducta o desempeño del rol del sujeto.

Finalmente se toman en cuenta algunas variables

intervinientes más importantes que podrían modificar el efecto de la conducta del paciente en sus parientes, por ej. acontecimientos vitales y apoyos externos.

La evaluación del desempeño social no requiere ningún supuesto sobre que es normal o anormal, la escala puntúa si un rol particular es desempeñado o no.

Para cada ítem en el desempeño de roles sociales, la escala proporciona una medida de empeoramiento o mejoría comparando el cambio de cada paciente con el pasado. Así evita establecer criterios absolutos o arbitrarios de "deterioro" en el desempeño social que están relacionados con las normas culturales del entrevistador o el autor de la escala.

Esta escala puede usarse para comparar pacientes en un período de tiempo o el mismo paciente en diferentes períodos y medir cambios en distintos niveles de funcionamiento.

Pasar todo el SBAS requiere de 60 a 90 minutos dependiendo del informante, de la investigación, etc. (Se pueden omitir secciones o grupos de puntuaciones como comienzo del problema, estrés, etc.).

Elección del informante :

El informante debe ser la persona que haya tenido más contacto cara a cara de forma regular con el paciente en el período de tiempo que estamos estudiando. El informante que vive en la misma casa que el paciente se debe elegir preferentemente a uno que no viva.

Período cubierto por la entrevista :

Se recomienda que cubra el mes anterior, e incluir la referencia del tiempo en cada pregunta (tiempo/período).

La Escala (Tabla 4.2), (Apéndice 1).

El SBAS esta dividido en 6 secciones:

A INTRODUCCION

B CONDUCTA DEL SUJETO

C DESEMPEÑO SOCIAL DEL SUJETO

D EFECTOS ADVERSOS

E ACONTECIMIENTOS VITALES

F APOYOS

SECCION A - INTRODUCCION:

En esta sección el entrevistador contacta con el informante y obtiene información básica sobre la situación general de la casa, el problema del sujeto y otros. Consta de 9 preguntas referentes al número de personas que viven en la casa, ocupación, relación, etc.

SECCION B - CONDUCTA DEL SUJETO:

Esta sección cubre 22 tipos de conductas normalmente asociadas a desórdenes en pacientes psiquiátricos.

Para cada ítem se establecen 3 tipos de puntuaciones:

1. Evalúa: si esa conducta en particular es desempeñada o no, y en caso afirmativo si es moderada o grave.

No se da la conducta = 0

Moderada = 1

Grave = 2

2. El comienzo de la conducta en cuestión:

De una semana a siempre.

3. El estrés del informante ante esa conducta en particular:

No hay estrés = 0

Moderado = 1

Grave = 2

Resignación= 3

SECCION C - DESEMPEÑO SOCIAL DEL SUJETO:

Consta de 12 áreas de la vida social del sujeto como: cuidado de la casa, relaciones sexuales, toma de decisiones, etc.

Para cada ítem se establecen 4 tipos de puntuaciones:

1. Evalúa: Si ese rol es desempeñado o no, y a que nivel.

Si = 0

Algo = 1

Nunca = 2

2. El cambio en ese comportamiento social comparándolo con lo que hacía antes que empezara su problema/enfermedad.

El mismo = 0

De algo a mucho.

3. Cuando comenzó ese cambio:

De una semana a siempre.

4. El estrés del informante ante el desempeño o no de ese rol en el sujeto.

No hay estrés = 0

Moderado= 1

Grave= 2

Resignación= 3

SECCION D - EFECTOS ADVERSOS EN OTROS:

a) En los niños

b) En el informante

c) y d) En otros (familiares, vecinos, etc)

Total 18 ítems, para cada uno hay 4 tipos de puntuaciones:

1. Si ha habido problemas en la vida de a, b, c y d, y a que nivel.

No ha habido = 0

Algunos = 1

Graves = 2

2. Cuando empezó este problema.

De una semana a siempre.

3. Si estos problemas tienen relación con el sujeto y a que nivel.

Ninguna relación = 0

Posible = 1

Clara = 2

4. El estrés del informante ante esta situación.

SECCION E - ACONTECIMIENTOS VITALES:

Esta sección mide los acontecimientos que afectan la vida del informante, del paciente, de amigos o parientes, como salud, muerte, accidentes, noticias inesperadas, problemas económicos, etc.

Consta de 11 ítems y para cada ítems se establecen 6 puntuaciones:

C = Comienzo del acontecimiento.

R = Relación o no de tal acontecimiento con el problema del sujeto.

Esta evaluación se hace al informante, al paciente y a otros.

SECCION F - APOYOS AL INFORMANTE Y CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA:

Esta sección mide el nivel de apoyo que recibe el informante de:

- a) los familiares
- b) los amigos
- c) las instituciones sociales y sanitarias.

Para cada tipo de apoyo se evalúa el contacto y su frecuencia, el alivio emocional experimentado por estos contactos, la ayuda recibida y el alivio experimentado por ésta.

En esta sección la puntuación es inversa al resto de la escala:

No hay contactos = 0

Por lo menos un contacto = 1

No ha habido confianza = 6

Apoyo considerable = 2

ESCALA SBAS (Platt y col., 1983).**SECCION A : INTRODUCCION**

9 ítems que recogen información general del sujeto y su familia.

SECCION B : CONDUCTA DEL SUJETO

1. Tristeza
2. Retraimiento
3. Lentitud
4. Falta de memoria
5. Inactividad
6. Dependencia
7. Indecisión
8. Preocupación
9. Miedo
10. Obsesiones
11. Ideas extrañas
12. Sobreactividad
13. Reacciones imprevisibles
14. Irritabilidad
15. Descortesía
16. Violencia
17. Ideas suicidas
18. Exhibicionismo
19. Beber excesivo
20. Descuido personal
21. Quejas de dolores
22. Conducta extraña

SECCION C : DESEMPEÑO SOCIAL DEL SUJETO

1. Participación en las tareas de casa
2. Participación en la administración de casa
3. Cuidados de los niños
4. Interés en los niños
5. Educación de los niños
6. Actividades de ocio y tiempo libre
7. Conversación diaria sujeto - informante
8. Apoyo sujeto - informante
9. Afectividad sujeto - informante
10. Relaciones sexuales
11. Trabajo/estudio
12. Toma de decisiones

Tabla 4.2.- SBAS (Platt y col., 1983).

Tabla 4.2

(continuación)

SECCION D : EFECTOS ADVERSOS EN OTROS	
I	Niños pequeños o en edad escolar
	1. Enfermedades físicas
	2. Problemas emocionales
	3. Trastornos de conducta
	4. Relaciones con el paciente
	5. Tiempo fuera de casa
	6. Contacto con amigos
	7. Faltas al colegio
	8. Comportamiento en el colegio
II	Informante
	9. Enfermedades físicas
	10. Problemas emocionales
	11. Vida social
	12. Tiempo libre
	13. Problemas económicos
	14. Desempeño en el trabajo/estudio
	15. Horas/días libres en el trabajo/estudio
	16. Trastornos en su vida
III	Otros adultos (excluyendo al informante)
	17. Relaciones en casa
	18. Trastornos en la vida de otros
SECCION E : ACONTECIMIENTOS VITALES	
	1. Salud
	- Enfermedades físicas o lesiones
	2. Muerte
	3. Intento de suicidio o sobredosis
	4. Nacimiento, aborto involuntario o provocado
	5. Trabajo/estudio
	- Desempleo
	6. Cambio de empleo/estudio/jubilación
	7. Cambios económicos
	8. Problemas legales
	9. Cambio de estado civil
	10. Noticias inesperadas
	11. Disgustos
SECCION F : APOYOS AL INFORMANTE Y CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA	
	1. Apoyo de familiares
	2. Apoyo de amigos y vecinos
	3. Apoyo de instituciones socio-sanitarias
	4. Características de la vivienda

4.3.2.- Puntuaciones.

Puntuación global de la escala:

El SBAS no proporciona una puntuación global, sino cuatro puntuaciones globales referidas a las cuatro secciones más importantes de la escala:

CONDUCTA DEL SUJETO: Suma de puntuaciones de las 22 conductas evaluadas (la amplitud de las puntuaciones es de 0 a 44)

DESEMPEÑO SOCIAL DEL SUJETO:

$$\frac{\text{suma de puntuaciones de todos los ítems de roles}}{\text{N}^\circ \text{ de roles aplicados}}$$

EFFECTOS ADVERSOS EN OTROS:

$$\frac{\text{suma de ítems donde existen efectos adversos}}{\text{N}^\circ \text{ de ítems aplicados}}$$

ESTRES DEL INFORMANTE:

La categoría resignación se puntúa como 0. La amplitud de las puntuaciones del estrés en relación a la conducta del sujeto, desempeño social y efectos adversos es de 0 a 2.

$$\frac{\text{suma de puntuaciones de todos los ítems de estrés}}{\text{N}^\circ \text{ de ítems aplicados}}$$

4.3.3.- Propiedades psicométricas.

La fiabilidad entre entrevistadores se realizó comparando las puntuaciones directas de cuatro entrevistadores en nueve

entrevistas. Los entrevistadores fueron dos sociólogos, un psiquiatra y un psicólogo social. Los nueve informantes a los que se le administró el SBAS fueron familiares de 9 pacientes elegidos al azar de una muestra de 127 de la unidad de psiquiatría del hospital general del sur de Londres (Hirsch, Platt, Knights y Weyman, 1979).

Aunque la muestra era pequeña, la sintomatología era variada, medida con el PSE (Wing, Cooper y Sartorius, 1974), con diversos diagnósticos (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, psicosis orgánicas, alcoholismo y neurosis), en contraste con la muestra de los informantes que era relativamente homogénea (todos estaban casados y vivían en la misma casa que el paciente).

La fiabilidad fue hallada por secciones (conductas, desempeño social y efectos adversos), divididas en dos subsecciones (aspectos objetivos y estrés). Para establecer el grado de acuerdo entre los cuatro entrevistadores se utilizó el coeficiente de correlación entre clases, ICC (Ebel, 1951; Bartko, 1966). El ICC toma el valor 1 cuando hay acuerdo total y 0 cuando no hay acuerdo. Los resultados obtenidos muestran que existe un alto grado de acuerdo ($ICC > 0.92$) ver Tabla 4.3.

SECCIONES	ICC
CONDUCTA DEL SUJETO	0.96
DESEMPEÑO SOCIAL DEL S.	0.98
EFFECTOS ADVERSOS EN OTROS	0.99
ESTRES DEL INFORMANTE :	
ANTE LA CONDUCTA DEL SUJETO	0.94
ANTE EL DESEMPEÑO SOCIAL	0.93
ANTE LOS EFECTOS ADVERSOS	0.92

Tabla 4.3.- *Fiabilidad entre entrevistadores por secciones (Platt y col., 1980).*

La fiabilidad ítem por ítem se realizó con el coeficiente kappa ponderada kw (Cohen, 1968), que mide el nivel de acuerdo o desacuerdo entre entrevistadores. Este estadístico hace una distinción entre desacuerdo cualitativo y cuantitativo. El desacuerdo cualitativo se refiere a si un ítem está presente o ausente y el desacuerdo cuantitativo a la discrepancia en el grado o nivel del ítem. El coeficiente kappa ponderada valora 1 si el acuerdo es total, 0 si el acuerdo no es mejor que el azar, y un valor negativo si el acuerdo es peor que el azar. Los resultados muestran una $kw \geq 0.70$ del nivel de acuerdo entre entrevistadores. (Tabla 4.4).

FIABILIDAD OBTENIDA ENTRE ENTREVISTADORES			
SECCIONES	PORCENTAJE DE ITEMS		
	Kw> 0.90	Kw> 0.80	Kw> 0.70
CONDUCTA DEL SUJETO	50 %	89 %	100 %
DESEMPEÑO SOCIAL DEL S.	55 %	64 %	91 %
EFFECTOS ADVERSOS EN OTROS	65 %	85 %	90 %
ESTRES DEL INFORMANTE :			
ANTE LA CONDUCTA DEL SUJETO	15 %	30 %	53 %
ANTE EL DESEMPEÑO SOCIAL	33 %	44 %	66 %
ANTE LOS EFECTOS ADVERSOS	62 %	75 %	88 %
TOTAL	48 %	68 %	83 %

Tabla 4.4.- *Fiabilidad entre entrevistadores ítem por ítem (Platt y col., 1980).*

4.3.4.- Valoración de la escala.

La escala SBAS resulta ser un instrumento fiable como lo demuestran las altas correlaciones halladas entre entrevistadores por secciones (Tabla 4.3) y por ítems (Tabla 4.4).

Este instrumento ha sido utilizado en una variedad de estudios e investigaciones que han demostrado su validez para evaluar necesidades de pacientes esquizofrénicos (Gibbons, J.S., Horn, Powell y Gibbons, J.L., 1984); sintomatología, desempeño de roles, carga y estrés familiar comparando tratamientos en el hospital y centros de día en enfermos mentales (Hirsch y col. 1979; Platt, Hirsch y Knights, 1981); en intervenciones familiares frente a tratamientos individuales (Falloon y Pederson, 1985; Falloon, McGill, Boyd y Pederson, 1987); el estrés familiar entre pacientes alcohólicas y depresivas (Lutz, Appelt y Cohen, 1980);

tratamientos farmacológicos con depot versus orales en pacientes esquizofrénicos (Barnes, Milavic, Curson y Platt, 1983). Otros trabajos han evaluado la relación del estilo afectivo familiar con el SBAS (Doane, Falloon, Goldstein y Mintz, 1985) y el concepto de emoción expresada (Jackson, Smith y McGorry, 1990). También se ha utilizado el SBAS en estudios de evaluación de coste/beneficio comparando tratamientos (Falloon, 1985). Otros trabajos con el SBAS (ver Apéndice 3).

La escala SBAS además de ser un instrumento fiable y valido reúne una serie de características que le hacen especialmente adecuado para la evaluación en rehabilitación psicosocial:

1. No hay ningún instrumento que evalúe al mismo tiempo sintomatología, desempeño de roles sociales del sujeto y su efecto en la familia: carga objetiva y subjetiva (Wallace, 1986).
2. Por su estructura y contenido evalúa los aspectos más importantes para definir objetivos de rehabilitación, tanto en el sujeto como en su familia (estrés familiar y apoyos), variables que numerosos estudios, ya citados, han demostrado su incidencia en la tasa de recaídas.
3. Siendo un instrumento estandarizado es asimismo válido para evaluar la eficacia de tratamientos y programas de rehabilitación.

CAPITULO 5

CAPITULO 5

ESTUDIO 1: ADAPTACION ESPAÑOLA DEL SBAS

La escala original fue traducida y aplicada a un grupo de familias en un estudio piloto en el centro de día de los servicios de salud mental de Leganés, en Madrid. Parte de este estudio ha sido publicado por Otero y Rebolledo (1990, 1992).

Este primer estudio permitió conocer en profundidad el instrumento y observar ciertos problemas en su aplicación. La escala original consta de 329 ítems y su duración es de hora y media. Aunque la escala adaptada respeta prácticamente el conjunto de la escala original, se suprimieron aquellos ítems y secciones que daban una información demasiado extensa y exhaustiva sobre aspectos no directamente relacionados con el paciente. Nos referimos a la evaluación de la conducta de los niños. En la escala original suponen 44 ítems y en la adaptación española 9. La razón de suprimir estos ítems se debe a que del total de familias españolas evaluadas con el

SBAS, el porcentaje de niños que vivían en la casa era muy pequeño, y sin relación directa con el paciente, solían ser sobrinos de él, que pasaban temporadas en la casa. Sólo un paciente tenía hijos pequeños.

Otro aspecto suprimido de la escala original fue el onset (cuando empezó) referido a cada una de las conductas, roles y efectos adversos. Encontramos dificultad en evaluar este concepto, la mayoría de los informantes se remitían al comienzo de la enfermedad del sujeto, otros generalizaban en "siempre ha estado así", la información obtenida con estos ítems no nos pareció lo suficientemente relevante como para mantenerlos en toda la escala. Se suprimió, también, la sección E de acontecimientos vitales por entender que, aunque es una información importante en el contexto del enfermo mental crónico, resultaba difícil de valorar, podría ser evaluado en otro momento, y no ser incluido en la escala, ya de por sí muy extensa.

Se agregaron algunos ítems en la sección desempeño de roles sociales del sujeto: como interés por acontecimientos socioculturales, manejo de recursos comunitarios, y relaciones interpersonales; y otros relativos a la actitud y toma de la medicación en la sección introducción.

Se incluyó la sección F, para evaluar el número de recaídas al año.

EL SBAS adaptado (Tabla 5.1), (Apéndice 2) consta de 152 ítems y su duración es de media hora.

Está dividido en 6 secciones:

A INTRODUCCION

B CONDUCTA DEL SUJETO

C DESEMPEÑO DE ROLES DEL SUJETO

D CARGA OBJETIVA

E APOYOS

F RECAIDAS

SECCION A - INTRODUCCION :

En esta sección, que en la versión original constaba de 9 ítems, agregamos 6 ítems relativos al sujeto (nivel de estudios, experiencia laboral, orientación ocupacional, actitud ante la medicación, administración de la medicación, nivel de ingresos y nivel socioeconómico familiar) y 2 ítems relativos al informante (expectativas sobre la evolución del sujeto y actitud ante la medicación).

SECCION B - CONDUCTA DEL SUJETO :

Esta sección cubre los 22 tipos de conductas de la escala original. Para cada ítem se establecen 2 tipos de puntuaciones:

1. Evalúa: si esa conducta en particular es desempeñada o no, y en caso afirmativo si es moderada o grave.

0 = no hay

1 = moderada

2 = grave

2. El estrés del informante ante esa conducta en particular.

0 = ninguno

1 = moderado

2 = grave

3 = resignación

SECCION C - DESEMPEÑO DE ROLES SOCIALES DEL SUJETO :

Consta de 13 áreas de la vida social del sujeto como: cuidado de la casa, relaciones de pareja, toma de decisiones. Para cada ítem se establecen 3 tipos de puntuaciones:

1. Evalúa: si ese rol es desempeñado o no, y a qué nivel.

0 = desempeña el rol

1 = a veces

2 = nunca lo desempeña

2. El cambio en ese comportamiento social comparándolo con lo que hacía antes que empezara su problema/enfermedad.

0 = ahora hace lo mismo

1 = hace menos

2 = hace más

3. El estrés del informante ante el desempeño o no de ese rol por el sujeto.

(Igual que en la sección B).

SECCION D - CARGA OBJETIVA:

Corresponde a la sección de efectos adversos en otros de la escala original. Consta de 9 áreas relativas a los problemas objetivos del núcleo familiar y si tienen o no

relación con el paciente.

- a) En los niños
- b) En el informante
- c) En otros (familiares, vecinos, etc.)

Para cada ítem se establecen 3 tipos de puntuaciones:

1. Si ha habido problemas en la vida de a, b y c.

0 = no ha habido

1 = alguno

2 = grave

2. Si estos problemas tienen relación con el sujeto y a qué nivel.

0 = ninguna relación

1 = posible

2 = clara

3. El estrés del informante ante esta situación.

(Igual que en las secciones B y C).

SECCION E - APOYOS AL INFORMANTE Y CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Esta sección mide el nivel de apoyo que recibe el informante de:

- a) los familiares
- b) los amigos
- c) las instituciones sociales y sanitarias.

Para cada tipo de apoyo evalúa el contacto y su frecuencia, el alivio emocional experimentado por estos contactos, la ayuda real recibida y el alivio experimentado

por ésta. (Se reducen las puntuaciones a 0, 1, 2) y se elimina la puntuación 6 (no ha habido confianza). Consta de 12 ítems.

SECCION F - RECAIDAS

Registra las hospitalizaciones habidas en el tiempo/período establecido.

- 0 = no hay ingreso
- 1 = un ingreso
- 2 = dos ingresos
- 3 = tres ingresos
- 4 = cuatro ingresos
- 5 = cinco o más ingresos.

Puntuación de la escala:

En general, se conservaron las mismas puntuaciones que en la escala original (0, 1 y 2) y (9) no se puede aplicar. Se mantuvo el (3) para valorar la resignación en el estrés, aunque se le asignó el valor 0 para comparar grupos. Se eliminaron todos los demás valores para que las puntuaciones fueran lo más cuantitativas posibles y favorecer su fiabilidad. La forma de corrección es similar a la versión inglesa: sumatorio de puntuaciones dividido por el nº de ítems aplicados, para cada una de las secciones.

ESCALA SBAS. ADAPTACION ESPAÑOLA.

SECCION A : INTRODUCCION

16 ítems que recogen información general del sujeto y su familia.

SECCION B : CONDUCTA DEL SUJETO

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| 1. Tristeza | 12. Sobreactividad |
| 2. Retraimiento | 13. Reacciones imprevisibles |
| 3. Lentitud | 14. Irritabilidad |
| 4. Falta de memoria | 15. Descortesía |
| 5. Inactividad | 16. Violencia |
| 6. Dependencia | 17. Ideas suicidas |
| 7. Indecisión | 18. Exhibicionismo |
| 8. Preocupación | 19. Beber excesivo |
| 9. Miedo | 20. Descuido personal |
| 10. Obsesiones | 21. Quejas de dolores |
| 11. Ideas extrañas | 22. Conducta extraña |

SECCION C : DESEMPEÑO DE ROLES SOCIALES DEL SUJETO

1. Participación en las tareas de casa
2. Participación en la administración de casa
3. Cuidados de los niños
4. Actividades de ocio y tiempo libre
5. Conversación diaria sujeto - informante
6. Apoyo sujeto - informante
7. Afectividad sujeto - informante
8. Relaciones de pareja
9. Trabajo/estudio
10. Toma de decisiones en casa
11. Manejo de recursos comunitarios
12. Interés por acontecimientos socio-culturales
13. Relaciones interpersonales

SECCION D : CARGA OBJETIVA:

1. Problemas emocionales en los niños
2. Relaciones del niño/s con el sujeto
3. Problemas emocionales del informante
4. Vida social del informante
5. Tiempo libre del informante
6. Problemas económicos del informante
7. Trastornos en la vida del informante
8. Relaciones en casa
9. Trastornos provocados en la vida de otros

SECCION E : APOYOS:

1. Apoyo de familiares
2. Apoyo de amigos y vecinos
3. Apoyo de instituciones
4. Características de la vivienda

SECCION F : RECAIDAS

Tabla 5.1.- Adaptación Española del SBAS.

5.1.- Fiabilidad entre entrevistadores.

5.1.1.- Procedimiento.

Se seleccionó una muestra de 20 pacientes de 30 a 50 años, diagnosticados de esquizofrenia por los centros de salud mental de la zona sur de Madrid. La escala se administró a un familiar que convivía con ellos (la madre en un 80%).

La fiabilidad entre entrevistadores se estableció con el mismo método utilizado por el autor de la escala pero con dos entrevistadores que realizaron 20 entrevistas, 10 cada uno. Los entrevistadores fueron psicólogos clínicos con experiencia en rehabilitación psicosocial de pacientes esquizofrénicos y que habían sido entrenados en la aplicación de la escala. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente puntuadas por el entrevistador que no había realizado la entrevista. Se ha utilizado el coeficiente kappa (Cohen, 1960) para establecer la fiabilidad obtenida por el nivel de acuerdo/desacuerdo entre entrevistadores ítem por ítem.

5.1.2.- Resultados.

En la Tabla 5.2 se presentan los resultados del coeficiente kappa en porcentajes de ítems para las secciones más importantes del SBAS.

FIABILIDAD OBTENIDA ENTRE ENTREVISTADORES			
SECCIONES	PORCENTAJE DE ITEMS		
	K > 0.90	K > 0.80	K > 0.70
CONDUCTA DEL SUJETO	72 %	90 %	95 %
DESEMPEÑO DE ROLES DE S.	92 %	98 %	100 %
CARGA OBJETIVA	96 %	100 %	
ESTRES DEL INFORMANTE :			
ANTE LA CONDUCTA DEL SUJETO	72 %	90 %	100 %
ANTE EL DESEMPEÑO DE ROLES	100 %		
ANTE LA CARGA OBJETIVA	96 %	100 %	
TOTAL	85 %	94 %	99 %

Tabla 5.2.- *Fiabilidad entre entrevistadores ítem por ítem (muestra española).*

Como puede observarse el resultado total es $k \geq 0.70$ en la muestra española igual al obtenido con el kw en muestras británicas (ver Tabla 4.4). Los niveles de acuerdo por secciones son superiores en la muestra española.

FIABILIDAD OBTENIDA ENTRE ENTREVISTADORES			
SECCIONES	PORCENTAJE DE ITEMS		
	Kw > 0.90	Kw > 0.80	Kw > 0.70
CONDUCTA DEL SUJETO	50 %	89 %	100 %
DESEMPEÑO SOCIAL DEL S.	55 %	64 %	91 %
EFFECTOS ADVERSOS EN OTROS	65 %	85 %	90 %
ESTRES DEL INFORMANTE :			
ANTE LA CONDUCTA DEL SUJETO	15 %	30 %	53 %
ANTE EL DESEMPEÑO SOCIAL	33 %	44 %	66 %
ANTE LOS EFECTOS ADVERSOS	62 %	75 %	88 %
TOTAL	48 %	68 %	83 %

Tabla 4.4.- *Fiabilidad entre entrevistadores ítem por ítem (Platt y col., 1980).*

5.1.3.- Discusión.

Posiblemente una de las razones de la mayor fiabilidad

en la muestra española sea que utilizamos el coeficiente kappa (k) mientras el autor de la escala original, utilizó el coeficiente kappa ponderada (kw); este coeficiente kw hace una distinción entre desacuerdo cualitativo y cuantitativo. El coeficiente k no hace esta distinción. También había diferencias en las muestras, los diagnósticos de la muestra británica eran diversos: alcoholismo, maniaco-depresivos, psicosis orgánica, neurosis, esquizofrenia. Los informantes eran las esposas de los sujetos en el 50% de los casos, y pertenecían a distintas clases sociales. La muestra española era más homogénea. Otra diferencia importante fue el número de entrevistadores: en la muestra británica fueron 4 y en la española 2. Aunque ellos evaluaron 9 sujetos, y nosotros 20.

5.2.- Validez de criterio.

El segundo objetivo propuesto en este estudio fue comprobar si la escala era sensible para evaluar programas de rehabilitación en enfermos mentales crónicos.

5.2.1.- Procedimiento.

Se seleccionaron 30 pacientes diagnosticados de esquizofrenia de curso crónico (con más de 3 años de consultas), por los servicios de salud mental de la zona sur de Madrid, según los criterios del CIE-9 (OMS) los subtipos diagnósticos fueron de esquizofrenia simple (10 %), paranoide (63.3 %), latente (3.3 %), residual (20%), sin especificar (3.3%).

Todos ellos en régimen ambulatorio, con tratamiento farmacológico. El 80% con más de 5 años de evolución. La escala se aplicó al familiar que más vinculación tenía con el paciente y que conviviera con él. En el 80% de los casos fue el padre o la madre.

Características demográficas:

Las características demográficas de ambos figuran en las Tablas 5.3 y 5.4.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS SUJETOS	
Clase social:	Media-baja
Ocupación:	En paro: 56%
	Incapacidad laboral 36,6%
	Trabajando: 6,7%
Sexo:	Masculino: 83%
	Femenino: 16,7
Edad:	De 20 a 50 años
Estado civil:	Casado o vive con pareja: 3,3%
	Soltero: 76,7
	Separado o divorciado: 20%
Convivencia:	Cónyuge o pareja: 3,3%
	Padres 83%
	Parientes o amigos: 6,7%
	Vive solo: 6,7%

Tabla 5.3.- Características demográficas de los sujetos.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS INFORMANTES	
Relación de los informantes con los sujetos:	
	Cónyuge: 3,3%
	Padre o Madre: 80%
	Otro parentesco: 16,7%
Tipo de convivencia de los informantes con los sujetos:	
	No conviven: 6,7%
	Conviven: 93,3%
Sexo de los informantes:	
	Masculino: 23,3%
	Femenino: 76,7%
Edad media:	57,6

Tabla 5.4.- Características demográficas de los informantes.

El perfil del paciente esquizofrénico de la muestra fue: un esquizofrénico paranoide o residual, con más de 5 años de evolución, que puede presentar un curso estable o en fases de sus problemas, que es normalmente un varón, de unos 30 años, soltero, que no trabaja ni percibe una prestación económica o en caso de percibirla, ésta normalmente no le permite la independencia económica y que vive con sus padres. El nivel socioeconómico familiar es bajo o medio bajo.

Se realizó un diseño experimental con grupo control pretest-postest. Entre la medición pre y post transcurrió un año. Tanto el grupo experimental como el control estaban constituidos por 15 sujetos cada uno.

El grupo experimental fue evaluado con el SBAS antes y después de realizar el programa de rehabilitación, que duró un año, mientras el grupo control que sólo tenía la atención

ambulatoria en su centro de salud mental, fue asimismo evaluado con el SBAS durante el mismo período.

Ambos grupos fueron homologados en variables intervinientes como: clase social, ocupación, nivel de estudios, edad, sexo, estado civil, convivencia, diagnóstico, medicación, años de evolución, persistencia del problema, gravedad en el momento actual, tiempo total de hospitalización. Así como en las variables relacionadas con los informantes: edad, sexo, ocupación, relación con el sujeto, convivencia. Tampoco existían diferencias significativas entre las variables dependientes como conductas, desempeño de roles, autoadministración de la medicación, recaídas y opinión de la familia respecto de la gravedad de los problemas. No había diferencias significativas entre ambos grupos $P \leq 0.05$ realizando la prueba t-test en la medición pre de todas las variables medidas.

El programa de rehabilitación evaluado contaba con los siguientes recursos:

Un centro de día que hace de puerta de entrada al programa y en donde se evalúan los casos, se construye el plan individualizado de rehabilitación y se desarrollan diversas actividades de entrenamiento y animación sociocultural. Un piso escuela donde se realizan los entrenamientos en actividades de la vida diaria. Cuatro talleres ocupacionales y un centro agrícola para programas ocupacionales y de rehabilitación laboral (Desviat, 1987).

La evaluación de casos y el desarrollo de las actividades de rehabilitación se hace en función de un modelo de 10 áreas de intervención que recogen los aspectos más significativos de la vida de los usuarios (Tabla 5.5).

MODELO DE AREAS DE INTERVENCION EN REHABILITACION PSICOSOCIAL	
Areas de intervención	Ejemplos de actividades
Orientación ocupacional	Intereses y aptitudes. Desarrollo motivacional
Educación de de adultos	Lecto-escritura, cálculo aritmético. O.sociocultural
Formación laboral	Talleres ocupacionales, centro agrícola, INEM.
Ocio y tiempo libre	Hobbys y aficiones Deporte, excursiones.
Actividades de la vida diaria	Autocuidado, dinero, compras, cooperación en casa
Habilidades sociales	Habilidades básicas, conversacionales, relaciones afectivas
Psicoeducación del paciente	Educación para la salud. Desarrollo emocional. Estimulación cognitiva.
Psicoeducación de la familia	Información, solución de problemas, grupos de autoayuda.
Alternativas residenciales	Piso escuela, pisos supervisados y protegidos.
Recursos socio-económicos etc.	Recursos económicos, transportes, matrículas, etc.

Tabla 5.5.- *Modelo de áreas de intervención en rehabilitación (Rebolledo y col., 1991).*

Las actividades del programa incidieron en aquellos aspectos que presentaban mayores discapacidades y minusvalías.

5.2.2.- Resultados.

Los resultados obtenidos que vamos a analizar son:

- A. Conductas.
- B. Desempeño de roles.
- C. Carga objetiva familiar.
- D. Carga subjetiva familiar (estrés del informante).
- E. Apoyos.
- F. Recaídas.

A. Conductas:

En la Figura 5.1 se presentan los resultados de la diferencia de medias en la medición pre-post de ambos grupos. Se observa que el grupo experimental mantiene su compensación comportamental a lo largo del año, en cambio el grupo control tiene un empeoramiento conductual. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($P = 0.04$) (análisis de varianza-Manova SPSS/PC+ utilizando el criterio de significación $\alpha \leq 0.05$).

B. Desempeño de roles:

En puntuaciones globales pre-post varían las medias hacia un mejoramiento en el desempeño de roles en el grupo experimental y un empeoramiento en el grupo control, y estas diferencias son estadísticamente significativas (análisis de varianza-Manova SPSS/PC+ $P = 0.00$).

En la Figura 5.2 se presentan los datos del desempeño de roles sociales del grupo experimental pre-post. De los 10 roles evaluados, antes y después de ser aplicado el programa de rehabilitación, se observa una clara mejoría en 7 de ellos. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($P = 0.049$) utilizando el t-test de diferencia de medias.

El grupo experimental mejora en la realización de tareas domésticas, participación del sujeto en la administración de la casa (pagar facturas, hacer recados...), se incrementan las actividades de ocio y tiempo libre, habla más, maneja mejor los recursos comunitarios (ir al cine, coger autobuses, manejar dinero), tiene más interés en los acontecimientos socioculturales, y han mejorado sus relaciones interpersonales. No se alcanzan resultados positivos en dar apoyo al informante, se muestran un poco menos afectuosos y toman menos decisiones en la casa.

DIFERENCIA DE MEDIAS EN CONDUCTAS

Medición pre - post en ambos grupos

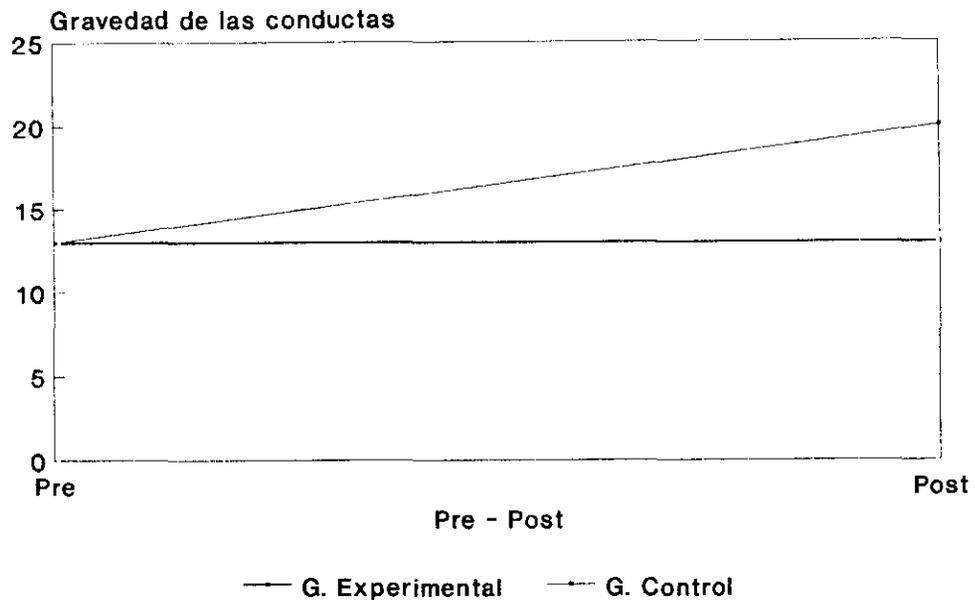


Figura 5.1.- Conductas.

DESEMPEÑO DE ROLES

Grupo experimental. Medicion pre-post

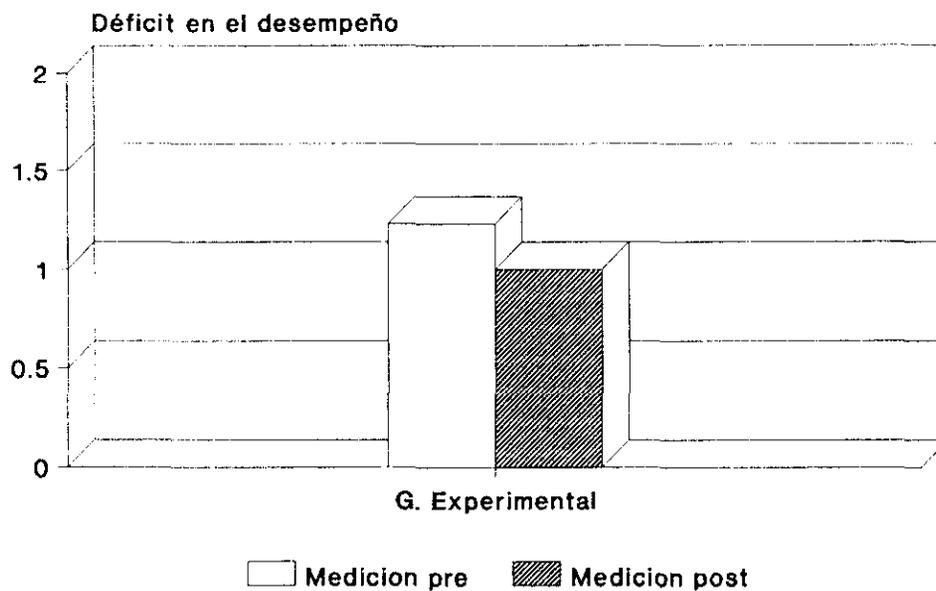


Figura 5.2.- Desempeño de roles.

C. Carga objetiva familiar:

Hay diferencias en el promedio de las medias entre ambos grupos (grupo experimental 0.61 y el control 0.74), y aunque no alcanzan diferencias estadísticamente significativas, la tendencia señala que el grupo control registra una mayor carga objetiva en la situación post que el experimental. Los resultados señalan que la carga objetiva de las familias está constituida principalmente por sus propios problemas emocionales o somáticos, los problemas económicos y el clima de convivencia en casa.

Del examen de la Figura 5.3 se deduce que el grupo experimental comparado con el control tiene menor carga referida a la vida social (contactos con amigos, salidas), a la falta de tiempo libre, a los trastornos familiares referidos a la interferencia en sus actividades habituales (trabajo, labores domésticas) y los trastornos provocados en otros (vecinos y amigos); lo cuál puede aportar evidencia de que los grupos de psicoeducación y los grupos de autoayuda de la asociación de familias contribuyen a fomentar una vida social y privada más autónoma.

D. Carga subjetiva familiar (estrés del informante):

La escala SBAS evalúa el estrés que experimenta la familia ante 22 conductas del paciente, el desempeño del paciente en 13 roles sociales y la preocupación que provoca la carga objetiva.

La Figura 5.4 muestra la diferencia entre el promedio de las medias de ambos grupos en la medición post. Utilizando el análisis de varianza-Manova para ($P \leq 0.05$) las diferencias obtenidas son estadísticamente significativas respecto al estrés que provoca en las familias las conductas del paciente ($P = 0.021$) y los déficits en el desempeño de roles ($P = 0.042$); no se obtienen diferencias estadísticamente significativas en el estrés provocado por la carga objetiva. Estos resultados indicarían que la atención brindada al grupo experimental hace disminuir la carga subjetiva familiar referida a las conductas y desempeño de roles de los pacientes.

La mayor carga subjetiva familiar está constituida por las conductas del paciente. De entre las conductas medidas las que mayor preocupación producen en las familias son: la violencia, las ideas extrañas, la irritabilidad, las reacciones imprevisibles, la inactividad y la tristeza. Estos hallazgos son coherentes con lo informado por otros investigadores. Creer y Wing (1988) encuentran que es el asilamiento, la hiperactividad, la falta de conversación y la pérdida de intereses en los pacientes lo que más angustia a las familias.

En cuanto a la falta de desempeño de roles observamos que son los relacionados con la autonomía del paciente y su capacidad de relacionarse los que más estrés provocan. La falta de significación estadística en el alivio del estrés provocado por la carga objetiva es coherente con la falta de eficacia del programa en reducir este tipo de carga.

CARGA OBJETIVA FAMILIAR

Experimental y control en medicion post

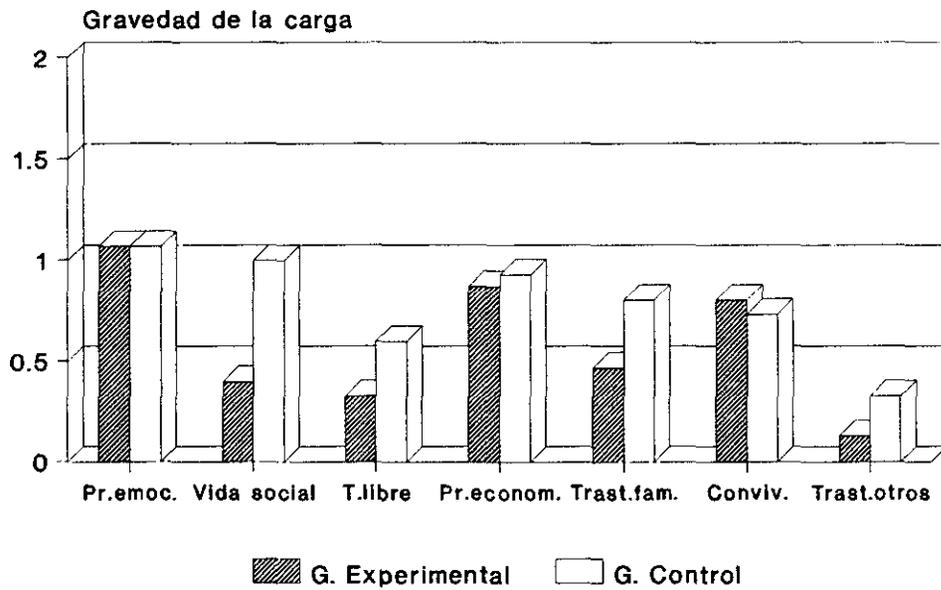


Figura 5.3.- Carga objetiva familiar.

CARGA SUBJETIVA FAMILIAR

Experimental y control en medicion post

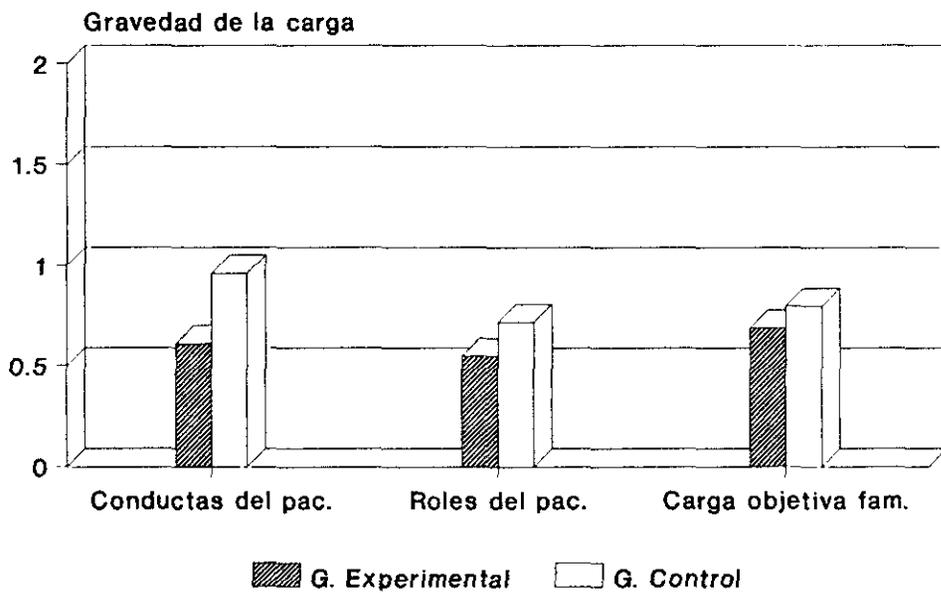


Figura 5.4.- Carga subjetiva familiar.

E. Apoyos:

La mayor fuente de apoyos está constituida por las instituciones socio-sanitarias. No hay diferencias significativas entre ambos grupos. En la Figura 5.5 se observa un incremento de los apoyos percibidos (de la familia, de las instituciones socio-sanitarias y de los amigos y vecinos) en el grupo experimental después del programa de rehabilitación, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

F. Recaídas:

En la Figura 5.6 comparamos el número de hospitalizaciones habidas durante un año entre los pacientes del grupo experimental y el control. En el grupo experimental sólo un paciente hubo de ser reingresado frente a 7 del grupo control (5 con un reingreso y 2 con tres reingresos). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($P = 0.028$) utilizando el t-test.

APOYOS QUE RECIBEN LAS FAMILIAS

Grupo experimental. Medicion pre-post

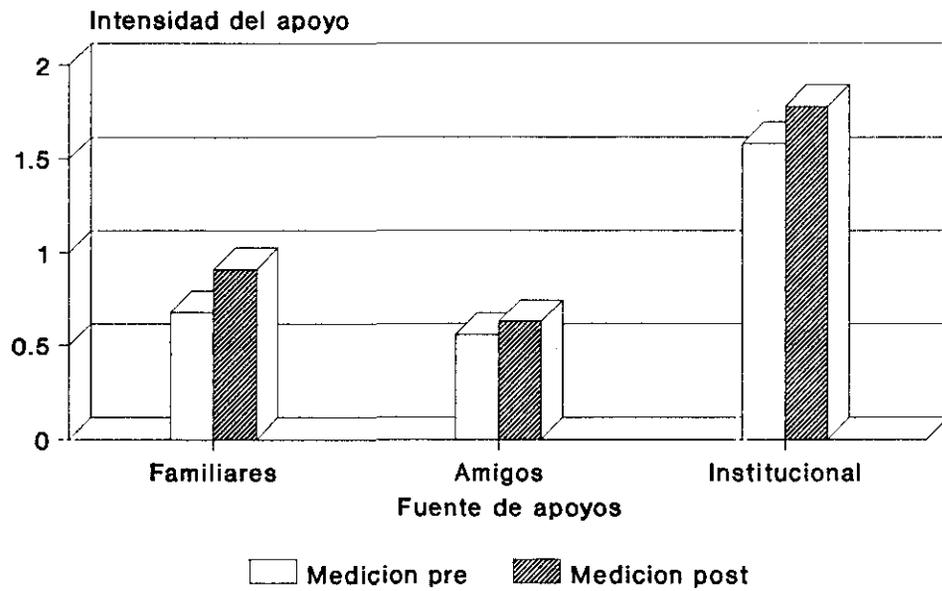


Figura 5.5.- Apoyos.

RECAIDAS EN UN AÑO

Entre el G. Experimental y Control

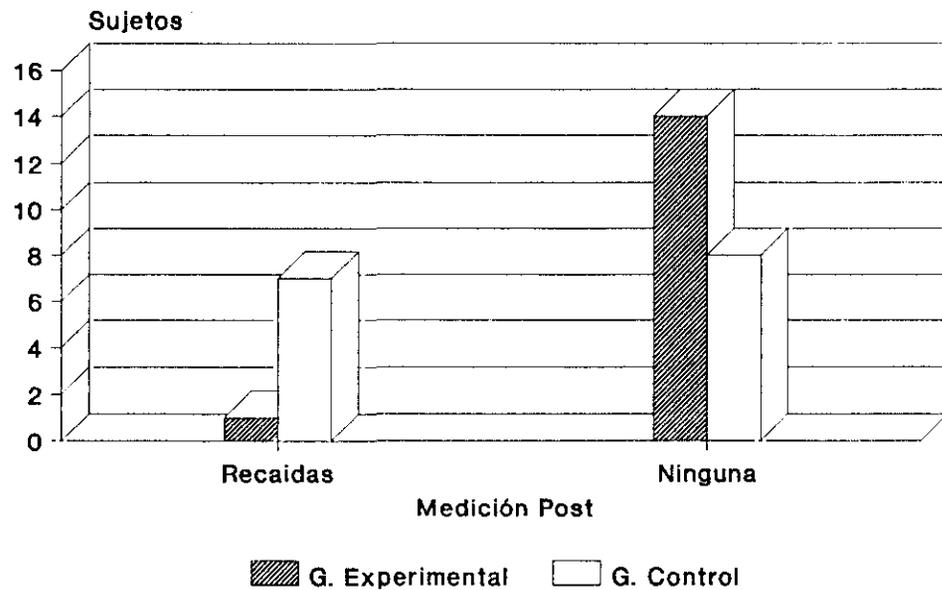


Figura 5.6.- Recaidas.

5.2.3.- Discusión.

Como valoración de la escala diremos:

Por su estructura y su método de evaluación hace que se eviten juicios subjetivos del entrevistador y, en consecuencia, garantiza su fiabilidad.

La actual reforma psiquiátrica trae como consecuencia que cada vez más sean los familiares los principales cuidadores del enfermo mental; por eso, consideramos fundamental que el informante en la evaluación del desempeño social del paciente, sea un familiar.

No conocemos otra escala que recoja de una forma tan extensiva una serie de variables moduladoras del curso de la enfermedad mental. Por otro lado el SBAS al evaluar separadamente conductas (síntomas) y desempeño de roles sociales, recoge el hecho de que la sintomatología no siempre cursa en el mismo sentido que el desempeño social (Barnes y col., 1983).

El comparar el desempeño social del sujeto con su nivel premórbido permite establecer metas realistas en los planes individualizados de rehabilitación psicosocial (Strauss y Carpenter, 1974, 1977).

Brown y Rutter (1966) distinguen entre la evaluación de un acontecimiento y las sensaciones, actitudes y emociones ante ese acontecimiento. Hoenig y Hamilton (1967) diferencian entre "carga objetiva" que significa cualquier acontecimiento

perturbador en la vida familiar debida a la enfermedad del paciente y "carga subjetiva", referida a la sensación, el sentimiento que significa llevar esa carga. Esta importante distinción es recogida por el SBAS facilitando así la evaluación del clima familiar ante la convivencia con el enfermo mental.

Está suficientemente establecido el efecto precipitante de crisis que tiene la tensión emocional familiar y el papel modulador que ofrecen las redes de apoyo socio-afectivas, aspectos todos ellos evaluados por el SBAS.

Respecto al SBAS, como instrumento para evaluar la eficacia de programas de rehabilitación, diremos por el análisis de los resultados que es capaz de discriminar los logros que pueden obtener los usuarios del programas de rehabilitación psiquiátrica de los servicios de salud mental del área IX de Madrid. En general, se puede concluir que los usuarios que solamente asisten al centro de salud mental tienen más recaídas y su nivel de compensación y su adaptación socio-familiar tienden a empeorar. Al contrario, las personas que asistiendo a los centros de salud mental, además acuden a dispositivos específicos de rehabilitación psicosocial, tienen menos recaídas y su nivel de adaptación es superior.

Aunque los datos encontrados en el SBAS sobre la eficacia de un programa de rehabilitación son coherentes con otros estudios (Dion y Anthony, 1987), sin embargo, consideramos que la muestra de pacientes en esta investigación es pequeña, el

tiempo transcurrido entre las dos medidas (antes y después del programa de rehabilitación) es poco y el estudio estadístico realizado no es el más consistente. Por lo cual, reconociendo la utilidad de la escala SBAS para la evaluación en programas de rehabilitación, se ha realizado un segundo estudio, ampliando la muestra, el tiempo transcurrido entre las mediciones y elaborando un estudio estadístico más riguroso.

CAPITULO 6

CAPITULO 6

ESTUDIO 2: UTILIDAD DEL SBAS PARA LA EVALUACION DE PROGRAMAS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL EN ENFERMOS MENTALES CRONICOS

6.1.- Procedimiento.

Los objetivos del estudio fueron: verificar la consistencia y validez de la escala para detectar cambios, en pacientes enfermos mentales crónicos y sus familias, después de un programa de rehabilitación; y verificar la hipótesis de que estos pacientes alcanzan mejores resultados si además del tratamiento farmacológico realizan un programa de rehabilitación. Mejoran la sintomatología (conductas), el desempeño de roles sociales y desciende el número de recaídas. La respuesta familiar ante el enfermo cambia en términos de disminución de estrés, de carga objetiva y aumento de apoyo percibido.

Se ha ampliado el anterior trabajo con una muestra mayor y un estudio estadístico más riguroso. La muestra ha sido seleccionada de sujetos enfermos mentales crónicos de los

centros de salud mental de la zona sur de Madrid. Todos ellos estaban en tratamiento farmacológico con neurolépticos (haloperidol, meleril, eskacine, etc.), correctores (akineton, artane), tranquilizantes (valium, tranxilium), hipnóticos. Se ha realizado un diseño experimental con grupo control. El grupo experimental lo formaban todos los sujetos, derivados de los centros de salud mental, que comenzaron el programa de rehabilitación en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de "Los Cármenes" de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid, desde su apertura hasta que terminaron el programa. El grupo control no realizó el programa de rehabilitación.

Se evaluaron los grupos antes y después del programa de rehabilitación, que duró dos años, con la escala SBAS (Platt y col., 1983).

La variable independiente fue el programa de rehabilitación. Las variables dependientes las respuestas de los informantes (familiares) a la escala SBAS (conductas, desempeño de roles, carga objetiva familiar, carga subjetiva, apoyos y recaídas) ver Apéndice 2.

Ambos grupos estaban homologados en las variables intervinientes: características demográficas, tanto de los sujetos como de los informantes, características clínicas (gravedad del problema, hospitalizaciones) ver Tabla 6.1, tampoco había diferencias significativas entre las variables dependientes, utilizando el estadístico χ^2 (considérese que

estamos intentando probar que ambas muestras pertenecen a la misma población).

6.2.- Descripción de la muestra.

La muestra estaba formada por 75 pacientes, 50 del grupo experimental y 25 del grupo control (ver Tabla 6.1). El perfil sociodemográfico de los sujetos era, en su mayoría, de sexo masculino (80%), de edad entre 19 y 35 años (77.3%), solteros (89.3%), la mayoría sin trabajo (el 4% trabaja), el 30.6% no recibe ninguna retribución económica, los demás estaban percibiendo el paro (4%), pensiones contributivas de incapacidad laboral ILT, ILP y IPA (14,7%) y (20%) y pensiones no contributivas (26.7%). Viven con sus padres el (89.3%). La mayoría tiene un nivel de estudios primarios (66.6%). El 25.3% no ha trabajado nunca y el 44% ha realizado trabajos no cualificados.

En sus aspectos clínicos, estaban, en su mayoría, diagnosticados de esquizofrenia paranoide (48%) y residual (28%). El 96% toma regularmente la medicación neuroléptica aunque solo un 45.3% la considera necesaria. La evolución de la enfermedad es de más de 5 años para el 76% (más de 10 años el 46.7%). Desde el inicio del problema están más graves (40%), igual (21.3%) y menos graves (38.7%). El 56% no tuvo ningún ingreso en los dos últimos años, el 44% de uno a cinco.

VARIABLES DEL SUJETO	TOTAL	GRUPO EXP.	GRUPO CONTROL	χ^2	SIGN.
SEXO DE S.					
Masculino	80%	78%	84%	0.09	0.759
Femenino	20%	22%	16%		
EDAD DE S.					
De 19 a 35 años	77.3%	80%	72%	0.70	0.701
De 36 a 46	18.7%	16%	24%		
De 46 a 51	4.0%	4%	4%		
ESTADO CIVIL DE S.					
Casado/a	1.3%	2%		2.4	0.300
Soltero/a	89.3%	92%	84%		
separado/divorciado	9.3%	6%	16%		
OCUPACION DE S.					
En paro sin prest.	29.3%	28%	32%	4.17	0.653
En paro con prest.	4.0%	6%			
ILT o ILP	14.7%	16%	12%		
Trabajando	4.0%	2%	8%		
P. no contributiva	26.7%	28%	24%		
Pensionista o IPA	20.0%	18%	24%		
Estudiante	1.3%	2%			
CONVIVENCIA DE S.					
Pareja	1.3%	2%		0.85	0.835
Padres	89.3%	90%	88%		
Parientes	2,7%	2%	4%		
Solos	6.7%	6%	8%		
DIAGNOSTICO CIE-9					
Esquizofrenia				8.48	0.581
simple	4.0%	2%	8%		
hebefrénica	5.3%	6%	4%		
paranoide	48.0%	44%	56%		
episodio agudo	1.3%	2%			
latente	1.3%		4%		
residual	28.0%	32%	20%		
Otras	2.7%	4%			
sin especificar	1.3%	2%			
Esquizoafectivos	1.3%	2%			
Trastornos					
esquizoide	5.3%	4%	8%		
histriónico	1.3%	2%			

Tabla 6.1.- Características socio-demográficas y clínicas de los sujetos.

Tabla 6.1

(Continuación)

VARIABLES DEL SUJETO	TOTAL	GRUPO EXP.	GRUPO CONTROL	χ^2	SIGN.
NIVEL DE ESTUDIOS					
EGB incompleta	29.3%	32%	24%	5.36	0.251
Graduado escolar	37.3%	34%	44%		
FP1/BUP incompleto	16.0%	18%	12%		
FP2/COU	14.7%	16%	12%		
Medios/Superiores	2.7%		8%		
EXPERIENCIA LABORAL					
Sin cualificar	44.0%	36%	60%	4.68	0.196
Cualificado	28.0%	30%	24%		
Profesional	2.7%	4%			
No ha trabajado	25.3%	30%	16%		
ADM. DE MEDICACION					
A veces la toma	13.3%	14%	12%	3.29	0.510
No la toma	2.7%	4%			
La toma solo	42.7%	46%	36%		
El informante/otro	40.0%	34%	52%		
Se la han retirado	1.3%	2%			
ACTITUD DE S. ANTE LA MEDICACION					
Es necesaria	45.3%	42%	52%	3.11	0.210
No es pero la toma	37.3%	44%	24%		
Es negativa	17.3%	14%	24%		
INICIO DEL PROBLEMA					
De 1 a 2 años	8.0%	6%	12%	2.05	0.562
De 3 a 5 años	16.0%	18%	12%		
De 5 a 10 años	29.3%	26%	36%		
Más de 10 años	46.7%	50%	40%		
GRAVEDAD					
Igual	21.3%	22%	20%	1.06	0.587
Menos grave	38.7%	42%	32%		
Más grave	40.0%	36%	48%		
INGRESOS (2 AÑOS)					
No hay	56.0%	54%	60%	6.23	0.182
Uno	22.7%	28%	12%		
Dos	16.0%	16%	16%		
Cuatro	2.7%		8%		
Cinco	2.7%	2%	4%		

Características de los informantes:

La escala fue administrada a la persona que más vinculación tenía con el paciente (el informante) y conviviera con él.

Los informantes eran en su mayoría mujeres (85.3%), de 50 a 70 años (78.6%), en paro sin prestación (61.3%), el padre o la madre (90.7%), que conviven con el sujeto (89.3%). Las expectativas de curación total eran de un 33.3% y un 54.7% consideraban la enfermedad irrecuperable. Pensaban que la medicación era necesaria el 78.7% (Tabla 6.2).

El nivel socioeconómico de informantes y sujetos era bajo o medio-bajo (84%) (ver Tabla 6.3).

VARIABLES DEL INFORMANTE	TOTAL	GRUPO EXP.	GRUPO CONTROL	χ^2	SIGN.
SEXO DE I. Masculino Femenino	14.7% 85.3%	18% 82%	8% 92%	0.65	0.419
EDAD DE I. De 39 a 50 años De 51 a 60 De 61 a 70 De 71 a 78	16.0% 37.3% 41.3% 5.3%	14% 42% 38% 6%	20% 28% 48% 4%	1.77	0.619
OCUPACION DE I. En paro sin prest. Trabajando Pensionista	61.3% 18.6% 20.0%	56% 24% 20%	72% 8% 20%	6.19	0.102
ACTITUD DE I. ANTE LA ENFERMEDAD DE S. Se curará Puede mejorar Es irrecuperable	33.3% 12.0% 54.7%	34% 16% 50%	32% 4% 64%	2.61	0.270
ACTITUD DE I. ANTE LA MEDICACION Es necesaria No es pero lo dice el médico Es negativa	78.7% 20.0% 1.3%	82% 18% 18%	72% 24% 4%	2.51	0.284
RELACION DE I. CON S. Cónyuge o pareja padre o madre otro	1.3% 90.7% 8.0%	2% 92% 6%	0% 88% 12%	1.27	0.527
CONVIVENCIA I. no vive con S. I. vive con S.	10.7% 89.3%	10% 90%	12% 88%	0.00	1.000
FRECUENCIA DE CONTACTOS Todos los días Varios por semana Una vez por semana	96.0% 1.3% 2.7%	98% 2%	92% 8%	4.56	0.102

Tabla 6.2.- Características de los informantes.

VARIABLES	TOTAL	GRUPO EXP.	GRUPO CONTROL	χ^2	SIGN.
NIVEL SOCIO- ECONOMICO FAMILIAR					
Bajo	37.3%	34%	44%	1.34	0.717
Medio bajo	46.7%	50%	40%		
Medio	14.7%	14%	16%		
Medio alto	1.3%	2%			
RENTA DE S.					
No tiene	32.0%	30%	36%	7.85	0.345
De 10 a 20 mil	5.3%	2%	12%		
De 21 a 40 mil	32.0%	36%	24%		
De 41 a 60 mil	14.7%	14%	16%		
De 61 a 90 mil	10.7%	12%	8%		
De 90 a 100 mil	2.7%	4%			
De 100 a 250 mil	1.3%		4%		
Más de 250 mil	1.3%	2%			

Tabla 6.3.- *Economía de los sujetos e informantes.*

6.3.- Descripción de la escala.

En el estudio anterior se informó de la fiabilidad entre entrevistadores del SBAS (Platt y col., 1983) adaptado, con un nivel de acuerdo alto ($Kappa \geq 0.70$). En el presente estudio analizamos la consistencia de la escala por secciones, su distribución y las correlaciones entre las diferentes secciones.

6.3.1.- Consistencia de la escala.

Se calculó el Alfa de Cronbach con los siguientes resultados (Tabla 6.4). Hay algunos ítems cuya eliminación pudiera mejorar el índice Alfa, pero el incremento que ello supone no es superior a 0.015, por lo que consideramos no se deben eliminar para mantener la coherencia clínica más que la

matemática. Cabe destacar la mayor consistencia en la sección de carga subjetiva y la menor en carga objetiva posiblemente debido a ser los ítems más heterogéneos en esta última.

SECCIONES (Nº casos=75)	ALFA
CONDUCTAS	0.77
ROLES	0.74
CARGA OBJETIVA	0.60
CARGA SUBJETIVA (ESTRES)	0.88
APOYOS	0.72

Tabla 6.4.- Alfa de Cronbach por secciones.

6.3.2.- Medias de las secciones y su distribución.

En todas las secciones de la escala la amplitud de las puntuaciones es de 0, 1 y 2 (no se da la conducta-problema, moderada y grave), a mayor puntuación mayor gravedad, excepto en la sección apoyos que es a la inversa: 0 (no hay apoyo), 1 (algún apoyo) y 2 (apoyo considerable).

Las medias muestran un mayor deterioro en el desempeño de roles sociales consecuencia de la enfermedad mental crónica. La sintomatología (conductas), compensada con la medicación, hace que la media sea relativamente baja. Esto repercute también en el estrés de los informantes que disminuye al haber menor número de conductas-problema. Por otro lado, al ser la muestra de pacientes crónicos de larga evolución, los informantes tienden a dar respuestas de resignación, con lo cual disminuye el estrés. Los informantes perciben un apoyo moderado de sus familiares, amigos y vecinos

e instituciones socio-sanitarias. La desviación típica nos muestra que no hay un alto grado de dispersión de los valores (ver Tabla 6.5.).

Las puntuaciones se distribuyen según la curva normal en las secciones de conductas, carga subjetiva (estrés) y apoyos utilizando el estadístico K-S (Lilliefors). La distribución es normal si el valor de significación es mayor de 0.20. Las secciones de roles y carga objetiva no se distribuyen normalmente (ver Tabla 6.5).

SECCIONES Nº de casos = 75	\bar{X}	S_x	K-S	SIGN.
CONDUCTAS	0.63	0.30	0.08	>0.200
ROLES	1.15	0.37	0.11	0.010
CARGA OBJETIVA	0.51	0.37	0.17	0.000
CARGA SUBJETIVA (ESTRES)	0.51	0.32	0.08	>0.200
APOYOS	0.96	0.40	0.07	>0.200

Tabla 6.5.- Medias y su distribución. K-S (Lilliefors).

6.3.3.- Correlaciones entre secciones.

Existe correlación entre todas las secciones excepto la sección de apoyos que es independiente, posiblemente porque no está directamente relacionada con el sujeto. La sección carga subjetiva (estrés) correlaciona con todas las demás secciones; hay que tener en cuenta que el estrés del informante se evalúa sobre la conducta, desempeño de roles y carga objetiva. La correlación más alta se da entre conductas y carga subjetiva (estrés) (0.74). Otras correlaciones a

destacar son las conductas con desempeño de roles (0.56) y carga objetiva con carga subjetiva (estrés) (0.55). La correlación de estas variables no significa una causalidad de una sobre otra, sino que puede ser debida a otras variables (Tabla 6.6).

CORRELA- CIONES	CONDOC.	ROLES	CARGA OBJ.	CARGA SUBJ.	APOYOS
CONDUCTAS	1.00 **	0.56 **	0.34 *	0.74 **	0.03
ROLES		1.00 **	0.26	0.45 **	- 0.02
CARGA OBJ.			1.00 **	0.55 **	- 0.12
CARGA SUBJ.				1.00 **	0.04
APOYOS					1.00 **
Nº de casos = 75 Signif: * 0.01 ** 0.001					

Tabla 6.6.- Correlaciones entre secciones.

6.4.- Resultados.

6.4.1.- Análisis de las diferencias en las secciones.

6.4.1.1.- Diferencias en el SBAS.

Se realizó un análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA) entre el grupo experimental y control con la medición pre-post (antes y después del programa de rehabilitación para el grupo experimental).

Presentamos los resultados de las diferencias entre los grupos por secciones:

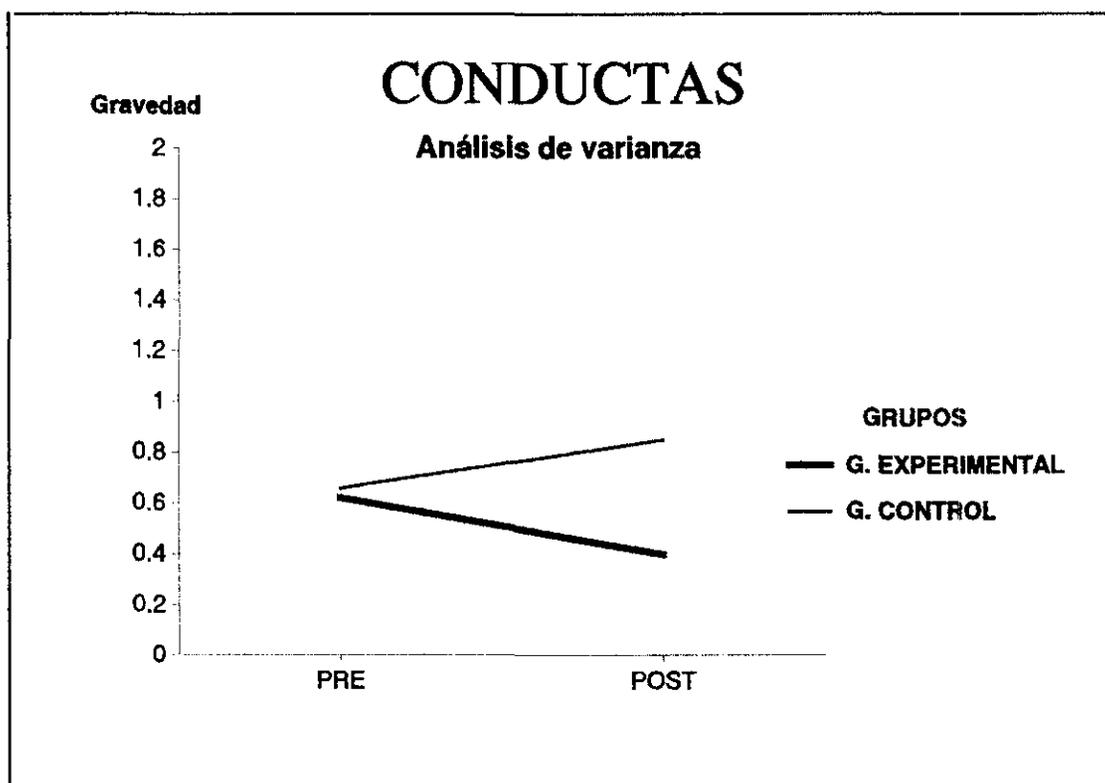
- A. Conductas
- B. Desempeño de roles
- C. Carga objetiva
- D. Carga subjetiva (estrés)
- E. Apoyos
- F. Recaídas (ingresos)

A. Diferencias en conductas:

Se observan diferencias entre las medias de las conductas entre el grupo experimental y el grupo control (Tabla 6.7). Estas diferencias son estadísticamente significativas ($\alpha = 0.00$) (Figura 6.1).

CONDUCTAS \bar{X}	PRE	POST
G. EXPERIMENTAL	0.62	0.40
G. CONTROL	0.66	0.85

Tabla 6.7.- Diferencia de medias en conductas.



F = 32.74 Sign. = 0.000

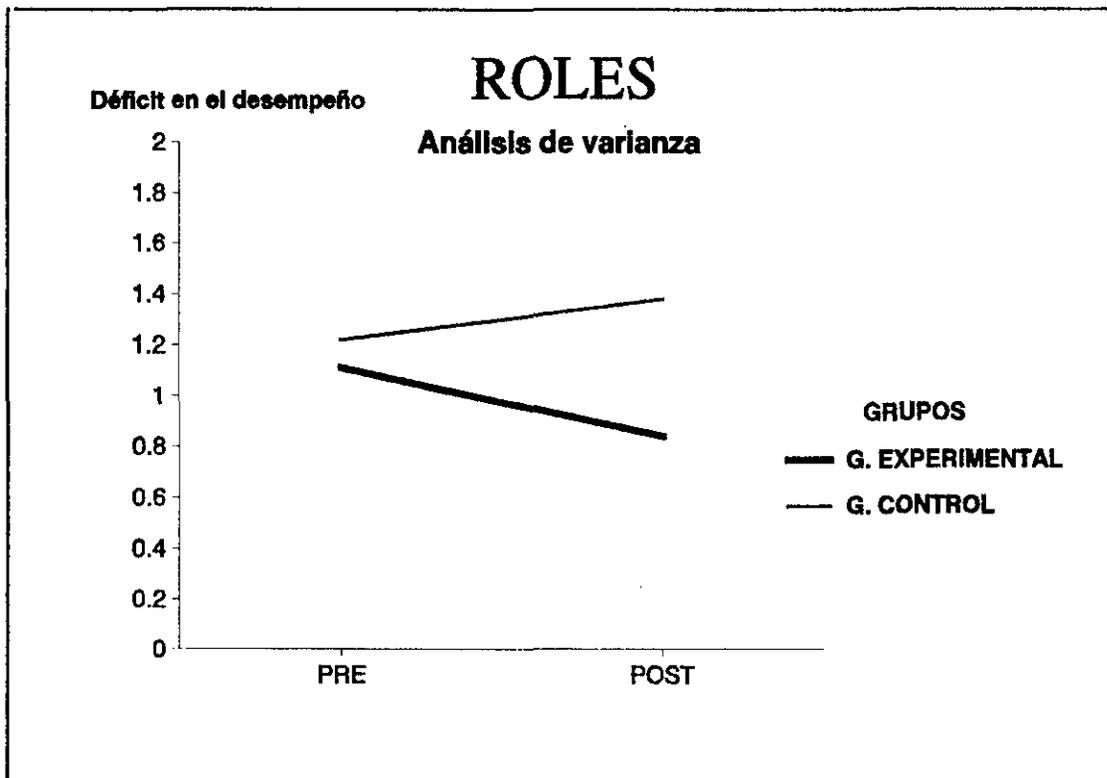
Figura 6.1.- Análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA) en conductas.

B. Diferencias en el desempeño de roles sociales:

También se observa una diferencia entre las medias de ambos grupos entre las medidas pre-post (Tabla 6.8), esta diferencia es significativa ($\alpha = 0.00$) (Figura 6.2).

ROLES	\bar{X}	PRE	POST
G. EXPERIMENTAL		1.11	0.84
G. CONTROL		1.22	1.38

Tabla 6.8.- Diferencia de medias en roles.



F = 26.39 Sign. = 0.00

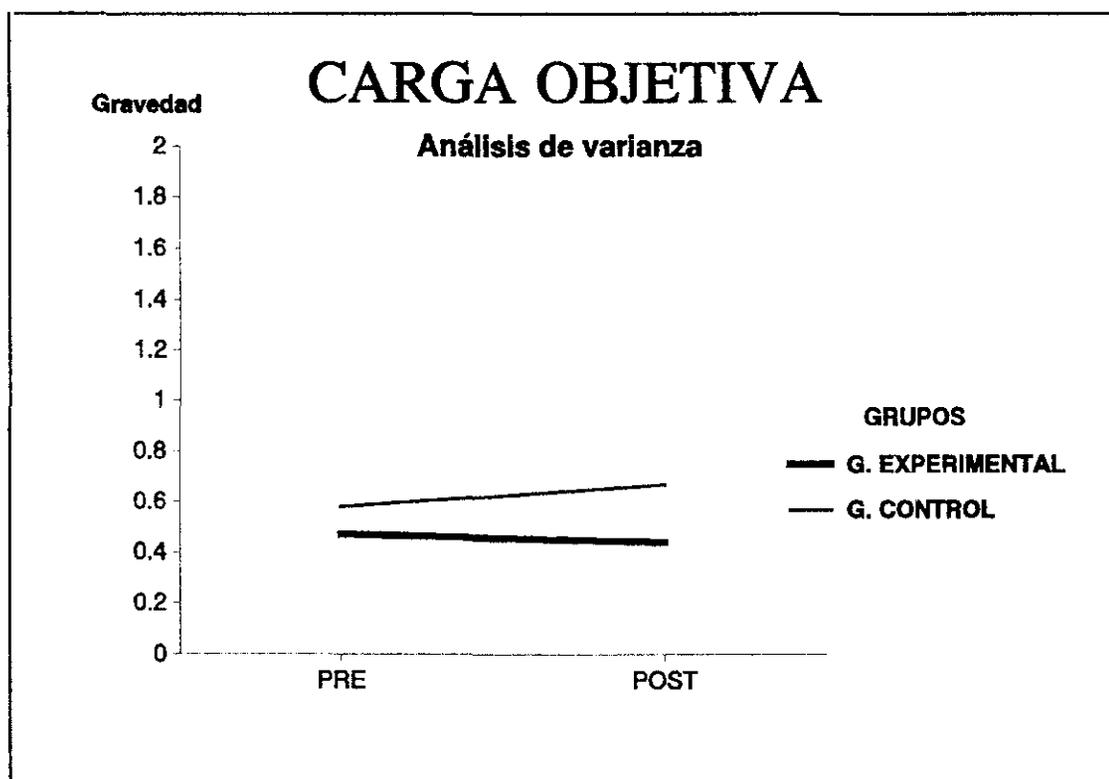
Figura 6.2.- Análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA) en roles.

C. Diferencias en carga objetiva:

En la carga objetiva (problemas familiares), aunque es menor la diferencia de medias (Tabla 6.9), también resulta significativa la diferencia entre ambos grupos (Figura 6.3).

CARGA OBJ. \bar{X}	PRE	POST
G. EXPERIMENTAL	0.47	0.44
G. CONTROL	0.58	0.67

Tabla 6.9.- Diferencia de medias en carga objetiva.



$F = 5.08$ $Sign. = 0.027$

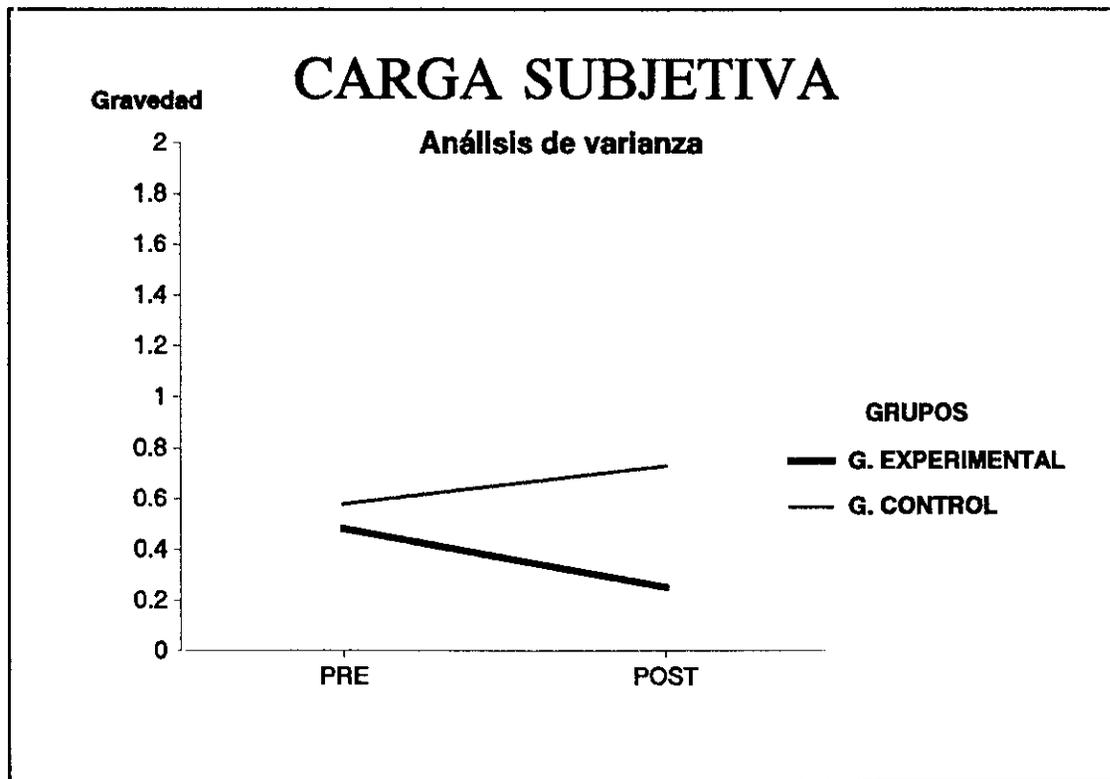
Figura 6.3.- Análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA) en carga objetiva.

D. Diferencias en carga subjetiva:

Respecto al estrés que la familia experimenta por la conducta, el déficit en el desempeño de roles sociales y sus propios problemas objetivos (carga objetiva), hay diferencias en las medias de los grupos (Tabla 6.10) y es significativa esa diferencia ($\alpha = 0.00$) (Figura 6.4).

CARGA SUBJ. \bar{X}	PRE	POST
G. EXPERIMENTAL	0.48	0.25
G. CONTROL	0.58	0.73

Tabla 6.10.- Diferencia de medias en carga subjetiva.



F = 21.66 Sign. = 0.00

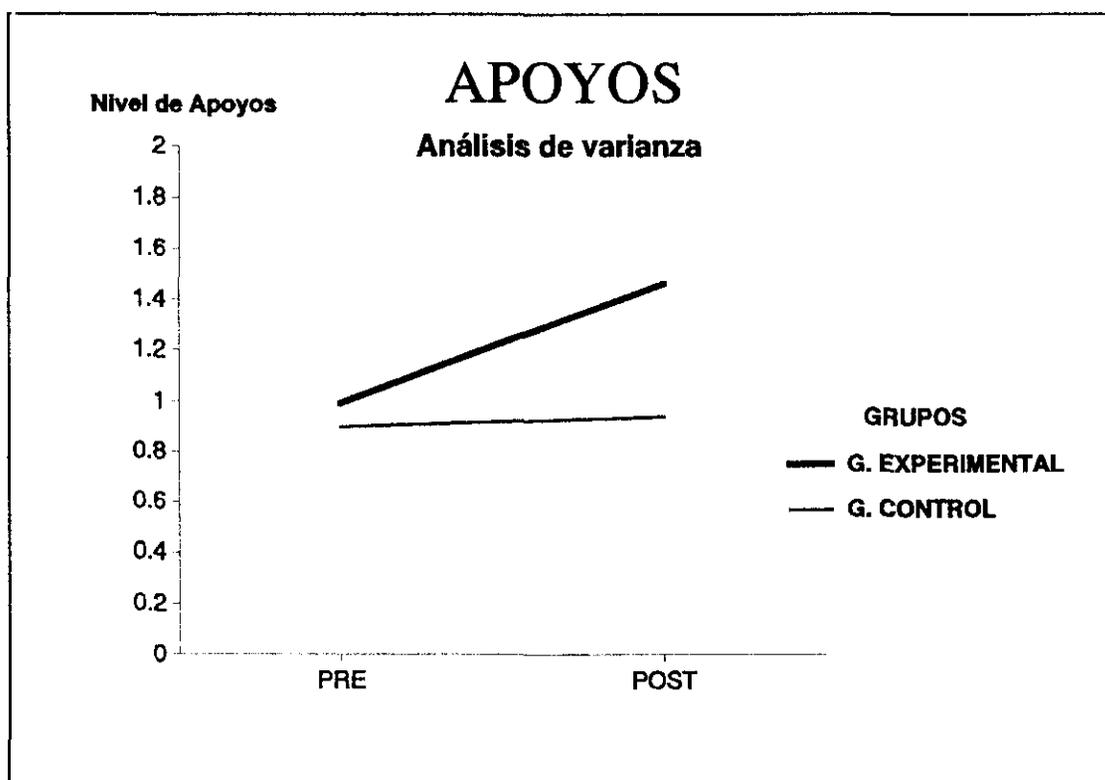
Figura 6.4.- Análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA) en carga subjetiva.

E. Diferencias en apoyos:

Los apoyos percibidos por la familia de sus familiares, amigos y vecinos e instituciones socio-sanitarias se ven modificados en la medición pre-post entre ambos grupos (Tabla 6.11), siendo esta diferencia significativa ($\alpha = 0.001$) (Figura 6.5).

APOYOS	\bar{X}	PRE	POST
G. EXPERIMENTAL		0.99	1.46
G. CONTROL		0.90	0.94

Tabla 6.11.- Diferencia de medias en apoyos.



$F = 13.25$ $Sign. = 0.001$

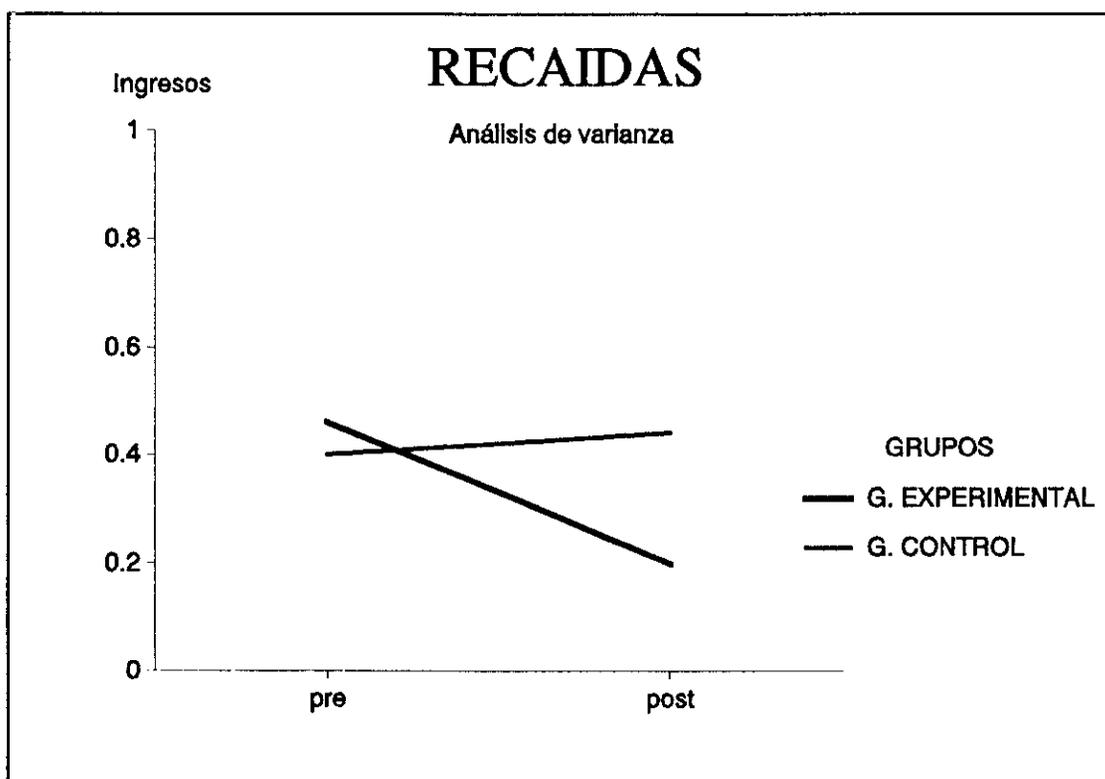
Figura 6.5.- Análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA) en apoyos.

F. Diferencias en recaídas.

Se observa que la media de recaídas (ingresos) del grupo experimental desciende a menos de la mitad, mientras que la media del grupo control se mantiene (Tabla 6.12), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\alpha = 0.031$) (Figura 6.6).

INGRESOS EN DOS AÑOS \bar{X}	PRE	POST
G. EXPERIMENTAL	0.46	0.20
G. CONTROL	0.40	0.44

Tabla 6.12.- Diferencia de medias en recaídas.



F= 4.85

Sign = 0.031

Figura 6.6.- Análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA) en ingresos.

6.4.1.2.- Diferencias entre el grupo experimental y control en la medición pre.

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) entre ambos grupos, cuyos resultados muestran no haber diferencias significativas entre ellos en todas las secciones, siendo la α mínima 0.22 (Tabla 6.13).

MEDICION PRE	GRUPO EXP. \bar{X}	GRUPO CONTROL \bar{X}	F	SIGN.
CONDUCTAS	0.62	0.66	0.35	0.552
ROLES	1.11	1.22	1.37	0.245
CARGA OBJETIVA	0.47	0.58	1.45	0.231
CARGA SUBJETIVA	0.48	0.58	1.52	0.220
APOYOS	0.99	0.90	0.84	0.362
RECAIDAS	0.46	0.40	0.10	0.748

Tabla 6.13.- Análisis de varianza (ANOVA) en la medición PRE entre el grupo experimental y control.

6.4.1.3.- Diferencias entre el grupo experimental y control en la medición post.

Se realizó una análisis de varianza (ANOVA) entre ambos grupos habiendo diferencias significativas en todas las secciones (Tabla 6.14).

MEDICION POST	GRUPO EXP. \bar{X}	GRUPO CONTROL \bar{X}	F	SIGN.
CONDUCTAS	0.40	0.85	42.35	0.000
ROLES	0.84	1.38	35.22	0.000
CARGA OBJETIVA	0.44	0.67	6.79	0.011
CARGA SUBJETIVA	0.25	0.73	52.11	0.000
APOYOS	1.46	0.94	28.00	0.000
RECAIDAS	0.20	0.44	4.94	0.029

Tabla 6.14.- Análisis de varianza (ANOVA) en la medición POST entre el grupo experimental y control.

6.4.1.4.- Diferencias en el grupo experimental en la medición pre-post.

Para comprobar si había diferencias significativas en el grupo experimental antes y después del programa de rehabilitación se utilizó un análisis de varianza de efectos simples por haber sido significativa la interacción entre los grupos experimental y control (MANOVA). Los resultados nos confirman que existen diferencias significativas en el grupo experimental en todas las secciones ($\alpha \leq 0.001$) excepto en la carga objetiva; estos resultados nos muestran que el grupo experimental mejora en todas las secciones excepto en la carga objetiva (Tabla 6.15).

GRUPO EXPERIMENTAL	PRE \bar{X}	POST \bar{X}	F	SIGN.
CONDUCTAS	0.62	0.40	27.94	0.000
ROLES	1.11	0.84	31.56	0.000
CARGA OBJETIVA	0.47	0.44	0.25	0.616
CARGA SUBJETIVA	0.48	0.25	24.19	0.000
APOYOS	0.99	1.46	47.47	0.000
RECAIDAS	0.46	0.20	10.93	0.001

Tabla 6.15.- Análisis de varianza de efectos simples en el grupo experimental en la medición PRE-POST.

6.4.1.5.- Diferencias en el grupo control en la medición pre-post.

Se utilizó un análisis de varianza de efectos simples observándose diferencias significativas en las secciones conductas, roles y carga subjetiva; no hay diferencias significativas en carga objetiva, apoyos y recaídas que se mantienen prácticamente igual. Las diferencias significativas son en sentido contrario al grupo experimental, es decir, hacia un empeoramiento en la condición post (Tabla 6.16).

GRUPO CONTROL	PRE \bar{X}	POST \bar{X}	F	SIGN.
CONDUCTAS	0.66	0.85	10.70	0.002
ROLES	1.22	1.38	5.38	0.023
CARGA OBJETIVA	0.58	0.67	1.14	0.289
CARGA SUBJETIVA	0.58	0.73	4.93	0.029
APOYOS	0.90	0.94	0.17	0.681
RECAIDAS	0.40	0.44	0.13	0.720

Tabla 6.16.- *Análisis de varianza de efectos simples en el grupo control en la medición PRE-POST.*

6.4.2.- Análisis de las diferencias ítem a ítem en el grupo experimental en la medición pre-post.

Para comprobar las diferencias, antes y después del programa de rehabilitación, en el grupo experimental, se utilizó el estadístico no paramétrico de Wilcoxon por ser la distribución de la población no conocida y trabajar con los mismos sujetos. Se hallaron diferencias significativas en los ítems de la sección conductas: tristeza, retraimiento,

lentitud, inactividad, dependencia, indecisión, miedo, obsesiones y descuido personal (Tabla 6.17). Para la definición de cada ítem ver Apéndice 2.

GRUPO EXPERIMENTAL PRE - POST

ITEMS CONDUCTAS	Z	P
P26	- 3.009	0.002 *
P28	- 3.524	0.000 *
P30	- 2.807	0.005 *
P32	- 0.657	0.511
P34	- 4.053	0.000 *
P36	- 3.214	0.001 *
P38	- 2.501	0.012 *
P40	- 1.076	0.281
P42	- 2.158	0.030 *
P44	- 2.556	0.010 *
P46	- 1.771	0.076
P48	- 1.512	0.130
P50	- 0.970	0.331
P52	- 1.136	0.255
P54	- 0.470	0.637
P56	- 0.404	0.685
P58	- 1.066	0.286
P60	- 1.000	0.317
P62	- 1.867	0.061
P64	- 3.621	0.000 *
P66	- 0.912	0.361
P68	- 0.222	0.824

* Nivel de significación.

Tabla 6.17.- *Diferencias en el grupo experimental en la medición PRE-POST de la conducta del sujeto (prueba de Wilcoxon).*

En el desempeño de roles sociales los ítems significativos fueron: participación en las tareas de casa, administración de la casa, actividades de ocio, conversación con el informante, trabajo o estudio, manejo de recursos comunitarios y relaciones interpersonales (Tabla 6.18).

GRUPO EXPERIMENTAL PRE - POST

ITEMS ROLES	Z	P
P70	- 1.985	0.047 *
P73	- 2.585	0.009 *
P76	- 1.603	0.108
P79	- 2.906	0.003 *
P82	- 2.068	0.038 *
P85	- 0.845	0.398
P88	- 0.823	0.410
P91	- 1.000	0.317
P94	- 3.823	0.000 *
P97	- 1.672	0.094
P100	- 2.250	0.024 *
P103	- 1.444	0.148
P106	- 2.650	0.008 *

* Nivel de significación.

Tabla 6.18.- *Diferencias en el grupo experimental en la medición PRE-POST del desempeño de roles (prueba de Wilcoxon).*

No hubo diferencias significativas en ningún ítem de la carga objetiva (ver Tabla 6.19).

GRUPO EXPERIMENTAL PRE - POST

ITEMS CARGA OBJETIVA	Z	P
P115	- 0.500	0.616
P118	- 1.453	0.146
P121	- 1.301	0.193
P124	- 0.028	0.977
P127	- 0.132	0.894
P130	- 0.945	0.344
P133	- 0.314	0.753

Tabla 6.19.- *Diferencias en el grupo experimental en la medición PRE-POST de la carga objetiva familiar (prueba de Wilcoxon).*

Respecto al estrés familiar ante la conducta del sujeto fueron significativos los ítems: estrés ante la tristeza, retraimiento, lentitud, inactividad, dependencia, indecisión, preocupación, miedo, sobreactividad, consumo de tóxicos, descuido personal y quejas de dolores corporales (Tabla 6.20).

GRUPO EXPERIMENTAL PRE - POST

ITEMS (ESTRES CONDUCTAS)	Z	P
P27	- 2.501	0.012 *
P29	- 3.238	0.001 *
P31	- 2.499	0.012 *
P33	- 1.654	0.098
P35	- 2.462	0.013 *
P37	- 2.696	0.007 *
P39	- 2.911	0.003 *
P41	- 3.078	0.002 *
P43	- 2.140	0.032 *
P45	- 1.886	0.059
P47	- 1.727	0.084
P49	- 2.376	0.017 *
P51	- 1.663	0.096
P53	- 1.192	0.233
P55	- 0.088	0.929
P57	- 0.404	0.685
P59	- 0.845	0.398
P61	0.000	1.000
P63	- 2.028	0.042 *
P65	- 1.964	0.049 *
P67	- 2.542	0.011 *
P69	- 0.422	0.672

* Nivel de significación.

Tabla 6.20.- Diferencias en el grupo experimental en la medición PRE-POST del estrés del informante ante la conducta del sujeto (prueba de Wilcoxon).

En el estrés familiar ante el déficit en el desempeño de roles del sujeto son significativos los ítems: estrés por la participación en las tareas de casa, ante la falta de actividades de ocio, conversación, trabajo o estudio, toma de decisiones, manejo de recursos comunitarios y relaciones interpersonales (Tabla 6.21).

GRUPO EXPERIMENTAL PRE - POST

ITEMS (ESTRES ROLES)	Z	P
P72	- 2.215	0.026 *
P75	- 1.599	0.109
P78	- 1.341	0.179
P81	- 3.496	0.000 *
P84	- 2.550	0.010 *
P87	- 1.301	0.193
P90	- 1.066	0.286
P93	- 0.031	0.975
P96	- 2.641	0.008 *
P99	- 2.426	0.015 *
P102	- 2.201	0.027 *
P105	- 1.846	0.064
P108	- 2.576	0.010 *

* Nivel de significación.

Tabla 6.21.- *Diferencias en el grupo experimental en la medición PRE-POST del estrés del informante ante el desempeño de roles del sujeto (prueba de Wilcoxon).*

No hay diferencias significativas en el estrés de los familiares por sus propios problemas (carga objetiva) (Tabla 6.22).

GRUPO EXPERIMENTAL PRE - POST

ITEMS (ESTRES CARGA OBJETIVA)	Z	P
P117	- 0.228	0.819
P120	- 0.414	0.678
P123	- 0.730	0.465
P126	- 0.051	0.959
P129	- 0.417	0.676
P132	- 0.261	0.793
P135	- 0.912	0.361

Tabla 6.22.- *Diferencias en el grupo experimental en la medición PRE-POST del estrés del informante ante sus problemas (prueba de Wilcoxon).*

En la sección de apoyos percibidos por la familia aunque no hay un mayor contacto con otros familiares (P136 y P137) hay diferencias significativas en la ayuda percibida (P138 y P139) y en todos los demás ítems de apoyos (amigos y vecinos e instituciones socio-sanitarias) (Tabla 6.23).

GRUPO EXPERIMENTAL PRE - POST		
ITEMS APOYOS	Z	P
P136	- 0.549	0.582
P137	- 1.003	0.315
P138	- 2.539	0.011 *
P139	- 2.467	0.013 *
P140	- 1.956	0.050 *
P141	- 2.581	0.009 *
P142	- 2.813	0.004 *
P143	- 2.120	0.034 *
P144	- 2.666	0.007 *
P145	- 3.680	0.000 *
P146	- 4.815	0.000 *
P147	- 4.742	0.000 *

* Nivel de significación.

Tabla 6.23.- *Diferencias en el grupo experimental en la medición PRE-POST de los apoyos percibidos por el informante (prueba de Wilcoxon).*

Hay diferencias significativas en el número de ingresos hospitalarios en los dos años del período de rehabilitación (Tabla 6.24).

GRUPO EXPERIMENTAL PRE - POST		
ITEM INGRESOS HOSPITALARIOS EN 2 AÑOS	Z	P
P152	- 2.240	0.025 *

* Nivel de significación.

Tabla 6.24.- *Diferencias en el grupo experimental en la medición PRE-POST de las recaídas (prueba de Wilcoxon).*

6.5.- Discusión.

Con este estudio se ha pretendido diseñar un modelo estadístico riguroso evitando, en lo posible, sesgos en los resultados.

Aunque la selección de la muestra no fue al azar, el grupo experimental lo componían todos los sujetos derivados de los centros de salud mental de referencia al centro de rehabilitación psicosocial (CRPS), desde su apertura hasta la terminación del programa. En el grupo control, menor en número que el experimental, había sujetos que fueron derivados al CRPS pero abandonaron el programa desde el inicio. Otros no fueron derivados porque pertenecían a otros distritos. Hay una gran dificultad en formar un grupo de control de enfermos mentales crónicos, pues todos ellos son susceptibles de

rehabilitación. Resulta poco ético impedirles el acceso a estos servicios para poder realizar una investigación.

Algunas variables incorporadas en el SBAS adaptado (actitud del informante ante la enfermedad y el tratamiento, ver Tabla 6.2) responden a las expectativas familiares sobre el éxito de la rehabilitación; esta variable, junto a las expectativas del paciente y del personal, se han considerado que predicen más que otras variables (síntomatología o diagnóstico) la evolución de los pacientes (Dauwalder y col., 1984). Diferencias significativas en esta variable interviniente entre el grupo experimental y control en la medición pre, pueden influir en los resultados. Otra variable interviniente incorporada al SBAS adaptado ha sido la actitud y administración de la medicación del sujeto (Tabla 6.1); su diferencia entre los grupos puede también modificar los resultados en la tasa de recaídas; el abandono de la medicación supone un incremento en la tasa de recaídas en un año de un 40% (Lieberman, 1987).

La escala ha demostrado tener una gran consistencia interna entre los ítems de las distintas secciones; destacar, con menor consistencia, aunque suficiente, la carga objetiva con el índice Alfa más bajo (Tabla 6.4). Esta sección no se distribuye normalmente (Tabla 6.5) y su correlación con las demás secciones es inferior. Esta diferencia pudiera significar cierta heterogeneidad de sus ítems. Esta sección se refiere, al igual que la sección de apoyos, a los problemas del informante y no está directamente relacionada con el

comportamiento del sujeto (Tabla 6.6).

Los resultados del instrumento, al evaluar un programa de rehabilitación, nos muestran que hay diferencias significativas en todas las secciones entre el grupo experimental y control. También hay diferencias significativas en todas las secciones entre los dos grupos en la medición post. Esto es debido a que el grupo experimental mejora en sus conductas (síntomas) fundamentalmente negativos (tristeza, retraimiento, inactividad, etc., ver Tabla 6.17). Téngase en cuenta que el 96% de los pacientes toma regularmente la medicación neuroléptica que actúa compensando la sintomatología positiva (delirios, alucinaciones, etc.); además la enfermedad mental crónica cursa con un predominio de síntomas negativos que son precisamente en los que va a incidir el programa de rehabilitación.

El incremento en el desempeño de roles sociales (Tabla 6.18) del grupo experimental está directamente relacionado con los programas de intervención en rehabilitación. El aumento en la participación de las tareas de casa, en actividades de ocio y tiempo libre son objetivos del programa de actividades de la vida diaria (A.V.D.). El mayor número de pacientes que estudian o trabajan y el incremento en la utilización de recursos comunitarios son objetivos del programa de integración comunitaria. El incremento de la conversación y de las relaciones interpersonales son objetivos del programa de habilidades sociales.

El estrés experimentado por el familiar ante la conducta y déficit en el desempeño de roles sociales del sujeto, ha descendido en aquellas conductas y roles sociales que han mejorado (Tabla 6.20). En el estrés ante los problemas objetivos del familiar (carga objetiva) no hay cambios, porque tampoco se observan cambios en la carga objetiva después del programa de rehabilitación.

El incremento de los apoyos externos percibidos por el familiar están relacionados con los objetivos del programa de psicoeducación de familias y los grupos de autoayuda promovidos por el CRPS.

El descenso del número de recaídas, que en el grupo experimental supone de un 46% a un 20%, se relaciona con los objetivos del programa de psicoeducación de pacientes (educación para la salud y autocontrol) y familias.

El programa de rehabilitación también ha incidido, aunque no ha sido objeto de este estudio, en las dosis de neurolepticos prescritas (CPZ) que han disminuido en el grupo experimental de forma significativa frente al grupo control ($P \leq 0.01$) (Cañamares, Otero, Lemus y Hernán, 1995).

Podemos concluir diciendo que la escala SBAS adaptada es un instrumento fiable y válido para evaluar la eficacia en la consecución de objetivos en los programas de rehabilitación psicosocial para enfermos mentales crónicos.

CAPITULO 7

CAPITULO 7

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista teórico, consideramos los modelos integrativos y multifactoriales sobre el desarrollo y curso de la enfermedad mental crónica, y en especial la esquizofrenia, los que mejor han logrado relacionar las diversas variables que inciden en el trastorno. Del mismo modo, en la rehabilitación del enfermo mental crónico, deben también concurrir los diversos modelos de intervención que han demostrado su eficacia en lograr objetivos en la rehabilitación.

El programa del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de "Los Cármenes" está fundamentado en los modelos de intervención más relevantes en rehabilitación psicosocial: el modelo de entrenamiento en habilidades y roles sociales, el modelo de psicoeducación de familias y el de servicios comunitarios. Estos modelos no son excluyentes sino

complementarios y configuran los aspectos más significativos de la vida de una persona.

La escala SBAS (Platt y col., 1983) adaptada y elegida después de haber realizado una exhaustiva revisión, ha resultado ser un instrumento fiable y válido como lo demuestran los resultados obtenidos del estudio de sus propiedades psicométricas (alta fiabilidad entre entrevistadores, gran consistencia interna, correlación entre las secciones, poca dispersión en sus valores y validez de constructo). Este instrumento reúne una serie de características, en su estructura y contenido, que lo hacen especialmente adecuado para la evaluación en rehabilitación psicosocial:

1. Es un instrumento estandarizado que evita, en lo posible, juicios subjetivos del entrevistador y favorece con ello su fiabilidad.

2. Su validez se mantiene en los diversos niveles del proceso rehabilitador:

- En la definición de objetivos.
- En el análisis de aspectos que inciden en el programa.
- En la medida del cambio operado (evaluación de la eficacia).

3. Realiza una evaluación de la interacción del sujeto con su medio inmediato: su familia; mide al mismo tiempo la sintomatología (conductas), el desempeño de roles sociales del sujeto, y su efecto en la familia (carga objetiva y

subjetiva), además de otras variables moduladoras como son las redes de apoyo socio-afectivas.

4. Estas variables son las más significativas en los programas de rehabilitación y están directamente relacionadas con los modelos de intervención.

El análisis de los resultados de la evaluación del programa de rehabilitación del CRPS de "Los Cármenes", nos muestra los logros que pueden obtener los usuarios de estos dispositivos:

1. Reducir la sintomatología negativa (tristeza, retraimiento, descuido personal, etc.). El cumplimiento de este objetivo viene a establecer a la rehabilitación como una estrategia necesaria para la superación de la sintomatología negativa en la esquizofrenia y constituirse en un complemento de la farmacoterapia, que es más eficaz en atenuar la sintomatología positiva (delirios, alucinaciones, etc.).

2. Incrementar el desempeño de roles sociales en el paciente (actividades de ocio, relaciones interpersonales, manejo de recursos comunitarios, trabajo/estudio). Este objetivo es una ganancia neta para él como proyecto de vida y como sujeto de derecho a una participación ciudadana plena, lo más normal posible. La familia tenderá a valorarlo como a una persona útil en la convivencia familiar y a través de esta valoración, la sociedad evolucionará hacia una mayor aceptación de estas personas, sin la estigmatización y marginación que hasta hoy en día padecen.

3. **Disminuir el estrés (carga subjetiva)** que la convivencia con el paciente genera en la familia, e **incrementar la red de apoyo socio-afectiva**. Está suficientemente establecida la relación que hay entre el clima familiar y el número de recaídas (Strachan, 1986; Lam, 1991; Sanz Fuentenebro, 1994) y la importancia de las redes sociales en la prevención de patologías (Barrón, Lozano y Chacón, 1988). La desinstitucionalización trae como consecuencia que sean, cada vez más, los familiares los principales cuidadores del enfermo mental crónico; sin embargo, pocos son los estudios que avalen estrategias asistenciales y recursos para ayudar a las familias a afrontar los problemas de la convivencia y el estrés provocado por su familiar enfermo (Rebolledo y Lobato, 1994). Los estudios de intervención sobre carga familiar (Falloon y col., 1984, 1993; Barrowelough y TARRIER, 1984) vienen a señalar que el éxito en el asesoramiento de las familias para afrontar la carga se correlaciona con el efecto beneficioso sobre el curso de la enfermedad mental.

Las actuaciones dirigidas a las familias en el programa de rehabilitación evaluado, se han mostrado eficaces en reducir la carga subjetiva (estrés); sin embargo, la carga objetiva (problemas económicos, vida social reducida, tiempo libre, etc.) se ha mantenido y requiere, probablemente, respuestas asistenciales que impliquen la acción coordinada de los centros de salud, servicios sociales y dispositivos de rehabilitación.

4. Reducir el número de recaídas (ingresos).

La esquizofrenia es un trastorno cuyo curso presenta frecuentes recaídas. Cada crisis y hospitalización constituye una enorme fuente de sufrimiento para el paciente y su familia y, cuando son frecuentes, pueden provocar un progresivo deterioro de las capacidades del paciente y de la tolerancia familiar ante él. Por esto, conviene destacar el descenso significativo del número de recaídas (del 48% al 20%) observado en los pacientes después del programa de rehabilitación.

Podemos decir, por tanto, que los usuarios que están en tratamiento farmacológico en los centros de salud mental y además acuden a dispositivos específicos de rehabilitación psicosocial, tienen menos recaídas y su nivel de adaptación socio-familiar es superior a los usuarios que solamente están con tratamiento farmacológico en los centros de salud mental. Este grupo experimenta además un incremento de la sintomatología, de sus déficits en el desempeño de roles, aumentando como consecuencia el estrés familiar.

Los programas de rehabilitación psicosocial son una necesidad imprescindible en una política de Salud Mental Comunitaria que quiera garantizar el derecho de los enfermos mentales crónicos a ser ciudadanos con participación social; que busque el reconocimiento de sus necesidades y el desarrollo de su vida laboral y afectiva; que fomente la superación del estigma social de la enfermedad mental y que

abogue por una sociedad más tolerante que sea capaz de aceptar el derecho a ser diferente y no por ello condenado a la marginación y al encierro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

AFFLECK, J.W. y MCGUIRE, R.J. (1984). The measurement of psychiatric rehabilitation status: a review of the needs and a new scale. *Br. J. Psychiatry*, 145, 517-525.

ALBEE, G.W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M.S Gibbs, J.R. Lachenmayer y J. Sigal (Eds.). *Community Psychology*. New York: Gardner.

ALVIRA, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: CIS.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed. rev.) (DSM-III-R)*. Washington: American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed.) (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.

ANDERSON, C., HOGARTY, G. y REISS, D. (1980). Family treatment of adult schizophrenia patients: A psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.

ANDERSON, C., HOGARTY, G. y REISS, D. (1981). The psychoeducational family treatment of schizophrenia. En M. Goldstein (Ed.). *New directions for mental health services: New developments in interventions with families of schizophrenics*. San Francisco: Jossey-Bass.

ANDERSON, C. (1983). Psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. En W. McFarlane (Ed.). *Family therapy in schizophrenia*. New York: Guilford.

ANDERSON, C., HOGARTY, G., BAYER, G. y NEEDLEMAN, R. (1984). Expressed emotion and social networks of parents of schizophrenics patients. *British Journal of Psychiatry*, 144, 247-255.

ANDERSON, C., REISS, D. y HOGARTY, G. (1988). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

ANDREASEN, N. (1988). Clinical phenomenology. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 345-363.

ANTHONY, W. (1977). Psychological rehabilitation. A concept in need of a method. *American Psychologist*, Aug. 658-662.

ANTHONY, W. (1979). *The principles of Psychiatric Rehabilitation*. Massachusetts: Human Resource Development Press Inc.

ANTHONY, W. (1980). A rehabilitation model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitating Counseling Bulletin*, 24, 6-12.

ANTHONY, W., COHEN, M. y FARKAS, M. (1982). A psychiatric rehabilitation treatment program: Can I recognize one if I see one?. *Community Mental Health Journal*, 18, 2, 83-96.

ANTHONY, W. y FARKAS, M. (1982). A client outcome planning model of assessing Psychiatric Rehabilitation interventions. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 1, 13-38.

ANTHONY, W., COHEN, M. y COHEN, B. (1983). Philosophy, treatment process, and principles of the Psychiatric rehabilitation approach. *New Directions in Mental Health*, 17, 67-69.

ANTHONY, W., COHEN, M. y COHEN, B. (1984). Psychiatric Rehabilitation. En J.A. Talbott (Ed.). *The chronic mental patient. Five years later*. Orlando: Grune y Stratton Inc.

ANTHONY, W., KENNARD, W., O'BRIAN, W. y FORBES, R. (1986). Psychiatric rehabilitation: Past myth and current realities *Community Mental Health Journal*, 22, 4, 249-264.

ANTHONY, W. y LIBERMAN, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 4, 542-559.

ANTHONY, W., COHEN, M. y NEMEC, P. (1987). Assessment in psychiatric rehabilitation. En B. Bolton (Ed.). **Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation**. Baltimore: Paul Brookes.

ARCE, R. y BACA, E. (1989). Expectativas de la familia ante el ingreso psiquiátrico en un grupo de esquizofrénicos. **Psiquis**, 10, 8, 45-51.

AREVALO, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: Aproximaciones recientes. **Estudios de psicología**, 43-44, 169-193.

BAKER, R., HALL, J., HUTCHINSON, K. y BRIDGE, G. (1977). Symptom changes in chronic schizophrenic patients on a token economy: A controlled experiment. **British Journal of Psychiatry**, 131, 391-393.

BAKER, R. y HALL, J. (1983). **Rehabilitation Evaluation of Hall And Baker (REHAB)**. Aberdeen, Escocia: Vine Publishing.

BAKER, R. y HALL, J. (1988). REHAB: A new assessment instrument for chronic psychiatric patients. **Schizophrenia Bulletin**, 14, 1, 97-111.

BARNES, T.R.E., MILAVIC, G., CURSON, D. y PLATT, S. (1983). Use of the Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) in a trial of maintenance antipsychotic therapy in schizophrenic outpatients: pimozide versus fluphenazine. **Social Psychiatry**, 18, 193-199.

BARRON, A., LOZANO, P. y CHACON, F. (1988). Autoayuda y apoyo social. En A. Martínez González, F. Chacón Fuertes y M. Martínez García (Eds.). **Psicología Comunitaria**. Madrid: Visor.

BARROWELOUGH, C. y TARRIER, N. (1984). Psychosocial intervention with families and their effects on the course of schizophrenia: a review. **Psychological Medicine**, 14, 629-642.

BARTKO, J. (1966). The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. **Psychol. Rep.** 19, 3-11.

BECKER, H. (1963). **Outsider: Studies in the Sociology of Deviance**. Glencoe, Hill: Free Press.

BENNETT, D. (1978). Social forms of psychiatric treatment. En J. K. Wing (Ed.). **Schizophrenia: Towards a New Synthesis**. Londres: Academic Press

BERKOWITZ, R. (1984). Therapeutic intervention with schizophrenic patients and their families. **Journal of Family Therapy**, 6, 211-233.

BIERER, J. (1951). **The day hospital**. Londres: Lewis.

BIRLEY, J. (1991). Schizophrenia: The problems of handicap. En D. Bennett y H. Freedman (Eds.). **Handbook of community psychiatry**. Londres: Churchil Livingstone.

BLEULER, M. (1972). Die schizophrenen Geistesstoerungen im Lichte langjaeheriger Kranken und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme.

BRAUN, P., KOCHANSKY, G., SHAPIRO, R., GREENBERG, S., GUDEMAN, J., JOHNSON, S. y SHORE, M. (1981). overview: deinstitutionalization of psychiatric patients: a critical review of out studies. **American Journal of Psychiatry**, 138, 736-749.

BREWIN, C.R., WING J.K., MANGEN S.P., BRUGHA T.S. y MCCARTHY B. (1987). Principles and practice of measurement needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. **Psychol. Med.**, 18, 971-981.

BROWN, G. y RUTTER, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. **Human Relation**, 19, 241-263.

BROWN, G., BIRLEY, J., y WING, J. (1972). Influence of family life on the course of d schizophrenic disorders. **British Journal of Psychiatric**, 121, 241- 258.

BROWN, G. y HARRIS, T. (1989). **Life events and illness**. New York: Guilford Press.

BURNES, A. y ROEN, S. (1967). Social roles and adaptation to the community. **Community Mental Health Journal**, 3, 153-158.

CAÑAMARES, J., OTERO, V., LEMUS, V. y HERNAN, I. (1995). La medicación neuroléptica después de un programa de rehabilitación para enfermos mentales crónicos. **Psiquis**, 16, 2, 30-33.

CAPLAN, G. (1974). **Support systems an community mental health**. New York: Behavioral publications.

CARDIN, V.A., MCGILL, C.W. y FALLOON, I. (1985). An economic analysis: costs, benefits and effectiveness. En I.R. Falloon (Ed.). **Family management of schizophrenia**. Baltimore: John's Hopkins University Press.

CARLSSON, A. (1978). Antipsychotic drugs, neurotransmitters, and schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**, 135, 164-173.

CHAPMAN, L. y CHAPMAN, J. (1973). **Disordered thought in schizophrenia**. New York: Appleton-Century-Crofts.

CIARLO, J. y RIEHMAN, J. (1977). The Denver Community Mental Health Questionnaire: Development of a multidimensional program evaluation. En R.D. Coursey, G.A. Specter, S.A. Murrell y B. Hunt (Eds.). **Program Evaluation for Mental Health: Methods, strategies and participants**. Nueva York: Grune and Stratton.

CIOMPI, L. (1981). Wie können wir die schizophrenen besser behandeln? Ein neues Krankheits-und therapiekonzept. **Nervarzt**, 52, 506-515.

CIOMPI, L. (1982). Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta.

CIOMPI, L. (1984). Zum einfluss sozialer faktoren auf den langzeitverlauf der schizophrenie. **Schweizer arch. für neurologie und psychiatrie band**, 135, 1, 101-113.

CIOMPI, L. (1987). Toward a coherent multidimensional understanding and therapy of schizophrenia: Converging new concepts. En J.J. Straus, W. Boker y H.D. Brenner (Eds.). **Psychological treatment of schizophrenia**. Toronto: Hans Huber Publishers.

CIOMPI, L. (1989). The dynamics of complex biological-psychosocial systems. Four fundamental psycho-biological mediators in the long-term evolution of schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, 155, (suppl.5) 15-21.

CLARKE, A.D.B. (1962). Constructing assets in the severely subnormal. **Lancet**, 1, 40-42.

COHEN, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. **Educational and Psychological Measurement**, 20, 37-46.

COHEN, J. (1968). Weighted Kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. **Psychological Bulletin**, 70, 213-220.

COHEN, B. y ANTHONY, W. (1984). Functional assessment in psychiatric rehabilitation. En A. Halpern y M. Fuhrer (Eds.). **Functional assessment in rehabilitation**. Baltimore: Paul Brookes.

COLODRON, A. (1983). **Las esquizofrenias**. Madrid: Siglo XXI.

COLODRON, A. (1990). Las esquizofrenias (I): Historia y aspectos clínicos. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.). **Psicología médica, psicopatología y psiquiatría (Vol. II)**. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill.

COOPER, D. (1972). **Psiquiatría y antipsiquiatría**. Barcelona: Paidós.

- COSTA, M. y LOPEZ, E. (1982). La Psicología Comunitaria: un nuevo paradigma. *Papeles del Colegio*, 2, 17-22.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- CREER, C. y WING, J. (1974). *Schizophrenia at home*. Londres: National Schizophrenia Fellowship.
- CREER, C., STURT, E. y WYKES, T. (1982). The role of the relatives. En J. Wing (Ed.). Long term community care. *Psychological Medicine, monograph supplement*, 2, 29-39.
- CREER, C. y WING, J. (1988). *Schizophrenia at home*. Reino Unido: National Schizophrenia Fellowship.
- CREESE, I., BURT, D. y SNYDER, S. (1975). Dopamine receptor binding predicts clinical and pharmacological potencies of antischizophrenic drugs. *Science*, 192, 481-483.
- CROW, T. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one dimension of pathology?. *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- DAUWALDER, H., CIOMPI, L., AEBI, E. y HUBSCHMID, T. (1984). Ein forschungsprogramm zur rehabilitation psychisch kranker. *Nervenarzt*, 55, 257-264.
- DAY, R. (1989). Schizophrenia. En G. Brown y T. Harris (Eds.). *Life events and illness*. New York: Guilford Press.
- DEFENSOR DEL PUEBLO. (1991). *Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*. Madrid, España: Publicaciones del Defensor del Pueblo.
- DELLARIO, D., GOLDFIELD, E., FARKAS, M. y COHEN, M. (1984). Functional assessment of the psychiatrically disabled: implications of research findings for training. En A. Halpern y M. Fuhrer (Eds.). *Functional assessment in rehabilitation*. Baltimore: Paul Brookes.
- DESVIAT, M., FERNANDEZ LIRIA, A. y RENDUELES, G. (1986). La nueva cronicidad. En J. Espinosa (Ed.). *Cronicidad en Psiquiatría*. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría.
- DESVIAT, M. (1987). Los Programas de los Servicios de Salud Mental de Leganés. *Psiquiatría Pública*, 1, 13-22.
- DESVIAT, M. (1992). La reforma del hospital psiquiátrico: Del hospital al área de salud. *Psiquiatría Pública*, Vol.4, nº1, 3-16.

DION, G. y ANTHONY, W. (1987). Research in psychiatric rehabilitation: A review of experimental and quasi-experimental studies. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 30, 177-203.

DOANE, J., FALLOON, I., GOLDSTEIN, M. y MINTZ, J. (1985). Parental affective style and the treatment of schizophrenia. *Archives of general Psychiatry*, 42, 34-42.

EBEL, R. (1951). Estimation of the reliability of ratings. *Psychometrika*, 16, 407-424.

ELLSWORTH, R., FOSTER, L. y CHILDERS, B. (1968) Hospital and community adjustment as perceived by psychiatric patients, their families, and staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 1-41.

ENDICOTT, J. y SPITZER, R. (1972a). Current and past psychopathology scales (CAPPS): rationale, reliability, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 27, 678-687.

ENDICOTT, J. y SPITZER, R. (1972b). What! another rating scale? The psychiatric evaluation form. *Journal of Nervous and mental disease*, 154, 88-104.

ESPINOSA, J. (1986). *Cronicidad en Psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

FADDEN, G., BEBBINGTON, P. y KUIPERS, L. (1987). Caring and its burdens: a study of the relatives of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 660-667.

FALCONER, D. (1965). The inheritance of liability to certain diseases estimated from the incidence among relatives. *Annals of Human Genetics*, 29, 51-76.

FALLOON, I., BOYD, J. y MCGILL, C. (1981). Family management training in the community care of schizophrenia. En M. Goldstein (Ed). *New developments in intervention with families of schizophrenics*. San Francisco: Josey-Bass.

FALLOON, I. y MARSHALL, G. (1983). Residential care and social behaviour, a study of rehabilitation needs. *Psychological Medicine*, 13, 341-347.

FALLOON, I., BOYD, J. y MCGILL, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.

FALLOON, I. y PEDERSON, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147, 156-163.

FALLOON, I. y OTROS (1985). **Family Management of Schizophrenia. A Study of Clinical, Social, Family and Economic Benefits.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

FALLOON, I., MCGILL, C., BOYD, J. y PEDERSON, J. (1987). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 17, 59-66.

FALLOON I., HOLL, V., PEMBLETON, T. y NORRIS, L. (1988). Behavioural family therapy in the management of major affective disorders. En J.F. Clarkin, G. Haas y I.D. Glick (Eds.). **Family intervention in affective illness.** New York: Guilford Press.

FALLOON, I., LAPORTA, M., FADDEN, G. y GRAHAM-HOLE, V. (1993). **Managing stress in families.** Londres: Routledge.

FARIS, R. y DUNHAN, H. (1939). **Mental disorders in urban areas.** Chicago: The University of Chicago Press.

FARKAS, M. y ANTHONY, W. (1982). The development of the rehabilitation model as a response to the shortcomings of the desinstitutionalization movement. *Monografía nº 1, Universidad de Boston.*

FARKAS, M., COHEN, M. y NEMEC, P. (1988). Psychiatric rehabilitation programs: Putting concept into practice. *Community Mental Health Journal*, 24, 1, 7-21.

FARKAS, M. y ANTHONY, W. (1989). **Psychiatric Rehabilitation Programs.** Boston: John Hopkins University Press.

FARKAS, M., ANTHONY, W. y COHEN, M. (1989). Psychiatric Rehabilitation: The approach and its programs. En M. Farkas y W. Anthony (Eds.). **Psychiatric Rehabilitation programs. Putting theory into practice.** Baltimore y Londres: The John Hopkins University Press.

FARNDAL, J. (1961). **The day hospital movement in Great Britain.** Oxford: Pergamon Press.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1985). Evaluación psicológica y evaluación valorativa. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 1, (1-2), 7-31.

FERNANDEZ LIRIA, A. (1991). **El concepto de paciente crónico adulto joven: Pertinencia y relevancia para la planificación y organización de los servicios de salud mental.** Tesis doctoral. Fac. de medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

FREY, W.D. (1984). Functional assessment in the 80s: A conceptual enigma a technical challenge. En A. Halpern y M. Fuhrer (Eds.). **Functional Assessment in Rehabilitation**. Nueva York: Brooke Publishing.

GARCIA GONZALEZ, J. y MONTEJO CANDOSA, J. (1986). La Cronicidad: Reflexiones acerca de su epistemología. En J. Espinosa (Ed.). **Cronicidad en Psiquiatría**. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

GIBBONS, J.S., HORN, S., POWELL, J. y GIBBONS, J.L. (1984). Schizophrenic patients and their families: a survey in a psychiatric service based on a DGH unit. **British Journal of Psychiatry**, 144, 70-77.

GJERDE, P. (1983). Attentional capacity dysfunction and arousal in schizophrenia. **Psychological Bulletin**, 93, 57-72.

GLAZER, W., AARONSON, H., PRUSOFF, B. y WILLIAMS, D. (1980). Assessment of social adjustment in chronic ambulatory schizophrenics. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 168, 493-497.

GOFFMAN, E. (1961). **Asylums**. Nueva York: Doubleday Comp. Inc.

GOLDBERG, D. (1972). **The detection of psychiatric illness by questionnaire**. Maudsley Monograph n° 21. Londres: Oxford University Press.

GOLDBERG, D. y HUXLEY, P. (1980). **Mental Illness in the Community**, Londres: Tavistock Pub.

GOLDMAN, H., GATOZZI, A. y TAUBE, C. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. **Hospital Community Psychiatry**, 32, 22.

GOLDSTEIN, M. y RODNIK, E. (1975). The family's contribution to the philology of schizophrenia current status. **Schizophrenia Bulletin**, 1, 48-63.

GOLDSTEIN, M. y CATON, C. (1983). The effects of the community environment on chronic psychiatric patients. **Psychological Medicine**, 13, 193-199.

GOLDSTEIN, M., HAND, I. y HAHLWEG, K. (1986). **Treatment of schizophrenia, family assessment an intervention**. Springer-Verlag.

GOTESSMAN, I. y SHIELDS, J. (1976). A critical review of recent adoption, twin and genetic perspectives. **Schizophrenia Bull.**, 2, 360-398.

GOTTESMAN, I. y SHIELDS, J. (1982). **Schizophrenia: The epigenetic puzzle**. Londres: Cambridge University Press.

GOTESSMAN, I. (1991). **Schizophrenia genesis: The origins of madness**. Nueva York: W. H. Freeman.

GRAD, J. y SAINSBURY, P. (1968). The effects that patients have on their families in a community care and a control psychiatric service - a two year follow-up. **British Journal of Psychiatry** 133, 795-801.

GREENBLATT, M., LEVISTON, D. y WILLIAMS, R. H. (1957). **The patient and the Mental hospital**. Glencoe: Free Press.

GREENLEY, J.R., SCULZ, R., NAM, S.H. y PETERSON, R.W. (1985). Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. En J.R. Greenley (Ed.). **Research in community and mental health** vol. 5. Greenwich: JAI Press.

GUTIERREZ, E. (1988). Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia. I. Una revisión crítica de los supuestos de independencia, estabilidad y causalidad. **Análisis y modificación de conducta**, 14, 39, 61-84.

GUTIERREZ, E., ESCUDERO, V., VALERO, J., VAZQUEZ, M., CASTRO, J., ALVAREZ, L., BALTAR, M., BLANCO, J., GONZALEZ, I. y GOMEZ, I. (1988). Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia. II. Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia en pacientes en remisión. **Análisis y Modificación de Conducta** 15, 40, 275-317.

HAMMER, M. (1981). Social supports, social networks and schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 7.

HARACZ, J. (1984). A neural plasticity hypothesis of schizophrenia. **Neurosci. Biobeh. Rev.**, 8, 59-71.

HEMSLEY, D. (1993). A simple (or simplistic?) cognitive model for schizophrenia. **Behaviour Research and Therapy**, 31, 633-645.

HIRSCH, S., PLATT, S., KNIGHTS, A. y WEYMAN, A. (1979). Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. **British Medical Journal**, 1, 442-446.

HOENIG, J. y HAMILTON, M. (1967). The burden on the household in an extramural psychiatric services. En H. Freeman (Ed.). **New aspects of the mental health services**. London: Pergamon.

HOLDEN, D. y LEWINE, R. (1982). How families evaluate mental health professionals resources, and the effects of illness. **Schizophrenia Bolletín**, 8, 626-633.

HOLLINGSHEAD, A. y REDLICH, F. (1958). **Social class and mental illness**. London: John Wiley and Sons.

INFORME DE LA COMISION INTERMINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA. (1985). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

INGLOTT, R. (1993). Métodos de evaluación en la rehabilitación del paciente psiquiátrico crónico. En J. González de Rivera (Ed.). El método epidemiológico en salud mental. Barcelona: Masson-Salvat.

JABLENSKY, A. (1984). Gli studi transculturali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla schizofrenia implicazione teniche e pratiche. En C. Faccincani y otros (Eds.). Le psicosis schizofreniche. Bologna: Patron Ed.

JABLENSKY, A. (1987). The WHO collaborative study on the assessment and reduction of psychiatric disability. DAS/WHO. Ginebra: WHO.

JACKSON, H., SMITH, N. y MCGORRY, P. (1990). Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: an exploratory study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 82, 243-249.

JIMENEZ, M. y RAMOS, F. (1995). Las esquizofrenias: hipótesis psicobiológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). Manual de psicopatología, (Vol. II). Madrid: McGraw-Hill.

JIMENEZ, M., RAMOS, F. y SANCHIS M. (1995). Las esquizofrenias: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). Manual de psicopatología, (Vol. II). Madrid: McGraw-Hill.

JONES, K. (1972). A history of the mental health services. Londres: Routledge y Kegan Paul.

JORDA, E. y ESPINOSA, J. (1990). El proceso de desinstitucionalización en la provincia de Valencia: estudio de los alojamientos utilizados mediante la Escala de Prácticas Restrictivas. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barcelona, 17, 77-87.

KATZ, M. y LYERLY, S. (1963). Methods for measuring adjustment and social behavior in the community: I. Rationale, description, discriminative validity and scale development. Psychol. Reports 13, 503-535. Monograph supplement.

KELLER, M.B., LAVORI, P.W., FRIEDMAN, B., NIELSEN, M.A., ENDICOTT, J., MCDONALD-SCOTT, P. y ANDREASEN, N.C., (1987). The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation. Arch. Gen. Psychiatry, 44, 540-548.

KICKBUSH, I. (1986). Life styles and health. Social Science and Medicine 22, 2.

KIRCH, D. (1993). Infection and autoimmunity as etiologic factors in schizophrenia: A review and reappraisal. Schizophrenia Bulletin, 19, 2, 355-370.

- KRAEPELIN, E. (1927). *Psychiatrie*. 9ª ed., Leipzig.
- KRAWIECKA, M., GOLDBERG, D. y VAUGHAN, M. (1977). A standardised psychiatric assessment for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand*, 55, 299-308.
- KUEHNEL, T. y LIBERMAN, R. (1988). Functional Assessment. En R.P. Liberman (Ed.). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- LAING, R. (1964). *El yo dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- LAM, D. H. (1991). Psychosocial interventions in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- LAMB, H.R. (1982). *Treating the Long-Term Mentally ill*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LEFF, J. y VAUGHN, C. (1981). The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse schizophrenia: a two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.
- LEFF, J., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., VAUGHN, C. y STURGEON, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- LEFF, J., KUIPERS, L. y BERKOWITZ, R. (1983). Intervention in families of schizophrenics and its effects on relapse rate. En W.R. MacFarlane (Eds.). *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York. Guilford Press.
- LEFF, J. y VAUGHN, C. (1985). *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*. Nueva York: Guilford Press.
- LEMONS GIRALDEZ, S. (1985). Factores familiares (Expresión Emocional) y evolución de la esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, 1, 7, 285-306.
- LIBERMAN, R., KING, L. y DERISI, W. (1976). Behavior analysis and therapy in community mental health. En H. Leitenberg (Ed.). *Handbook of behavior analysis and modification*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- LIBERMAN, R. (1982). Social factors in schizophrenia. En L. Grinspoon (Ed.). *American Psychiatric Association Annual Review*. Washington: American Psychiatric Press.
- LIBERMAN, R. y EVANS, C. (1985). Behavioral rehabilitation for chronic mental patients. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 5, 8-14.

LIBERMAN, R. (1986a). Coping and competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia. En M. Goldstein, I. Hand y K. Hahlweg (Eds.). **Treatment of schizophrenia**. Berlin: Springer-Verlag.

LIBERMAN, R. (1986b). Psychiatric Rehabilitation. **Schizophrenia Bull.** 12, 4.

LIBERMAN, R. (1987). Psychosocial interventions in the management of schizophrenia: Overcoming disability and handicap. Ponencia presentada en el Symposium "Problemas comunes y estrategias de tratamiento en esquizofrenia". American Psychiatric Association. Chicago, Illinois.

LIBERMAN, R. (1988). **Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients**. Washington: American Psychiatric Association Press.

LIBERMAN, R. (1992). **Handbook of Psychiatric Rehabilitation**. Nueva York: General Psychology Series.

LIEBERMAN, J. y KOREEN, A. (1993). Neurochemistry and neuroendocrinology of schizophrenia: A selective review. **Schizophrenia Bulletin**, 19, 2, 371-420

LOPEZ, A. (1994). **Valoración de los efectos de la rehabilitación psicosocial**. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.

LUKOFF, D., SNYDER, K., VENTURA, J. y NUECHTERLEIN, K. (1984). Life events, familial stress and coping in the developmental course of schizophrenia. **Schizoph. Bull.**, 10, 258-292.

LUTZ, M., APPELT, H. y COHEN, R. (1980). Belastungsfaktoren in den Familien alkoholkranker und depressiver Frauen aus der Sicht der Ehemänner. **Social Psychiatry**, 15, 137-144.

MARTIN GONZALEZ, A., CHACON FUERTES, F. y MARTINEZ GARCIA, M. (1988). **Psicología comunitaria**. Madrid: Visor.

MATURANA, H. (1982). **Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit**. Braunschweig: Vieweg.

MCCARTHY, B., BENSON, J. y BREWIN, C.R. (1986). Task motivation and problem appraisal in long-term psychiatric patients. **Psychol. Med.**, 16, 431-438.

MELTZER, H. (1987). Biological studies in schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 13, 1, 77-111.

MILLER, J. (1975). General systems theory. En A. M. Freedman, H. J. Kaplan y B. J. Sadock (Eds.). **Comprehensive textbook of psychiatry**. Baltimore: William and Wilkins.

MONTERO, I., BONET, A., PUCHE, E. y GOMEZ-BENEYTO, M. (1988). Adaptación española del DAS-II. *Psiquis*, 5, 17-22.

MONTERO, I. y GOMEZ-BENEYTO, M. (1993). Funcionamiento social medido por medio del DAS-II en una muestra de pacientes esquizofrénicos seguidos a lo largo de dos años. *Psiquis*, 14, 10, 27-33.

MURPHY, J. y DATEL, W. (1976). A cost-benefit analysis of community versus institutional living. *Hospital community psychiatry*, 27, 165-170.

NAVARRO, V. : A critique of the ideological and political position of Brandt Report and Alma Ata Declaration. *International Journal of Health Services*, 14, 159-172. 1984.

NEALE, J. y OLTMANN, T. (1980). *Schizophrenia*. Nueva York: John Wiley & Sons.

NUECHTERLEIN, K. y DAWSON, M. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bull.* 10, 300-312.

NUECHTERLEIN, K. y LIBERMAN, R. (1985). Schematic for the vulnerability stress model NIMH renewal application for the Mental Health Clinical Research Center for study of Adult Schizophrenia. UCLA.

OBIOLS, J.E. y OBIOLS, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca.

OCHOA, E. y VAZQUEZ, C. (1989). Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, 1,1, 3-8.

OMS, (1978). Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. *Salud para todos*, n°1.

OTERO, V. y REBOLLEDO, S. (1990). Escala de desempeño psicosocial. (Social Behaviour Assessment Schedule). *Psiquis* 10, 11, 39-47.

OTERO, V. y REBOLLEDO, S. (1992). Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquis* 13, 3, 54-61.

OVERALL, J.E. y GORHAM, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol. Rep.*, 10, 799-812.

OZAMIZ, J. (1987). Estilos de vida y salud mental. En J. Ozamiz (Ed.). *Psicología de la salud mental*. San Sebastian: Tartalo.

PAI, S. y KAPUR, R. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry*, 138, 332-335.

PAUL, G.L. y LENTZ, R.J. (1977). **Psychosocial treatment of the chronic mental patients**. Cambridge: Harvard University Press.

PLATT, S., WEYMAN, A., HIRSCH, S. y HEWETT, S. (1980). The social behaviour assessment schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Soc. Psychiat.*, 15, 43-55.

PLATT, S., HIRSCH, S. y KNIGHTS, A. (1981). Effects of brief hospitalization on psychiatric patient's behaviour and social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 117-128.

PLATT, S., HIRSCH, S. y WEYMAN, A. (1983). **Social Behavior Assessment Schedule (SBAS) 3rd edition**. Windsor, Berks: NFER-Nelson Publishing Co.

PLATT, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.

PLATT, S. (1986). Evaluating social functioning: a critical review of scales and their underlying concepts. En Bradley y S. Hirsch (Eds.). **The Psychopharmacology and Treatment of Schizophrenia**. Oxford: Oxford University Press.

POSTEL, J. y QUETEL, C. (1983). **Historia de la psiquiatría**. Méjico: Fondo de Cultura Económica.

REBOLLEDO, S. y LOPEZ DE HEREDIA, N. (1990). Psicoeducación de pacientes esquizofrénicos y sus familias. *Rev. Psiquiatría fac. Medicina de Barcelona*. V. XVII, 2, 92-100.

REBOLLEDO, S. y PASTOR, A. (1991). Programas y recursos de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquiatría Pública*, 3, 4, 204-214.

REBOLLEDO, S. y LOBATO, M. J. (1994). **Como afrontar la esquizofrenia**. Madrid: Asociación psiquiatría y vida. Fundación ONCE.

REGIER, D., MEYER, J., KRAMER, M., ROBINS, L., BLAZER, D., HOUGH, K., EATON, W. Y TOCKE, B. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area (ECA). Program: Historical context, major objective and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 41, 934-941.

RODRIGUEZ, A. (1991). Rehabilitación psicosocial y soporte comunitario del enfermo mental crónico. III Jornadas de psicología de la intervención social. 3, Ministerio de Asuntos Sociales, 1215-1235.

ROSENTHAL, D. (1970). **Genetic theory and abnormal behavior**. New York: MacGraw Hill.

RUIZ VARGAS, J. (1987). *Esquizofrenia, un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.

RUTTER, M. y BROWN, G. (1966). The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. *Social Psychiatry*, 1, 38-53.

SAN MARTIN, (1982). *La crisis mundial de la salud. Problemas actuales de epidemiología social*. Karpos.

SANZ FUENTENEbro, F. J. (1994). Intervenciones "psicoeducacionales" en esquizofrenia: una década optimista. *Psiquiatría Pública*, 6, 2, 64-80.

SARACENO, B., FERRIANI, D., ROSSI, P. y STERNAL, E. (1985). *Estudio sulla nozione di riabilitazione in psichiatria*. Millano: CSERDE.

SARTORIUS, N. (1983). Schizophrenie: Resultats des recherches epidemiologiques et transculturelles. *Encyclopedie M. Chirurgicale. Psych.*, 37289 A, 10.

SCHEFF, T. (1973). *El rol del enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

SCHNEIDER, K. (1959). *Clinical psychopathology*. Nueva York: Grune & Stratton.

SCHOOLER, N., HOGARTY, G. y WEISSMAN, M. (1979). Social Adjustment Scale II (SAS-II). En W. Hargreaves, C. Atkinson y J. Sorenson (Eds.). *Resource materials for community mental health program evaluators*. Washington: DHEW, Superintendent of Documents, USA; Government Printing Office.

SERBAN, G. (1978). Social Stress an Functioning for Psychotic Disorders (SSFIPD): Measurement and predictions of schizophrenics community adjustment. *Comprehensive Psychiatry*, 19, 337-347.

SHEARER, A. (1981). *Disability: Whose Handicap?* Oxford: Basil Blackwell.

SHEPHERD, G. (1984). *Institutional care and rehabilitation*. Londres: Longmans.

SHEPHERD, G. (1985). Rehabilitation. En B. P. Bradley y C. Thompson (Eds.). *Psychological Applications in Psychiatry*. London: John Wiley and Sons.

SLOMKA, G. (1992). Assessment in Psychiatric Rehabilitation. En L. Katz (Ed.). *Psychiatry rehabilitation: A handbook for practioners*. Warren H. Green.

SPITZER, R., ENDICOTT, J., FLEISS, J. y COHEN, J. (1970). The Psychiatric Status Schedule: A technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. *Archives General of Psychiatric*, 23, 41-45.

SPITZER, R., GIBOON, M. y ENDICOTT, J. (1971). *Family Evaluation Form*. Nueva York: Biometrics Research, New York State Department of Mental Hygiene.

STRACHAN, A. (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 4, 678-698.

STRAUSS, J. y CARPENTER, W. (1974). The predicction of outcome in schizophrenic. *Arch. Gen. of Psychiat.*, 31, 37-42.

STRAUSS, J. y CARPENTER, W. (1977). Prediction of outcome in schizophrenia. *Arch. Gen. of Psychiat*, 34, 159-163.

STRAUSS, J. y CARPENTER, W. (1981). *Schizophrenia*. New York: Plenum.

TSUANG, M. y WINOKUR, G. (1974). Criteria for subtyping schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 31, 43.

VAUGHN, C. y LEFF, J. (1976a). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *Br. J. of Psych.*, 129, 125-137.

VAUGHN, C. y LEFF, J. (1976b). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.

VAUGHN, C. y LEFF, J. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenics patients. *Schz. Bull.*, 7, 43-45.

VAUGHN, C., SNYDER, K., JONES, S., FREEMAN, W. y FALLOON, I. (1984). Family factors in schizophrenic relapse. Replication in California of British research of expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1.169-1.177.

VAZQUEZ, C. y FERNANDEZ LOPEZ OCHOA, E. (1989). Cognición y esquizofrenia: Percepción y atención. *Monografías de Psiquiatría*. 1, 1, 26-31

VAZQUEZ, C., OCHOA, E., SANTOS GOMEZ, J. y FUENTENEbro DE DIEGO, F. (1989). Cognición y esquizofrenia: memoria, pensamiento y lenguaje. *Monografías de Psiquiatría*, 1, 1, 32-39.

VENABLES, P.H. (1963). Selectivity of attention, withdrawal and cortical activation. *Arch. Gen. Psychiat.*, 9, 92-96.

- VILLALBA, C. (1993). Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. *Intervención Psicosocial*, 2, 4, 69-85
- VIZCARRO, C. y AREVALO, J. (1987). Emoción expresada. *Estudios de Psicología*, 26, 27, 89-109.
- VON BERTALANFFY, L. (1950). An outline of general systems theory. *Brit. J. Phil. Sci.*, 1, 134-165.
- WAISMANN, L.C. y ROWLAND, L.A. (1989). Ranking of needs: a new model of assessment for use with chronic psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand*, 80, 260-266.
- WALLACE, C. y LIBERMAN, R. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Res.*, 15, 239-247.
- WALLACE, C. (1986). Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 4, 604-624.
- WATTS, F. y BENNETT, D. (1983). *Theory and Practices of Psychiatric Rehabilitation*. London: J. Wiley & Sons.
- WEISSMAN, M., PAYKEL, E., SIEGAN, R. y KERMAN, G. (1971). The social role performance of depressed women: Comparisons with a normal group. *American Journal of Ortho-psychiatry*, 41, 390-405.
- WEISSMAN, M. (1975). The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Arch. Gen. Psychiat.*, 32, 357-365.
- WEISSMAN, M. (1981). The assessment of social adjustment: an update. *Arch. Gen. of Psychiat.*, 38, 1250-1258.
- WING, J. y BROWN, G. (1970). *Institutionalism and schizophrenia*. London: Cambridge University Press.
- WING, J.K., COOPER, J.E. y SARTORIUS, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WING, J. (1975). Impairments in schizophrenia. En R. Wirt, G. Winokur y M. Roff (Eds.). *Life history research in psychopathology*. IV. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- WING, J. y MORRIS, B. (1981). *Handbook of psychiatric rehabilitation practice*. Oxford: Oxford medical publications.
- WOLFENBERGER, W. (1972). *The principle of normalization in human services*. Toronto: National Institute of Mental Retardation.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1990). **Global estimates for health situation assessment and projects**. Ginebra: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1992). **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders**. Ginebra: WHO.

WYKES, T., STURT, E. y CREER, C. (1982). Practices of day and residential units in relation to the social behaviour of residents. En J.K. Wing (Ed.). **Long-term community care experience in a London Borough**. Cambridge: Cambridge University Press.

WYKES, T. y STURT, E. (1986). The measurement of social behavior in psychiatric patients: an assessment of the reability and validity of the Social Behaviour Schedule (SBS). **British J. of Psychiatry**, 148, 1-11.

WYNNE, L. (1981). Current concepts about schizophrenics and family relationships. **Journal of Nervous and mental disease**, 169, 82-89.

ZUBIN, J. y SPRING, B. (1977). Vulnerability. **J. of Abnormal Psychology**, 86, 2, 103-126.

ZUBIN, J., MAGAZINER, J. y STEINHAUER S.R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia from chronicity to vulnerability. **Psychological Medicine**, 13, 551-571.

APENDICE 1

SOCIAL BEHAVIOUR ASSESSMENT SCHEDULE

The schedule

STEPHEN PLATT STEVEN HIRSCH ANNE WEYMAN

Third Edition

SAS



Published by The NFER-NELSON Publishing Company Ltd.,
Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berks. SL4 1DF
© Platt, Hirsch, Weyman 1983.

Printed in Great Britain

Code 4150 03 4 1(4.87)

Section A – Introduction

First of all I expect you'd like to know why I've come to see you.

Interviewer should explain study with emphasis on its benefits, if not immediately to informant, then in the future to others in similar situations. Interviewer should also stress confidential nature of interview.

I wonder if I could begin by asking you for a bit of background information about yourself and the family to help me get a better overall picture of the situation?

A1. In the last (time/period) . . . how often did you see S?

RATE FREQUENCY OF CONTACT

1 = Every day

2 = Twice to six times a week

3 = Once a week

4 = At least once in period

5 = Not at all

23

A2. Can you tell me who lives here?

NAME AND RELATIONSHIP TO INFORMANT

AGE

List all persons on reverse of first coding sheet.

Use space on reverse of subsequent coding sheets to record additional details as required throughout Schedule.

TOTAL NUMBER OF ADULTS

24

TOTAL NUMBER OF ADULTS EXCLUDING INFORMANT AND PATIENT

25

NUMBER OF CHILDREN *(If over six children, rate 6)*

26

NUMBER OF CHILDREN

aged 0 – 4

27

aged 5 – 11

28

aged 12 to school leaving age

29

A3. How old are you?

INFORMANT'S AGE (years)

30, 31

A4. Do you have a job?

What do you do?

(If informant is married and is not working ask:)

What does your husband/wife do?

(If informant is single or a student who is not working or has never had a permanent job ask:)

What does/did your father do?

(If informant or informant's spouse, in the case of a non-working informant, is unemployed, ask:)

What was the last job you/your husband/wife had?

RATE INFORMANT'S OCCUPATION

See Manual for instructions

32

- A5. Could you give me a brief account of S's trouble?
When did you first notice there was something wrong?**

RATE ONSET OF PATIENT'S TROUBLE

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 = \leq 1 month | 4 = $>$ 1 year \leq 2 years |
| 2 = $>$ 1 month \leq 3 months | 5 = $>$ 2 years \leq 5 years |
| 3 = $>$ 3 months \leq 1 year | 6 = $>$ 5 years \leq 10 years |
| | 7 = $>$ 10 years |

33

- A6. Since you first noticed that there was something wrong, has S been behaving strangely all the time?**

RATE PERSISTENCE OF PATIENT'S TROUBLE

- 0 = Not persistent
1 = Persistent
(If rating is 0, ask question A7.
If rating is 1, go straight to question A8)

34

- A7. When did S's present trouble begin?**

RATE ONSET OF CURRENT EPISODE

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 0 = \leq 1 week | 3 = $>$ 3 months \leq 1 year |
| 1 = $>$ 1 week \leq 1 month | 4 = $>$ 1 year \leq 2 years |
| 2 = $>$ 1 month \leq 3 months | 5 = $>$ 2 years |

35

- A8. (If rating for question A6 is 1)
Since you first noticed that there was something wrong with S, has S got worse, stayed the same or got better?**

(If rating for question A6 is 0)
Is S worse this time than before? The same or not so bad?

RATE SEVERITY OF PATIENT'S TROUBLE

- 0 = The same
1 = More severe
2 = Less severe

36

- A9. Could you tell me a bit more about what's been happening with S during the last (time/period) . . . ?**

Section B – Patient's behaviour

1. Misery
2. Withdrawal
3. Slowness
4. Forgetfulness
5. Underactivity
6. Overdependence
7. Indecisiveness
8. Worry
9. Fear
10. Obsessionality
11. Odd ideas
12. Overactivity
13. Unpredictability
14. Irritability
15. Rudeness
16. Violence
17. Parasuicide
18. Offensive behaviour
19. Heavy drinking
20. Self-neglect
21. Complaints about bodily aches and pains
22. Odd behaviour

You've already told me a bit about how S was behaving in the last (time/period) . . .

Now I would like to ask you in more detail about some of these things.

I'm going to run through a list of ways in which some people behave in these situations and perhaps you could tell me if S was like this. We ask everybody the same questions so, of course, many of these things won't apply to S.

NOTES FOR INTERVIEWER

The following questions are used for onset and distress ratings throughout this section whenever a behaviour is rated as present:

ONSET: When did you first notice S . . . ?
(Give an example of the behaviour)

DISTRESS: How did you feel when S . . . ?
(Give an example of the behaviour)

Were you upset/annoyed/distressed/worried/disturbed by it?

(If informant expresses no distress and behaviour has been present for at least a year:)

Why is that? Have you just got used to it? If yes, rate 3

(If informant expresses some distress:)

Did you feel you couldn't stand S . . .

(Give example of the behaviour) for much longer?

That you would have to leave home or it would make you ill? If yes, rate 2

(For other explanations of distress, rate 1)

See Manual for rating instructions

B1.**Misery****Q: In the last (time/period) . . . was S miserable or in low spirits?****Did S cry?****Was S solemn and unsmiling?****Did S respond to attempts to cheer him/her up?****Did S say life isn't worth living?****Was S miserable all the time?****RATE PATIENT'S MISERY**

0 = No or little misery

1 = Crying or obviously miserable for part of the time

2 = Rarely cheerful; does not respond to attempts to cheer him/her up

 47**RATE TIME OF ONSET**1 = \leq 1 week2 = $>$ 1 week \leq 3 months3 = $>$ 3 months \leq 1 year4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No misery

 48**RATE INFORMANT'S DISTRESS**

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No misery

 49**B2.****Withdrawal****Q: In the last (time/period) . . . did S keep him/herself to him/herself?****Was S untalkative?****Was S unsociable?****Did S reply when spoken to?****Did S refuse to meet people?****Was S like this all the time?****RATE PATIENT'S WITHDRAWAL**

0 = Normally sociable

1 = Socially withdrawn and solitary but will mix with others if encouraged to do so

2 = Never sociable even when encouraged to be so

 50**RATE TIME OF ONSET**1 = \leq 1 week2 = $>$ 1 week \leq 3 months3 = $>$ 3 months \leq 1 year4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No withdrawal

 51**RATE INFORMANT'S DISTRESS**

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No withdrawal

 52

B3.**Slowness****Q: In the last (time/period) . . . was S slow in his/her movements and activities?****Did S take a long time to get dressed?****Eat a meal? Do the washing, etc?****Was S so slow that he/she was dangerous?****RATE PATIENT'S SLOWNESS**

0 = None

1 = Takes exceptionally long time to accomplish tasks

2 = Extreme slowness likely to cause danger to self or others

 53**RATE TIME OF ONSET**1 = \leq 1 week2 = $>$ 1 week \leq 3 months3 = $>$ 3 months \leq 1 year4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No slowness

 54**RATE INFORMANT'S DISTRESS**

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No slowness

 55**B4.****Forgetfulness****Q: In the last (time/period) . . . did S have difficulty in remembering everyday things?****Did S forget where he/she had put things like keys, money?****Did S forget he/she had done things that could cause damage, e.g. forget he/she had started to cook something?****Did S forget his/her way home?****RATE PATIENT'S FORGETFULNESS**

0 = None or infrequent

1 = Definable lapses of memory

2 = So forgetful that cannot be trusted to do anything alone, e.g. cooking, shopping, travelling

 56**RATE TIME OF ONSET**1 = \leq 1 week2 = $>$ 1 week \leq 3 months3 = $>$ 3 months \leq 1 year4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No forgetfulness

 57**RATE INFORMANT'S DISTRESS**

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No forgetfulness

 58

B5.

Underactivity

Q: In the last (time/period) . . . did S tend to do very little?

Did S sit still in one place for long periods of time?

Did S lie on his/her bed for long periods of time?

Did S spend most of his/her time doing nothing?

Would S join in some activity if you suggested it?

RATE PATIENT'S UNDERACTIVITY

0 = Keeps active most of the time without encouragement

1 = Definable underactivity but responds to encouragement to do things

2 = Extreme underactivity, spends most of time doing nothing and does not respond to encouragement to do things

59

RATE TIME OF ONSET

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No underactivity

60

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No underactivity

61

B6.

Overdependence

Q: In the last (time/period) . . . did S cling to you or follow you around?

If you went out of the room did S follow you?

Was S unwilling to be left alone?

Did S refuse to be left alone even for short periods of time?

RATE PATIENT'S OVERDEPENDENCE

0 = Normally independent

1 = Follows others around for some of the time

2 = Will not remain on own even for a few minutes

62

RATE TIME OF ONSET

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No overdependence

63

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No overdependence

64

B7.

Indecisiveness

Q: In the last (time/period) . . . did S find it difficult to make up his/her mind?

Did he/she tend to put off deciding about things?

Did he/she have difficulty deciding what to wear or whether to go out or stay at home? What to eat?

Was S so undecided about what to do that he/she didn't do things, e.g. didn't go to work because he/she could not decide what to wear?

RATE PATIENT'S INDECISIVENESS

0 = None

1 = Some

2 = So indecisive and unable to make up his/her mind that other activities severely impaired

65

RATE TIME OF ONSET

1 = ≤ 1 week

2 = > 1 week ≤ 3 months

3 = > 3 months ≤ 1 year

4 = > 1 year

5 = 'always'

9 = No indecisiveness

66

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No indecisiveness

67

B8.

Worry

Q: In the last (time/period) . . . did S find everyday events very worrying or anxiety provoking?

Did S worry about going out and meeting friends?

Did S find minor problems at work extremely worrying?

Did S worry that something terrible was going to happen to him/her or others?

Did S worry about these difficulties all the time?

Did S try to stop others doing things, e.g. stop children going out because he/she was worried something terrible would happen to them?

RATE PATIENT'S WORRY

0 = None

1 = Some worries but not totally preoccupied by them

2 = Extreme. Constantly concerned with worries or tries to change others' behaviour because of worries

68

RATE TIME OF ONSET

1 = ≤ 1 week

2 = > 1 week ≤ 3 months

3 = > 3 months ≤ 1 year

4 = > 1 year

5 = 'always'

9 = No worry

69

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No worry

70

B9.

Fear

Q: In the last (time/period) . . . did S have any unusual fears?

Was S frightened of going out?

Was S frightened of being in an enclosed space?

Was S unusually frightened of animals or insects?

Was S so frightened that he/she avoided going out?

Avoided going in, e.g., lifts? Went to great lengths to avoid animals or insects?

RATE PATIENT'S FEAR

0 = None or very little

1 = Some unusual fears but no serious curtailment of activity

2 = Fears so extreme that situation which provokes them is totally avoided

71

RATE TIME OF ONSET

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No fear

72

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No fear

73

B10.

Obsessionality

Q: In the last (time/period) . . . was S very finicky or fussy about doing things in a particular way?

Did S have a routine of doing things only in a certain way?

Did S keep checking that certain things had been done, e.g. that the door was locked? Did S do things over and over again, e.g. washing his/her hands?

Was S unable to do other things as a result of this behaviour? e.g. was he/she unable to go to work because he/she kept checking the front door was locked?

RATE PATIENT'S OBSESSIONALITY

0 = None

1 = Some obsessional behaviour but no serious curtailment of other activities

2 = Extreme obsessional behaviour seriously curtailing other activities

74

RATE TIME OF ONSET

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No obsessionality

75

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No obsessionality

76

B11.

Odd ideas

Q: In the last (time/period) . . . did S express any strange or unusual ideas?
 Did S say that people were against him/her or wanted to harm him/her or were talking about him/her?
 Did S accuse you or anybody else of plotting against him/her?
 Was S unreasonably jealous of you or anybody else?
 Did S ever say that he/she heard voices or saw things that weren't, in fact, there?
 Did S think he/she had a serious physical illness for which there was no good evidence?
 Was S totally preoccupied with these ideas?
 Was S, in fact, totally out of touch with reality?

RATE PATIENT'S ODD IDEAS

0 = None
 1 = Some odd/strange ideas but not totally preoccupying 77
 2 = Extremely odd/strange ideas, only minimal contact with reality

RATE TIME OF ONSET

1 = ≤ 1 week
 2 = > 1 week ≤ 3 months
 3 = > 3 months ≤ 1 year
 4 = > 1 year
 5 = 'always'
 9 = No odd ideas 78

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None
 1 = Moderate
 2 = Severe
 3 = Resignation
 9 = No odd ideas 79

B12.

Overactivity

(Card 2: Identifiers 1-10)

Q: In the last (time/period) . . . was S unusually cheerful, excited or agitated?
 Was he/she noisy? Did he/she shout a lot?
 Did he/she talk incessantly?
 Was he/she restless? Unable to sit through a meal?
 Was he/she getting up at night and doing things that are usually daytime activities, e.g. cleaning the house?
 If you tried to stop him/her from being so active, would he/she respond to your efforts?

RATE PATIENT'S OVERACTIVITY

0 = None
 1 = Behaviour definably overactive but responds to efforts to control it
 2 = Uncontrollable by others or controllable but overactive mostly at inconvenient time, e.g. at night 11

RATE TIME OF ONSET

1 = ≤ 1 week
 2 = > 1 week ≤ 3 months
 3 = > 3 months ≤ 1 year
 4 = > 1 year
 5 = 'always'
 9 = No overactivity 12

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None
 1 = Moderate
 2 = Severe
 3 = Resignation
 9 = No overactivity 13

B13.

Unpredictability

- Q: In the last (time/period) . . . did S say or do anything that was completely out of character?**
Did he/she do something quite unexpected?
Did he/she say something quite unexpected?
- Did you never know what he/she was going to say or do next?
Did you think that S might suddenly do or say something which could have serious consequences?

RATE PATIENT'S UNPREDICTABILITY

- 0 = None or some occasionally
1 = Some unpredictability but not leading to doubts about fitness for responsibilities
2 = Extreme unpredictability likely to have serious consequences for self or others
- 14

RATE TIME OF ONSET

- 1 = \leq 1 week
2 = $>$ 1 week \leq 3 months
3 = $>$ 3 months \leq 1 year
4 = $>$ 1 year
5 = 'always'
9 = No unpredictability
- 15

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = No unpredictability
- 16

B14.

Irritability

- Q: In the last (time/period) . . . was S irritable?**
Was he/she snappy?
Did he/she pick on other people?
Was he/she quarrelsome?
Was he/she short-tempered (with the children)?
- Was he/she like this all the time?
If you tried to change his/her mood, would he/she become less irritable?

RATE PATIENT'S IRRITABILITY

- 0 = None or very occasional
1 = Often irritable but responds to attempts by others to change his/her mood
2 = Always snappy and bad tempered with family (even if polite to outsiders)
- 17

RATE TIME OF ONSET

- 1 = \leq 1 week
2 = $>$ 1 week \leq 3 months
3 = $>$ 3 months \leq 1 year
4 = $>$ 1 year
5 = 'always'
9 = No irritability
- 18

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = No irritability
- 19

B15.

Rudeness

**Q: In the last (time/period) . . . was S rude or inconsiderate to you or to friends or relatives?
Was S bad-mannered when people came to visit or when you went to see other people?**

If you pointed out to S that his/her behaviour was rude and inconsiderate, would he/she apologise or try to be more polite?

RATE PATIENT'S RUDENESS

- 0 = None
1 = Bad-mannered and inconsiderate but responds to attempts to change behaviour 20
2 = Extremely rude, no response to attempts to change behaviour

RATE TIME OF ONSET

- 1 = ≤ 1 week
2 = > 1 week ≤ 3 months
3 = > 3 months ≤ 1 year
4 = > 1 year
5 = 'always'
9 = No rudeness 21

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = No rudeness 22

B16.

Violence

**Q: In the last (time/period) . . . was S threatening or abusive towards you or anyone else?
Did S make verbal attacks on you or anyone else?**

**Did S break furniture or damage the house in a violent outburst?
Did S hit you or anybody else?**

RATE PATIENT'S VIOLENCE

- 0 = None
1 = Threatening in manner and/or verbally abusive but did not strike anybody or cause damage to property 23
2 = Hit person or destroyed property (e.g. broke chair, window) on at least one occasion

RATE TIME OF ONSET

- 1 = ≤ 1 week
2 = > 1 week ≤ 3 months
3 = > 3 months ≤ 1 year
4 = > 1 year
5 = 'always'
9 = No violence 24

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = No violence 25

B17.

Parasuicide

**Q: In the last (time/period) . . . did S talk about taking his/her life?
Did S say he/she would take an overdose, slash his/her wrists, etc?**

Did S deliberately harm him/herself, e.g. by an overdose, slashing wrists, trying to gas him/herself?

RATE PATIENT'S PARASUICIDE

- 0 = None
1 = Threatened to deliberately harm self, but no attempt made
2 = Deliberately harmed self
- 26

RATE TIME OF ONSET

- 1 = \leq 1 week
2 = $>$ 1 week \leq 3 months
3 = $>$ 3 months \leq 1 year
4 = $>$ 1 year
5 = 'always'
9 = No parasuicide
- 27

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = No parasuicide
- 28

B18.

Offensive behaviour

Q: In the last (time/period) . . . did S behave in a way that offended other people?

Did he/she make open sexual advances to friends or relatives?

Did he/she undress in public?

Did he/she expose him/herself in public?

Did this happen more than once?

RATE PATIENT'S OFFENSIVE BEHAVIOUR

- 0 = None
1 = Offensive behaviour on one occasion
2 = Offensive behaviour on more than one occasion
- 29

RATE TIME OF ONSET

- 1 = \leq 1 week
2 = $>$ 1 week \leq 3 months
3 = $>$ 3 months \leq 1 year
4 = $>$ 1 year
5 = 'always'
9 = No offensive behaviour
- 30

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = No offensive behaviour
- 31

B19.

Heavy drinking

Q: In the last (time/period) . . . did S drink heavily?

Did S's drinking make it difficult for him/her to concentrate, or make life difficult for S in other ways?

Did S's drinking get him/her into trouble, e.g. at work, or with the police, or seriously damage his/her health?

RATE PATIENT'S HEAVY DRINKING

0 = None

1 = Some, leading to curtailment or impairment of activities

2 = Extreme, leading to social problems, or damage to health

32

RATE TIME OF ONSET

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No heavy drinking

33

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No heavy drinking

34

B20.

Self-neglect

Q: In the last (time/period) . . . did S fail to look after him/herself?

Did S keep him/herself clean and tidy?

Was S eating properly?

Did S take care of him/herself if others suggested he/she should?

Did S eat if somebody else prepared the food and suggested he/she should eat it?

RATE PATIENT'S SELF-NEGLECT

0 = None

1 = Needs guidance and supervision to prevent self-neglect

2 = Neglects self despite efforts of others

35

RATE TIME OF ONSET

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No self-neglect

36

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No self-neglect

37

B21. Complaints about bodily aches and pains

Q: In the last (time/period) . . . did S look for sympathy about aches and pains?
Did he/she complain of tiredness or other bodily ills?

How often did S complain in this way?

RATE PATIENT'S BODILY ACHES AND PAINS

0 = None

1 = Complained about bodily ills frequently but not every day

2 = Complained about bodily ills on most days

38

RATE TIME OF ONSET

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No bodily aches and pains

39

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No bodily aches and pains

40

B22. Odd behaviour

Q: In the last (time/period) . . . other than the things you have told me about, did S do anything that was odd or unusual?

Did S walk along the street muttering to him/herself?

Did S rummage in rubbish bins in the street?

Did S dress in a bizarre fashion?

How often did S behave like this?

RATE PATIENT'S ODD BEHAVIOUR

0 = None

1 = Some occasional odd behaviour

2 = Most of S's behaviour is idiosyncratic or bizarre

41

RATE TIME OF ONSET

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = No odd behaviour

42

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = No odd behaviour

43

Section C – Patient's social performance

1. Household tasks
2. Household management
3. Child care
4. Interest in child
5. Child discipline
6. Spare time activities
7. Informant-patient relationship
 - Everyday conversation
8. – Support
9. – Affection/friendliness
10. Sexual relationship
11. Work/study
12. Decision making

I would now like to ask you some more general questions about how S was getting on in the last (time/period) . . . What kind of help he/she was given around the house, how he/she was getting on at work, his/her relationship with you and other people – that sort of thing.

NOTES FOR INTERVIEWER

The following questions are asked for onset and distress ratings throughout this section whenever there is a rating other than 0 for a social performance item.

ONSET: How long is it since S started to . . . ?
(Mention changed social performance item, e.g. did less about the house.)

DISTRESS: (If informant expresses no distress):
Why is that? Did you think it was not S's job? (If yes, rate 4)

(If informant expresses no distress and social performance item rated as present for at least a year, add):
Or have you just got used to it? (If yes, rate 3)

(If informant expresses some distress):
Did you feel you couldn't stand S . . .
(give example, e.g. doing nothing about the house) for much longer?
That you would have to leave home or it would make you ill? (If yes, rate 2)

(For other expressions of distress, rate 1)

See Manual for rating instructions

C1.

Household tasks

Q: In the last (time/period) . . . did S do any household tasks?

Did he/she do the shopping, cooking, cleaning?

Did he/she need to be reminded to do cooking, cleaning etc?

Did he/she do the shopping, cooking, cleaning, regularly?

Did he/she just do the (mention task, e.g. washing-up) and nothing else?

RATE PATIENT'S PERFORMANCE OF HOUSEHOLD TASKS

0 = Takes major part in performing household tasks; does cooking, shopping, cleaning, gardening, etc. regularly and without prompting

1 = Takes some part in household tasks; does tasks occasionally or does only minor tasks regularly or needs prompting to do household tasks

2 = Never does any household tasks

59

(If rating 59 is 0, rate 9 in boxes 60-62)

C1.

Household tasks (cont'd)

Q: In the last (time/period) . . . was S doing the same amount about the house as he/she did before his/her trouble began? Was he/she doing less/more?

RATE CHANGE IN PATIENT'S PERFORMANCE OF HOUSEHOLD TASKS

0 = Same

1 = Somewhat less

2 = Much less

3 = Somewhat more

4 = Much more

9 = Not applicable

60

RATE ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S PERFORMANCE OF HOUSEHOLD TASKS

1 = ≤ 1 week

2 = > 1 week ≤ 3 months

3 = > 3 months ≤ 1 year

4 = > 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

61

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

4 = Role inappropriate

9 = Not applicable

62

C2.

Household management

Q: In the last (time/period) . . . did S take any part in the general running of the house?

- Did he/she pay the bills?
- Did he/she see the landlord about any problems?
- Did he/she arrange to get repairs done?
- Did S regularly pay bills, etc?

RATE PATIENT'S HOUSEHOLD MANAGEMENT

- 0 = Plays a major part in running the house
- 1 = Plays some part in running the house, i.e. occasionally pays bills, sees to problems
- 2 = Never plays any part in running the house

63

(If rating 63 is 0, rate 9 in boxes 64-66)

C2.

Household management (cont'd)

Q: In the last (time/period) . . . has S been playing the same part in running the house as he/she did before his/her trouble began?

RATE CHANGE IN PATIENT'S HOUSEHOLD MANAGEMENT

- 0 = Same
- 1 = Somewhat less
- 2 = Much less
- 3 = Somewhat more
- 4 = Much more
- 9 = Not applicable

64

RATE TIME OF ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S PERFORMANCE OF HOUSEHOLD MANAGEMENT

- 1 = ≤ 1 week
- 2 = > 1 week ≤ 3 months
- 3 = > 3 months ≤ 1 year
- 4 = > 1 year
- 5 = 'always'
- 9 = Not applicable

65

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
- 1 = Moderate
- 2 = Severe
- 3 = Resignation
- 4 = Role inappropriate
- 9 = Not applicable

66

C3.

Child care

(Ask only if S is responsible for child/children under school leaving age)

Q: In the last (time/period) . . . did S look after the children?

Did he/she change the baby's nappy?

Did he/she dress the child?

Did he/she put the child to bed?

Did he/she get the child's meals?

Did he/she make sure the child didn't do anything dangerous?

Did he/she see the child's school over any problems?

Did he/she take the child to the doctor or dentist if necessary?

Did S look after the child/children regularly?

Did he/she do a number of things for the child or only one or two?

RATE PATIENT'S CHILD CARE

0 = Plays a major part in looking after the child; regularly puts child to bed, gets child's meals, etc.

1 = Plays some part in looking after the child; occasionally or irregularly does tasks for child

2 = Never plays any part in looking after child

67

(If rating 67 is 0, rate 9 in boxes 68-70)

C3.

Child care (cont'd)

Q: In the last (time/period) . . . was S doing the same amount for the child/children as he/she did before his/her trouble began?

Was he/she doing less/more?

RATE CHANGE IN PATIENT'S CHILD CARE

0 = Same

1 = Somewhat less

2 = Much less

3 = Somewhat more

4 = Much more

9 = Not applicable

68

RATE ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S PERFORMANCE OF CHILD CARE

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

69

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

4 = Role inappropriate

9 = Not applicable

70

C4.

Interest in child

(Ask only if S is responsible for child/children under school leaving age)

Q: In the last (time/period) . . . was S interested in the child/children?

Was he/she interested in what they were doing?

Did he/she play with the child/children?

Did he/she read the child/children stories?

Did he/she help with homework?

Was he/she interested in what child/children were doing in their spare time?

Was he/she interested in the child's/children's problems?

Was S interested in the child/children all the time?

Or only from time to time?

RATE PATIENT'S INTEREST IN CHILD

0 = Regularly takes an interest in child/children

1 = Takes occasional or irregular interest in child/children

2 = Takes no interest in children

71

(If rating 71 is 0, rate 9 in boxes 72-74)

C4.

Interest in child (cont'd)

Q: In the last (time/period) . . . was S taking the same interest in the child/children as before his/her trouble began?

Was he/she taking less/more interest?

RATE CHANGE IN PATIENT'S INTEREST IN CHILD/CHILDREN

0 = Same

1 = Somewhat less

2 = Much less

3 = Somewhat more

4 = Much more

9 = Not applicable

72

RATE ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S INTEREST IN CHILD/CHILDREN

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

73

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

4 = Role inappropriate

9 = Not applicable

74

C5.

Child discipline

(Ask only if S responsible for child/children under school age)

**Q: In the last (time/period) . . . did S tell child/children off when he/she/they were naughty?
Did he/she punish child/children if he/she/they did something wrong?**

**Was S excessively strict with child/children
Did he/she hit the children?**

RATE PATIENT'S CHILD DISCIPLINE

- 0 = Plays major part in disciplining child/children and uses appropriate methods
1 = Plays some part in disciplining child; occasionally disciplines child and uses appropriate methods
2 = Never disciplines child or uses inappropriate methods

75

(If rating 75 is 0, rate 9 in boxes 76-78)

C5.

Child discipline (cont'd)

**Q: In the last (time/period) . . . was S playing the same part in disciplining the child/children as he/she did before his/her trouble began?
Was he/she doing less/more?**

RATE CHANGE IN PATIENT'S CHILD DISCIPLINE

- 0 = Same
1 = Somewhat less
2 = Much less
3 = Somewhat more
4 = Much more
9 = Not applicable

76

RATE TIME OF ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S CHILD DISCIPLINE

- 1 = \leq 1 week
2 = $>$ 1 week \leq 3 months
3 = $>$ 3 months \leq 1 year
4 = $>$ 1 year
5 = 'always'
9 = Not applicable

77

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
4 = Role inappropriate
9 = Not applicable

78

C6.

Spare time activities

(Card 3 Identifiers 1-10)

Q: In the last (time/period) . . . did S do anything in his/her spare time?
 Did he/she go out and visit friends? Or have friends in?
 Did he/she go to any meetings or activities organised by church/local political party/local organisations/sports club?
 Did he/she have any hobbies?
 Did he/she read, listen to music?
 Did S regularly (mention the activities described by the informant) . . . ?
 Did S keep him/herself busy of his/her own accord or did he/she need encouragement to keep up activities and hobbies?

RATE PATIENT'S SPARE TIME ACTIVITIES

- 0 = Regular spare time activities without prompting from others
- 1 = Some spare time activities; sometimes needs prompting from others 11
- 2 = None – even if encouraged

(If rating 11 is 0, rate 9 in boxes 12-14)

C6.

Spare time activities (cont'd)

Q: In the last (time/period) . . . was S doing the same amount in his/her spare time as he/she did before his/her trouble began?
 Was he/she doing less/more?

RATE CHANGE IN PATIENT'S SPARE TIME ACTIVITIES

- 0 = Same
- 1 = Somewhat less
- 2 = Much less
- 3 = Somewhat more
- 4 = Much more
- 9 = Not applicable 12

RATE TIME OF ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S SPARE TIME ACTIVITIES

- 1 = ≤ 1 week
- 2 = > 1 week ≤ 3 months
- 3 = > 3 months ≤ 1 year
- 4 = > 1 year
- 5 = 'always'
- 9 = Not applicable 13

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
- 1 = Moderate
- 2 = Severe
- 3 = Resignation
- 4 = Role inappropriate
- 9 = Not applicable 14

**C7. Informant-patient relationship:
everyday conversation**

**Q: In the last (time/period) . . . did S chat to you about everyday things?
Did he/she talk about what happened at work, about the children, about what's in the
newspapers/on the news, about local events?**

**In the last (time/period) . . . was S reasonably willing to chat about everyday events or did
he/she need encouragement to do so?**

RATE PATIENT'S EVERYDAY CONVERSATION

0 = Regular everyday chat, whenever informant and S together; no
encouragement necessary

1 = Irregular; S needs encouragement

2 = Rarely even with encouragement

15

(If rating 15 is 0, rate 9 in boxes 16-18)

C7. everyday conversation (cont'd)

**Q: In the last (time/period) . . . did S chat to you as much as he/she did before his/her trouble
began?**

RATE CHANGE IN PATIENT'S EVERYDAY CONVERSATION

0 = Same

1 = Somewhat less

2 = Much less

3 = Somewhat more

4 = Much more

9 = Not applicable

16

RATE TIME OF ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S EVERYDAY CONVERSATION

1 = ≤ 1 week

2 = > 1 week ≤ 3 months

3 = > 3 months ≤ 1 year

4 = > 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

17

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

4 = Role inappropriate

9 = Not applicable

18

C8. Informant-patient relationship: support

Q: In the last (time/period) . . . were you able to discuss problems or worries with S?
Did he/she listen sympathetically to your worries?
Did he/she give advice or help?
Did he/she respond easily to your worries or was he/she unwilling to do so?

RATE PATIENT'S SUPPORT

- 0 = Usually responds in a supportive manner to others
1 = Some evidence of unwillingness to give support to others
2 = Never gives support when asked

19

(Rate 2 if Informant never asked S for help because he/she thought S would not be able to help or cope. If rating 19 is 0, rate 9 in boxes 20–22.)

C8. support (cont'd)

Q: In the last (time/period) . . . did S give you as much support as he/she used to give before his/her trouble began?

RATE CHANGE IN PATIENT'S SUPPORT

- 0 = Same
1 = Somewhat less
2 = Much less
3 = Somewhat more
4 = Much more
9 = Not applicable

20

RATE TIME OF ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S SUPPORT

- 1 = ≤ 1 week
2 = > 1 week ≤ 3 months
3 = > 3 months ≤ 1 year
4 = > 1 year
5 = 'always'
9 = Not applicable

21

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
4 = Role inappropriate
9 = Not applicable

22

C9.

Informant-patient relationships: affection and friendliness

Q: *(Ask of relative)*

In the last (time/period) . . . was S (loving) warm and affectionate towards you?

(Ask of non-relative)

In the last (time/period) . . . was S friendly and warm towards you?

Was S warm and friendly/affectionate all the time?

If S was cold and hostile did he/she respond to you when you were friendly/affectionate?

RATE PATIENT'S AFFECTION/FRIENDLINESS

0 = Relationship characterised by affection or friendliness

1 = Some evidence of hostility or unfriendliness but responds to friendly/affectionate advances

2 = No affection/friendliness

23

(If rating 23 is 0, rate 9 in boxes 24-26)

C9.

affection and friendliness (cont'd)

Q: In the last (time/period) . . . was S as affectionate/friendly as before his/her trouble began?

Was he/she more/less affectionate/friendly?

RATE CHANGE IN PATIENT'S AFFECTION/FRIENDLINESS

0 = Same

1 = Somewhat less

2 = Much less

3 = Somewhat more

4 = Much more

9 = Not applicable

24

RATE TIME OF ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S AFFECTION/FRIENDLINESS

1 = ≤ 1 week

2 = > 1 week ≤ 3 months

3 = > 3 months ≤ 1 year

4 = > 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

25

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

4 = Role inappropriate

9 = Not applicable

26

C10.

Sexual relationship

(Only to be asked of S's sexual partner)

**Q: In the last (time/period) . . . was S interested in your sexual relationship?
Was he/she concerned about your responses and enjoyment?**

Would he/she take notice if you tried to get him/her to respond to your needs?

RATE PATIENT'S SEXUAL RELATIONSHIP

0 = Interested and considerate

1 = Some evidence of overdemandingness/lack of interest but responds to other's needs

2 = Extremely overdemanding/uninterested/inconsiderate or does not respond to other's needs

27

(If rating 27 is 0, rate 9 in boxes 28-30)

C10.

Sexual relationship (cont'd)

(Only to be asked of S's sexual partner)

Q: In the last (time/period) . . . was S's interest in your sexual relationship the same as before his/her trouble began?

Was he/she less/more interested in your sexual relationship and your responses?

RATE CHANGE IN PATIENT'S SEXUAL RELATIONSHIP

0 = Same

1 = Somewhat less

2 = Much less

3 = Somewhat more

4 = Much more

9 = Not applicable

28

RATE TIME OF ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S SEXUAL RELATIONSHIP

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

29

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

4 = Role inappropriate

9 = Not applicable

30

C11.

Work/study

(Only to be asked if S working/studying)

Q: In the last (time/period) . . . was S having difficulties with work/studying?

Did he/she tell you that it was too difficult?

Did he/she say he/she couldn't concentrate?

Did he/she complain of not being able to get work done on time?

Did he/she say that others had complained of his/her inefficiency?

Did he/she go to work late, come home early or not go out at all?

RATE PATIENT'S WORK/STUDY

0 = No evidence of problems

1 = Some difficulties but goes to work/studies every working day

2 = Goes to work irregularly or gives up work/study altogether

31

(If rating 31 is 0, rate 9 in boxes 32-34)

C11.

Work/study (cont'd)

Q: In the last (time/period) . . . was S getting on at work in the same way as before his/her trouble began?

Did he/she seem to be getting on worse/better?

RATE CHANGE IN PATIENT'S WORK/STUDYING

0 = Same

1 = Somewhat less

2 = Much less

3 = Somewhat more

4 = Much more

9 = Not applicable

32

RATE TIME OF ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S WORK/STUDY

1 = ≤ 1 week

2 = > 1 week ≤ 3 months

3 = > 3 months ≤ 1 year

4 = > 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

33

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

4 = Role inappropriate

9 = Not applicable

34

C12.

Decision making

(Ask only for adult patients who live in same household as informant)

Q: You've told me about what S did about the house, in his/her spare time, at work, etc, but in the last (time/period) . . . who actually decided how things were done?

Who decided that you needed to buy something?

Who decided where you went if you went out?

Who decided what time the children should go to bed and how much pocket money they should have?

Did S join in these decisions?

Did he/she join in always or only occasionally?

RATE PATIENT'S DECISION MAKING

0 = Joins in decision making on regular basis

1 = Occasionally joins in decision making but leaves most decisions to others

2 = Never joins in decision making

35

(If rating 35 is 0, rate 9 in boxes 36-38)

C12.

Decision making (cont'd)

Q: In the last (time/period) . . . did S play the same part in making decisions as he/she played before his/her trouble began?

Did he/she take less/more part?

RATE CHANGE IN PATIENT'S DECISION MAKING

0 = Same

1 = Somewhat less

2 = Much less

3 = Somewhat more

4 = Much more

9 = Not applicable

36

RATE TIME OF ONSET OF CHANGE IN PATIENT'S DECISION MAKING

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

37

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

4 = Role inappropriate

9 = Not applicable

38

Section D – Adverse effects on others

I Child under school-leaving age

1. Physical ill health
2. Emotional ill health
3. Disturbed behaviour
4. Relationship with patient
5. Time away from home
6. Contact with friends
7. Loss of schooling
8. School performance

II Informant

9. Physical ill health
10. Emotional ill health
11. Social life
12. Leisure time
13. Disposable income
14. Work/educational performance
15. Time off work/study
16. Disruption of informant's life

III Other adults (excluding informant)

17. Household relationships
18. Disruption of others' lives

I would now like to ask you a few questions about yourself and everyone else in the household. I'm interested to hear about any problems you've been having, and if you think these have been connected in any way with S's trouble. I'd like to concentrate once again on what's been happening over the past . . . weeks/months.

Let's talk about the child/children first of all:

NOTES FOR INTERVIEWER

1. Questions D1 to D8 should be asked if there is at least one child under school-leaving age living in the household. Any child should be assessed and in each case the worst effects present should be rated.

2. The following questions are used for 'distress' ratings throughout this section wherever an adverse effect is reported:

How did you feel about . . . ? (*mention effect reported*)

Were you upset/annoyed/distressed/worried/disturbed by it?

(*If the informant expresses no distress and the adverse effect has been present for at least a year, ask:*)

Why is that? Have you just got used to it?

(*If yes, rate 3*)

(*If informant expresses some distress, ask:*)

Did you feel you couldn't stand . . . (*mention adverse effect*) for much longer? That you would have had to leave home or that it would make you ill?

(*If yes, rate 2*)

(*For other expressions of distress, rate 1*)

See Manual for rating instructions

3. *Patient Relatedness*

If onset of adverse effect *predates* onset of S's trouble, yet informant claims that the adverse effect is patient-related, probe closely for reasons.

Information usually obtained before interview

Patient:

SEX

- 1 = Male
2 = Female

11

AGE years

12, 13

MARITAL STATUS

- 1 = Married or cohabiting
2 = Single

- 3 = Widowed
4 = Separated or divorced

14

OCCUPATION

15

HOUSEHOLD CIRCUMSTANCES

- 1 = Living with spouse
2 = Living with one or both parents
3 = Living with child

- 4 = Living with other relative/friend
(specify)
5 = Living alone
6 = No fixed abode, in hospital,
in hotel or in other institution

16

CLINICAL DIAGNOSIS

17, 18, 19

Information usually obtained before interview (cont'd)

Informant:

RELATIONSHIP TO PATIENT

- 0 = Spouse
1 = Parent
2 = Child

- 3 = Other relative
4 = Friend/neighbour (specify)
5 = Other (specify)

20

SEX

- 1 = Male
2 = Female

21

LIVES IN THE SAME HOUSEHOLD AS PATIENT

- 0 = No
1 = Yes

22

D1-8

Child under school-leaving age

D1.

Child's physical ill health

- Q: In the last (time/period) . . . has child/children suffered from poor physical health?
Has he/she/they had any childhood diseases?
Has he/she/they had any eating problems, sleeping problems, weight problems or any other physical ailments?
Did you take the child/children to the doctor about these problems?
Was the child/children already receiving treatment for these problems?

RATE CHILD'S PHYSICAL ILL HEALTH

- 0 = None
1 = Some but no treatment sought
2 = Some treatment sought or in progress

51

(If rating 51 is 0, rate 9 in boxes 52-54)

RATE ONSET OF CHILD'S PHYSICAL ILL HEALTH

- 1 = \leq 1 week
2 = $>$ 1 week \leq 3 months
3 = $>$ 3 months \leq 1 year

- 4 = \leq 1 year
5 = 'always'
9 = Not applicable

52

D1.

Child's physical ill health (cont'd)

- Q: Do you think that these problems had anything to do with S's trouble? In what way? (Specify)

RATE PATIENT-RELATEDNESS

- 0 = None
1 = Possible

- 2 = Definitely
9 = Not applicable

53

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe

- 3 = Resignation
9 = Not applicable

54

D2.

Child's emotional ill health

- Q: In the last (time/period) . . . has child/children suffered any emotional upset?
Has he/she/they been crying a lot?
Has he/she/they been upset and miserable?
Has he/she/they been angry and irritable?
Has he/she/they been worried, fretful or anxious?
(Only ask if child over 5 years) Has he/she/they been unable to concentrate?
(Only ask if child between 5 and 10 years)
Has he/she/they suffered from bed-wetting or lack of bowel control?
Did you take the child/children to the doctor about these problems?

D2.

Child's emotional ill health (cont'd)

RATE CHILD'S EMOTIONAL ILL HEALTH

- 0 = None
1 = Some, but no treatment sought
2 = Some; treatment sought or already in progress

55

(If rating 55 is 0, rate 9 in boxes 56–58)

Q: How long has child/children been like this?

RATE ONSET OF CHILD'S EMOTIONAL ILL HEALTH

- 1 = ≤ 1 week
2 = > 1 week ≤ 3 months
3 = > 3 months ≤ 1 year
4 = > 1 year
5 = 'always'
9 = Not applicable

56

**Q: Do you think that these problems had anything to do with S's trouble?
In what way? (specify) . . .**

RATE PATIENT-RELATEDNESS

- 0 = No
1 = Possibly
2 = Definitely
9 = Not applicable

57

D2.

Child's emotional ill health (cont'd)

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = Not applicable

58

D3.

Child's disturbed behaviour

Q: In the last (time/period) . . . have there been any other problems about the way the child/children have been behaving?

Has he/she/they been very naughty?

Has he/she/they been dependent and clinging?

Did he/she/they refuse to go to school?

Was he/she/they frightened of going to school?

Was he/she/they odd or strange in any way?

Was he/she/they withdrawn?

Did you take the child to the doctor or ask advice from the school, a health visitor or a social worker about these problems?

Was the child/children already seeing somebody about these problems?

RATE CHILD'S DISTURBED BEHAVIOUR

- 0 = No problems
1 = Some, but no advice or help sought
2 = Some; advice or help sought or in progress

59

(If rating 59 is 0, rate 9 in boxes 60–62)

D3.

Child's disturbed behaviour (cont'd)

Q: How long has child/children been like this?

RATE ONSET OF CHILD'S DISTURBED BEHAVIOUR

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

60

Q: Do you think these problems had anything to do with S's trouble?

In what way?

(Specify) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

0 = No

1 = Possibly

2 = Definitely

9 = Not applicable

61

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = Not applicable

62

D4.

Child's relationship with patient

Q: In the last (time/period) . . . how has/have child/children been getting on with S?

Did he/she/they go to S for help, affection or advice?

Were he/she/they frightened of S?

Did he/she/they try to keep out of S's way?

Did you try to keep him/her/them away from S?

RATE CHILD'S RELATIONSHIP WITH S

0 = No fear or avoidance

1 = Some avoidance or fear

2 = Children try to avoid S completely and/or children are kept out of S's way

63

(If rating 63 is 0, rate 9 in boxes 64-66)

Q: How long has child/children been avoiding/been frightened of S in this way?

RATE ONSET OF CHILD'S AVOIDANCE

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

64

D4. Child's relationship with patient (cont'd)

Q: Do you think this had anything to do with S's trouble? In what way?
(Specify) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

0 = No
1 = Possibly

2 = Definitely
9 = Not applicable

65

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None
1 = Moderate
2 = Severe

3 = Resignation
9 = Not applicable

66

D5. Child's time away from home

Q: In the last (time/period) . . . has child/children spent any time away from home?
Did he/she/they go and stay with friends or relatives?
Did he/she/they have meals with friends or relatives?
Or spend the day with them?
How long was child/children away?

RATE TIME AWAY FROM HOME

0 = None or only odd meals
1 = Spends at least one night away in period and/or goes to others for large parts of each day
2 = Spends one week or more away in period

67

(If rating 67 is 0, rate 9 in boxes 68–70)

Q: When did child/children first start to go away like this?

RATE ONSET OF CHILD'S TIME AWAY FROM HOME

1 = \leq 1 week
2 = $>$ 1 week \leq 3 months
3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year
5 = 'always'
9 = Not applicable

68

D5. Child's time away from home (cont'd)

Q: Do you think this has anything to do with S's trouble? In what way?
(Specify) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

0 = No
1 = Possibly

2 = Definitely
9 = Not applicable

69

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None
1 = Moderate
2 = Severe

3 = Resignation
9 = Not applicable

70

D6. Child's contact with friends

Q: In the last (time/period) . . . did child/children see his/her/their friends?
Did he/she/they go out to visit friends?

RATE CHILD'S CONTACT WITH FRIENDS

0 = Visits friends and has friends to visit
1 = Visits friends but friends do not visit or has friends to visit but does not go out to see friends
2 = No contact with friends

71

(If rating 71 is 0, rate 9 in boxes 72-74)

Q: When did child/children first begin not inviting friends home/not going to see friends?

RATE ONSET OF CHILD'S LACK OF CONTACT WITH FRIENDS

1 = \leq 1 week
2 = $>$ 1 week \leq 3 months
3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year
5 = 'always'
9 = Not applicable

72

D6. Child's contact with friends (cont'd)

Q: Do you think this has anything to do with S's trouble? In what way?
(Specify) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

0 = No
1 = Possibly

2 = Definitely
9 = Not applicable

73

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None
1 = Moderate
2 = Severe

3 = Resignation
9 = Not applicable

74

D7. Child's loss of schooling

Q: In the last (time/period) . . . did child/children stay away from school?
How many days was child/children away from school?

RATE CHILD'S LOSS OF SCHOOLING

0 = No time off
1 = Odd days off totalling less than 5 days in period
2 = Five consecutive days or more than five days in period

75

(If item 75 is rated 0, rate 9 in boxes 76-78)

Q: When did child/children first take time off school?

RATE ONSET OF CHILD'S LOSS OF SCHOOLING

1 = \leq 1 week
2 = $>$ 1 week \leq 3 months
3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year
5 = 'always'
9 = Not applicable

76

D7. Child's loss of schooling (cont'd)

**Q: Do you think that child/children's being away from school had anything to do with S's trouble?
Did you keep child/children at home to help you because of S?
(Specify) . . .**

RATE PATIENT-RELATEDNESS

0 = No
1 = Possibly
2 = Definitely
9 = Not applicable 77

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = Not applicable 78

D8. Child's school performance (Card 4: Identifiers 1-10)

**Q: In the last (time/period) . . . how was child/children getting on at school?
Was he/she/they finding the work difficult?
Was he/she/they getting low marks?
Was he/she/they playing truant or being naughty in class?
Did the school contact you about any of these problems?**

D8. Child's school performance (cont'd)

RATE CHILD'S SCHOOL PERFORMANCE

0 = No evidence of problems at school
1 = Some problems
2 = School contacts parents about child's problems at school
(If rating 11 is 0, rate 9 in boxes 12-14) 11

Q: How long has child/children had these problems at school?

RATE ONSET OF CHILD'S PROBLEMS AT SCHOOL

1 = ≤ 1 week
2 = > 1 week ≤ 3 months
3 = > 3 months ≤ 1 year
4 = > 1 year
5 = 'always'
9 = Not applicable 12

**Q: Do you think these problems have anything to do with S's trouble? In what way?
(Specify) . . .**

RATE PATIENT-RELATEDNESS

0 = No
1 = Possibly
2 = Definitely
9 = Not applicable 13

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = Not applicable 14

D9. Informant's physical ill health

- Q:** In the last (time/period) . . . how have you been feeling?
 Have you had any difficulties with your physical health?
 Have you had any illnesses?
 Have you lost your appetite?
 Have you had difficulty sleeping?
 Have you lost a lot of weight – more than 7 lbs/3 kilos?
 Have you had any headaches? Felt tired or apathetic?
 Have you been to the doctor about this ill health?
 Are you receiving any treatment for it?

 RATE INFORMANT'S ILL HEALTH

- 0 = None – no ill health
 1 = Some – but no treatment sought
 2 = Some – treatment sought or in progress

 15

(If rating 15 is 0, rate 9 in boxes 16-18)

D9. Informant's physical ill health (cont'd)

- Q:** How long have you had these problems with your health?

 RATE ONSET OF INFORMANT'S ILL HEALTH

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1 = ≤ 1 week | 4 = > 1 year |
| 2 = > 1 week ≤ 3 months | 5 = 'always' |
| 3 = > 3 months ≤ 1 year | 9 = Not applicable |

 16

- Q:** Do you think your ill health is related to S's trouble?
 Has it been caused by S's behaviour?
 (Specify) . . .

 RATE PATIENT-RELATEDNESS

- | | |
|--------------|--------------------|
| 0 = No | 2 = Definitely |
| 1 = Possibly | 9 = Not applicable |

 17

 RATE INFORMANT'S DISTRESS

- | | |
|--------------|--------------------|
| 0 = None | 3 = Resignation |
| 1 = Moderate | 9 = Not applicable |
| 2 = Severe | |

 18

D10.

Informant's emotional ill health

Q: In the last (time/period) . . . have you suffered from any emotional difficulties?

Have you had difficulty concentrating?

Have you been worrying a lot?

Have you been irritable?

Have you felt depressed and miserable, anxious and tense?

Have you been to see the doctor or anyone else about these problems?

Are you receiving any treatment for them?

RATE INFORMANT'S EMOTIONAL ILL HEALTH

0 = No problems

1 = Some problems – but no treatment sought

2 = Some problems – treatment sought or in progress

19

(If rating 19 is 0, rate 9 in boxes 20–22)

Q: How long have you had these difficulties?

RATE ONSET OF INFORMANT'S EMOTIONAL ILL HEALTH

1 = ≤ 1 week

2 = > 1 week ≤ 3 months

3 = > 3 months ≤ 1 year

4 = > 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

20

D10.

Informant's emotional ill health (cont'd)

Q: Do you think these difficulties are related to S's trouble? Have they been caused by S's behaviour?

(Specify) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

0 = No

1 = Possibly

2 = Definitely

9 = Not applicable

21

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = Not applicable

22

D11.

Informant's social life

**Q: In the last (time/period) . . . have you been seeing friends?
Have you gone out to see people?
Have you had people round to see you?**

RATE INFORMANT'S SOCIAL LIFE

- 0 = Friends/family invited and visited
1 = Some social contacts but friends not invited to house
2 = No social contact with people outside the household

23

(If rating 23 is 0, rate 9 in boxes 24–26)

Q: For how long have you not invited people to your house, not gone out at all?

RATE ONSET OF REDUCTION IN SOCIAL LIFE

- 1 = 4E 1 week
2 = > 1 week ≤ 3 months
3 = > 3 months ≤ 1 year
4 = > 1 year
5 = 'always'
9 = Not applicable

24

D11.

Informant's social life (cont'd)

**Q: Do you think that this reduction in your having people round/going out to see people is related to S's trouble? In what way?
Did you feel you couldn't leave S?
Did you not want people to come into the house because of S?
(Specify) . . .**

RATE PATIENT-RELATEDNESS

- 0 = No
1 = Possibly
2 = Definitely
9 = Not applicable

25

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = Not applicable

26

D12.

Informant's leisure time

Q: In the last (time/period) . . . have you had time to do things like read the paper, watch TV, go to any meetings you would like to?

Have you had time to do these things every day?

RATE INFORMANT'S LEISURE TIME

0 = Has some spare time every day

1 = Has spare time some days

2 = Has no spare time

27

(If rating 27 is 0, rate 9 in boxes 28-30)

Q: For how long have you only had spare time some days/had no spare time?

RATE ONSET OF INFORMANT'S LACK OF LEISURE TIME

1 = \leq 1 week

2 = $>$ 1 week \leq 3 months

3 = $>$ 3 months \leq 1 year

4 = $>$ 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

28

D12.

Informant's leisure time (cont'd)

Q: Do you think that this lack of spare time was related to S's trouble? In what way? Did you have to spend a lot of time looking after S? Did you spend so much time visiting S that you had to do household tasks in your spare time? (Specify) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

0 = No

1 = Possibly

2 = Definitely

9 = Not applicable

29

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = Not applicable

30

D13. Informant's disposable income

- Q: In the last (time/period) . . . have you had any financial problems?**
Have you had any extra expenditure or any reduction in income?
Have you had difficulty meeting your commitments?
Have you actually found it impossible to pay your bills?

RATE INFORMANT'S FINANCIAL PROBLEMS

- 0 = No financial problems
1 = Extra expenditure or reduction in income which informant finds a strain;
financial strain caused by low income
2 = Severe financial problems; informant unable to pay rent, meet debts

31

(If rating 31 is 0, rate 9 in boxes 32-34)

- Q: How long have these financial difficulties been present?**

RATE ONSET OF INFORMANT'S FINANCIAL PROBLEMS

- 1 = ≤ 1 week
2 = > 1 week ≤ 3 months
3 = > 3 months ≤ 1 year
4 = > 1 year
5 = 'always'
9 = Not applicable

32

D13. Informant's disposable income (cont'd)

- Q: Do you think these financial problems are related to S's trouble?**
For instance did S run up any debts which you had to pay off?
Has visiting S in hospital been an expense?
(Specify) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

- 0 = No
1 = Possibly
2 = Definitely
9 = Not applicable

33

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = Not applicable

34

D14. Informant's work/educational performance

- Q: In the last (time/period) . . . how have you been getting on at work/with your studies?**
Have you had difficulty concentrating at work?
Have you found your work/study too much for you?
Have others complained about your work?

RATE INFORMANT'S WORK/STUDY PERFORMANCE

- 0 = No difficulty reported
1 = Some difficulties but no complaints from others
2 = Others have complained that informant is not working well

35

(If rating 35 is 0, rate 9 in boxes 36–38)

- Q: When did you first have these difficulties at work?**

RATE ONSET OF INFORMANT'S PROBLEMS AT WORK/STUDY

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1 = ≤ 1 week | 4 = > 1 year |
| 2 = > 1 week ≤ 3 months | 5 = 'always' |
| 3 = > 3 months ≤ 1 year | 9 = Not applicable |

36

D14. Informant's work/educational performance (cont'd)

- Q: Do you think these problems at work are related to S's trouble?**
How was your concentration affected by problems caused by S?
(Specify) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

- | | |
|--------------|--------------------|
| 0 = No | 2 = Definitely |
| 1 = Possibly | 9 = Not applicable |

37

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- | | |
|--------------|--------------------|
| 0 = None | 3 = Resignation |
| 1 = Moderate | 9 = Not applicable |
| 2 = Severe | |

38

D15.

Informant's time off work/study

Q: In the last (time/period) . . . have you had any time off work?

Have you been getting to work on time?

Have you been doing overtime if it is offered to you?

How many days have you had off during the last . . . ?

Were these paid holidays?

RATE INFORMANT'S TIME OFF WORK/STUDY

0 = No time off or paid holidays taken

1 = Misses up to 5 days during period or gives up overtime, or regularly late for work

2 = Misses five consecutive days or more than five days in period. Gives up work altogether

39

(If rating 39 is 0, rate 9 in boxes 40–42)

Q: When did you first start to take days off work/be late for work/give up overtime/give up your job?

RATE ONSET OF INFORMANT'S TIME OFF WORK/STUDY

1 = ≤ 1 week

2 = > 1 week ≤ 3 months

3 = > 3 months ≤ 1 year

4 = > 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

40

D15.

Informant's time off work/study (cont'd)

Q: Do you think that your taking time off/being late/giving up overtime/giving up work was related to S's trouble?

In what way?

Were you staying at home to look after S?

Did you find that you couldn't work because of how you felt about S's trouble?

(Specify) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

0 = No

1 = Possibly

2 = Definitely

9 = Not applicable

41

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = Not applicable

42

D16.

Disruption of informant's life

Q: In the last (time/period) . . . has your life been disrupted in any other way to the point where you left home and went to stay elsewhere?

How much time did you spend away from home?

RATE DISRUPTION OF INFORMANT'S LIFE

- 0 = Informant did not go to stay elsewhere
1 = Informant spent at least one night away in period
2 = Informant spent more than one night away in period

43

(If rating 43 is 0, rate 9 in boxes 44–46)

Q: When did you first start going to stay with . . . /when did . . . start coming to stay with you?

RATE ONSET OF DISRUPTION OF INFORMANT'S LIFE

- 1 = \leq 1 week
2 = $>$ 1 week \leq 3 months
3 = $>$ 3 months \leq 1 year
4 = $>$ 1 year
5 = 'always'
9 = Not applicable

44

Q: Do you think this was related to S's trouble? In what way?
Did you go away to get away from S? (Specify) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

- 0 = No
1 = Possibly
2 = Definitely
9 = Not applicable

45

D16.

Disruption of informant's life (cont'd)

RATE INFORMANT'S DISTRESS

- 0 = None
1 = Moderate
2 = Severe
3 = Resignation
9 = Not applicable

46

D17-18.

Other adults

D17.

Household relationships

Q: In the last (time/period) . . . has there been a lot of friction in the house?
Have people in the household argued a lot?
Has the atmosphere been tense?

Has any member of the household left or threatened to leave?

RATE HOUSEHOLD RELATIONSHIPS

- 0 = Little or no tension
1 = Regular arguments and friction
2 = Constant arguments and/or members of household threatened to leave or actually moved out

47

(If rating 47 is 0, rate 9 in boxes 48–50)

D17.

Household relationships (cont'd)

Q: When did these arguments and tensions first begin?

RATE ONSET OF TENSE HOUSEHOLD RELATIONSHIPS

1 = ≤ 1 week

2 = > 1 week ≤ 3 months

3 = > 3 months ≤ 1 year

4 = > 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

48

Q: Do you think that these arguments were related to S's trouble?

In what way?

Were they about S?

Did S join in the arguments?

(Specify) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

0 = No

1 = Possibly

2 = Definitely

9 = Not applicable

49

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = Not applicable

50

D18.

Disruption of others' lives

Q: In the last (time/period) . . . has anybody else's life been disrupted in any way?

Has anybody in the household taken time off work?

Have any of the neighbours or others outside the house been affected?

RATE DISRUPTION OF OTHERS' LIVES

0 = None

1 = Other member of household affected

2 = Somebody outside household affected, e.g. neighbours disturbed at night

51

(If rating 51 is 0, rate 9 in boxes 52-54)

Q: When did this disruption of their life begin?

RATE ONSET OF DISRUPTION OF OTHERS' LIVES

1 = ≤ 1 week

2 = > 1 week ≤ 3 months

3 = > 3 months ≤ 1 year

4 = > 1 year

5 = 'always'

9 = Not applicable

52

D18. Disruption of others' lives (cont'd)

Q: Do you think this was related to S's trouble? In what way?

Was it the direct result of S's behaviour? (*Specify*) . . .

RATE PATIENT-RELATEDNESS

0 = No

1 = Possibly

2 = Definitely

9 = Not applicable

53

RATE INFORMANT'S DISTRESS

0 = None

1 = Moderate

2 = Severe

3 = Resignation

9 = Not applicable

54

Section E – Concurrent events

1. Health
 - Physical illness or injury
2. – Death
3. – Suicide attempt or overdose
4. – Birth, miscarriage or abortion
5. Work/study
 - Unemployment
6. – Change of employment/study/retirement
7. Financial change
8. Legal problems
9. Marital status
10. Unexpected news
11. Disappointment

You have told me in great detail about S's trouble and the difficulties created for you all (here) at home.

Now, I would like to ask you a few more/several questions so that I can get a fuller picture of what has been happening to you all in the past three months, that is in *(mention last three months)* . . .

E1-4.

Health

Q: Has anybody in the family or a close friend been ill in the last three months, that is in *(mention last three months)* . . . ?

Has anybody died or is this likely in the near future?

Has anybody attempted suicide or taken an overdose?

Has anybody had an accident or been in hospital?

Has anybody had a baby, or a miscarriage, or an abortion?

NOTES FOR INTERVIEWER

1. Interviewer should make rating of onset and independence of each event separately for informant, patient and any other relatives or close friends of informant.
2. Use rating scales below for events on facing page.
3. Rating scale for ONSET of event is as follows:

- 0 = No event
- 1 = In month* before interview
- 2 = Prior to previous month

*Substitute whatever period of time is being covered throughout the schedule where necessary

4. Rating scale for INDEPENDENCE of event is as follows:

- 0 = Event did not occur in previous month
- 1 = Probably independent (unlikely to have resulted from the patient's action)
- 2 = Probably dependent (probably due to the patient's action)
- 3 = Uncertain whether due to patient or not
- 7 = Insufficient information from informant
- 9 = No event (not applicable)

E1. Physical illness or injury

(Including traffic accident, fire, etc. sufficient to require medical treatment and bedrest at home for more than a week or hospital treatment for at least 24 hours)

(Specify) . . .	O <input type="checkbox"/> 71	I <input type="checkbox"/> 72	O <input type="checkbox"/> 73	I <input type="checkbox"/> 74	O <input type="checkbox"/> 75	I <input type="checkbox"/> 76
	Informant		Patient		Other relative or close friend	

O = Onset
I = Independence

E2. Death

(Including suicide, or impending death of close relative or friend)

(Specify) . . .	O <input type="checkbox"/> 11	I <input type="checkbox"/> 12	O <input type="checkbox"/> 13	I <input type="checkbox"/> 14	O <input type="checkbox"/> 15	I <input type="checkbox"/> 16
	Informant		Patient		Other relative or close friend	

O = Onset
I = Independence

NOTES FOR INTERVIEWER

1. Interviewer should make rating of onset and independence of each event separately for informant, patient and any other relatives or close friends of informant.
2. Use rating scales below for events on facing page.
3. Rating scale for ONSET of event is as follows:
 - 0 = No event
 - 1 = In month* before interview
 - 2 = Prior to previous month

**Substitute whatever period of time is being covered throughout the schedule where necessary*

4. Rating scale for INDEPENDENCE of event is as follows:
 - 0 = Event did not occur in previous month
 - 1 = Probably independent (unlikely to have resulted from the patient's action)
 - 2 = Probably dependent (probably due to the patient's action)
 - 3 = Uncertain whether due to patient or not
 - 7 = Insufficient information from informant
 - 9 = No event (not applicable)

E3. Suicide attempt or overdose

(Specify) . . .	O	I	O	I	O	I
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	17	18	19	20	21	22
	Informant		Patient		Other relative or close friend	

O = Onset
I = Independence

E4. Birth, miscarriage or abortion

(Specify) . . .	O	I	O	I	O	I
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	23	24	25	26	27	28
	Informant		Patient		Other relative or close friend	

O = Onset
I = Independence

Q: Have you or anybody else in the family or a close friend been unemployed in the last three months, that is in (mention last three months) . . . ?

Have you or anyone else started a new job, left school and gone to work or college, or left college and gone to work, or retired?

NOTES FOR INTERVIEWER

1. Interviewer should make rating of onset and independence of each event separately for informant, patient and any other relatives or close friends of informant.
2. Use rating scales below for events on facing page.
3. Rating scale for ONSET of event is as follows:

- 0 = No event
- 1 = In month* before interview
- 2 = Prior to previous month

**Substitute whatever period of time is being covered throughout the schedule where necessary*

4. Rating scale for INDEPENDENCE of event is as follows:

- 0 = Event did not occur in previous month
- 1 = Probably independent (unlikely to have resulted from the patient's action)
- 2 = Probably dependent (probably due to the patient's action)
- 3 = Uncertain whether due to patient or not
- 7 = Insufficient information from informant
- 9 = No event (not applicable)

E5.

Unemployment

(Specify) . . .

O

I

29

30

Informant

O

I

31

32

Patient

O

I

33

34

Other relative
or close friend

O = Onset

I = Independence

E6. Change of employment/study/retirement

(Specify) . . .

O

I

35

36

Informant

O

I

37

38

Patient

O

I

39

40

Other relative
or close friend

O = Onset

I = Independence

NOTES FOR INTERVIEWER

1. Interviewer should make rating of onset and independence of each event separately for informant, patient and any other relatives or close friends of informant.
2. Use rating scales below for events on facing page.
3. Rating scale for ONSET of event is as follows:

- 0 = No event
- 1 = In month* before interview
- 2 = Prior to previous month

*Substitute whatever period of time is being covered throughout the schedule where necessary

4. Rating scale for INDEPENDENCE of event is as follows:

- 0 = Event did not occur in previous month
- 1 = Probably independent (unlikely to have resulted from the patient's action)
- 2 = Probably dependent (probably due to the patient's action)
- 3 = Uncertain whether due to patient or not
- 7 = Insufficient information from informant
- 9 = No event (not applicable)

E7.

Financial change

Q: Have you or anybody in the family or a close friend had a major change in their financial situation in the last three months, that is in (mention last three months) . . . ?
e.g. have you (etc) had your income greatly reduced or increased?
Have you (etc) lost a lot of money through theft or gambling?
Have you (etc) had valuable possessions stolen or damaged?

RATE FINANCIAL CHANGE

(Material/financial loss or difficulty or change as listed above)

(Specify) . . .

O I

41 42

Informant

O I

43 44

Patient

O I

45 46

Other relative
or close friend

O = Onset

I = Independence

NOTES FOR INTERVIEWER

1. Interviewer should make rating of onset and independence of each event separately for informant, patient and any other relatives or close friends of informant.
2. Use rating scales below for events on facing page.
3. Rating scale for ONSET of event is as follows:

- 0 = No event
- 1 = In month* before interview
- 2 = Prior to previous month

*Substitute whatever period of time is being covered throughout the schedule where necessary

4. Rating scale for INDEPENDENCE of event is as follows:

- 0 = Event did not occur in previous month
- 1 = Probably independent (unlikely to have resulted from the patient's action)
- 2 = Probably dependent (probably due to the patient's action)
- 3 = Uncertain whether due to patient or not
- 7 = Insufficient information from informant
- 9 = No event (not applicable)

E8.

Legal problems

Q: Have you or anyone in the family or a close friend had any legal problems in the last three months, that is in (mention last three months) . . .?

e.g. notice of eviction or HP difficulties?

Have you or anyone close to you had to go to court?

RATE LEGAL PROBLEMS

(All serious legal problems plus any court appearance)

(Specify) . . .

O I

47 48

Informant

O I

49 50

Patient

O I

51 52

Other relative
or close friend

O = Onset

I = Independence

NOTES FOR INTERVIEWER

1. Interviewer should make rating of onset and independence of each event separately for informant, patient and any other relatives or close friends of informant.
2. Use rating scales below for events on facing page.
3. Rating scale for ONSET of event is as follows:
 - 0 = No event
 - 1 = In month* before interview
 - 2 = Prior to previous month

**Substitute whatever period of time is being covered throughout the schedule where necessary*
4. Rating scale for INDEPENDENCE of event is as follows:
 - 0 = Event did not occur in previous month
 - 1 = Probably independent (unlikely to have resulted from the patient's action)
 - 2 = Probably dependent (probably due to the patient's action)
 - 3 = Uncertain whether due to patient or not
 - 7 = Insufficient information from informant
 - 9 = No event (not applicable)

E9.

Marital status

Q: Have you or anyone in the family or a close friend got married or divorced or separated in the past three months, that is in (mention last three months) . . . ?

RATE CHANGE IN MARITAL STATUS

(Any change in marital status including informal separation)

(Specify) . . .	O	I	O	I	O	I
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	53	54	55	56	57	58
	Informant		Patient		Other relative or close friend	

O = Onset
I = Independence

NOTES FOR INTERVIEWER

1. Interviewer should make rating of onset and independence of each event separately for informant, patient and any other relatives or close friends of informant.
2. Use rating scales below for events on facing page.
3. Rating scale for ONSET of event is as follows:
 - 0 = No event
 - 1 = In month* before interview
 - 2 = Prior to previous month

**Substitute whatever period of time is being covered throughout the schedule where necessary*
4. Rating scale for INDEPENDENCE of event is as follows:
 - 0 = Event did not occur in previous month
 - 1 = Probably independent (unlikely to have resulted from the patient's action)
 - 2 = Probably dependent (probably due to the patient's action)
 - 3 = Uncertain whether due to patient or not
 - 7 = Insufficient information from informant
 - 9 = No event (not applicable)

E10.

Unexpected news

Q: Have you or anyone in the family or a close friend had any unexpected news in the past three months, that is in (mention last three months) . . . ?
Unexpected news about anything that has happened or is going to happen?

RATE UNEXPECTED NEWS

(Forecasts of major unexpected changes)

(Specify) . . .	O	I	O	I	O	I
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	59	60	61	62	63	64
	Informant		Patient		Other relative or close friend	

O = Onset
I = Independence

NOTES FOR INTERVIEWER

1. Interviewer should make rating of onset and independence of each event separately for informant, patient and any other relatives or close friends of informant.
2. Use rating scales below for events on facing page.
3. Rating scale for ONSET of event is as follows:
 - 0 = No event
 - 1 = In month* before interview
 - 2 = Prior to previous month

*Substitute whatever period of time is being covered throughout the schedule where necessary
4. Rating scale for INDEPENDENCE of event is as follows:
 - 0 = Event did not occur in previous month
 - 1 = Probably independent (unlikely to have resulted from the patient's action)
 - 2 = Probably dependent (probably due to the patient's action)
 - 3 = Uncertain whether due to patient or not
 - 7 = Insufficient information from informant
 - 9 = No event (not applicable)

E11.

Disappointment

Q: Has anything particularly disappointing happened to you or anyone else in the family or to a close friend in the past three months, that is in *(mention last three months)* . . . ?
 e.g. plans dashed because of events beyond your control? Or expectations failing to be fulfilled for any reason at all?

RATE VALUED GOAL DISAPPOINTMENT

(All events which are defined as disappointing and of major significance by the informant)

(Specify) . . .	O	I	O	I	O	I
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	65	66	67	68	69	70
	Informant		Patient		Other relative or close friend	

O = Onset
 I = Independence

Section F – Support to informant/ informant's housing situation

1. Support from relatives
2. Support from friends/neighbours
3. Support from social services
4. Informant's housing situation

Finally, I would like to ask you a few questions about the kind of help and support you have been getting from friends, relatives and social services over the past (time/period) . . . And to end, I want to find out a bit more about your housing situation.

F1. **Support from relatives** *(Card 6: Identifiers 1-10)*

Q: In the last (time/period) . . . did you see or speak to any member of your family or in-laws on a regular basis, say, once a week or more?

RATE CONTACT WITH RELATIVES (telephone or face to face)

0 = No contact

1 = At least one contact

11

(If 0, rate 9 in box 12)

Q: Did you talk to (relative) . . . about S and the problems you've described?

If you hadn't been able to talk to (relative) . . . would you have been able to cope?

RATE RELIEF THROUGH CONFIDING TO RELATIVE

0 = No relief

1 = Some relief

2 = Considerable relief

– could not cope otherwise

6 = No confiding

9 = Not applicable

12

F1.

Support from relatives (cont'd)

Q: Did you have any practical help from relatives in the last (time/period) . . . e.g. money, looking after children, coming to stay to help out, having someone to stay, visiting you or S?

RATE PRACTICAL HELP FROM RELATIVE

(Rate anything defined by the informant as practical help)

- 0 = No practical help from relative
- 1 = Some practical help from relative
- 2 = Relative takes over one or more responsibilities,
e.g. looking after child,
financial commitments

13

(If 0, rate 9 in box 14)

Q: Did this practical help from (relative) . . . make it easier for you to manage?
Would you have been able to cope without this help?

RATE RELIEF THROUGH PRACTICAL HELP

- 0 = No relief
- 1 = Some relief
- 2 = Considerable relief
– could not cope otherwise

9 = Not applicable

14

F2.

Support from friends/neighbours

Q: In the last (time/period) . . . did you see or speak to a friend or neighbour on a regular basis, say once a week or more?

RATE CONTACT WITH FRIENDS/NEIGHBOURS (telephone or face to face)

- 0 = No contact
- 1 = At least one contact

15

(If 0, rate 9 in box 16)

Q: Did you talk to (friend/neighbour) . . . about S and the problems you've described?
If you hadn't been able to talk to (friend/neighbour) . . . would you have been able to cope?

RATE RELIEF THROUGH CONFIDING TO FRIEND/NEIGHBOUR

- 0 = No relief
- 1 = Some relief
- 2 = Considerable relief
– could not cope otherwise

6 = No confiding
9 = Not applicable

16

F2. Support from friends/neighbours (cont'd)

Q: Did you have any practical help from a friend or neighbour in the last (time/period) . . . e.g. money, looking after child/children, coming to stay to help out, having someone to stay, visiting you or S?

RATE PRACTICAL HELP FROM FRIEND/NEIGHBOUR

(Rate anything defined by the informant as practical help)

- 0 = No practical help from friend/neighbour
- 1 = Some practical help from friend/neighbour
- 2 = Friend/neighbour takes over one or more responsibilities
(e.g. child, financial commitments)

17

(If 0, rate 9 in box 18)

**Q: Did this practical help from (friend/neighbour) . . . make it any easier for you to manage?
Would you have been able to cope without this help?**

RATE RELIEF THROUGH PRACTICAL HELP

- 0 = No relief
- 1 = Some relief
- 2 = Considerable relief
– could not cope otherwise
- 9 = Not applicable

18

F3. Support from social services

**Q: In the last (time/period) . . . did you have any contact with the local social or welfare services?
Did you see a social worker, health visitor or community nurse?
Did you have a home help?**

RATE CONTACT WITH SOCIAL SERVICES (telephone or face to face)

- 0 = No contact
- 1 = One or two contacts
- 2 = More than two contacts

19

(If 0, rate 9 in boxes 20 to 23)

**Q: Why did you see (social services agency) . . . ?
Was it because of S's trouble? In what way?
(Specify) . . .**

RATE PATIENT RELATEDNESS

- 0 = Contact with social services not related to S's trouble
- 1 = Contact with social services possibly related to S's trouble
- 2 = Contact with social services definitely related to S's trouble
- 9 = Not applicable

20

F3. Support from social services (cont'd)

Q: Did you talk to (social services agency) . . . about S and the problems you've described?
If you hadn't been able to talk to (social services agency) . . . would you have been able to cope?

RATE RELIEF THROUGH CONFIDING TO SOCIAL SERVICES AGENCY

- | | |
|---|--------------------|
| 0 = No relief | 6 = No confiding |
| 1 = Some relief | 9 = Not applicable |
| 2 = Considerable relief
– could not cope otherwise | |

21

Q: Did you have any practical help from the social services in the last (time/period) . . .
e.g. money, looking after child, visiting you or S?

RATE PRACTICAL HELP FROM SOCIAL SERVICE AGENCY

(Including anything defined by the informant as practical help)

- | | |
|--|--|
| 0 = No practical help from the social services | |
| 1 = Some practical help from social services | |
| 2 = Social service takes over one or more responsibilities | |
| 9 = Not applicable | |

22

F3. Support from social services (cont'd)

Q: Did this practical help make it easier for you to manage?
Would you have been able to cope without this help?

RATE RELIEF THROUGH PRACTICAL HELP

- | | |
|-----------------|---|
| 0 = No relief | 2 = Considerable relief
– could not cope otherwise |
| 1 = Some relief | 9 = Not applicable |

23

F4. Informant's housing situation

Q: Do you rent or own this house/flat?
Who do you rent it from?

RATE TYPE OF TENURE

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 0 = Owner-occupied | 3 = Lodgings (some meals provided) |
| 1 = Rented from private landlord | 4 = Hostel |
| 2 = Rented from local authority | 5 = Living with friends/relatives |
| | 6 = Other (specify) |

24

RATE TYPE OF HOUSING

- | | |
|---|---|
| 1 = Whole house | 5 = Flat in high-rise block,
fourth floor or above |
| 2 = Self-contained flat in house | 6 = Other (specify) |
| 3 = Room(s) in house | |
| 4 = Flat/maisonette in low-rise block
or in first 3 storeys of high-rise block | |

25

F4. Informant's housing situation (cont'd)

Q: How many living rooms do you have?
How many bedrooms?
Do you have your own kitchen or is it shared?
Do you have your own bathroom or is it shared?
Do you have your own lavatory or is it shared?

RATE NUMBER OF LIVING ROOMS (excluding kitchen) 26

RATE NUMBER OF BEDROOMS 27

RATE KITCHEN

0 = None
1 = Shared
2 = Own 28

RATE BATHROOM

0 = None
1 = Shared
2 = Own 29

RATE LAVATORY

0 = None
1 = Shared
2 = Own 30

RATE DENSITY

(Number of persons divided by number of rooms
excluding kitchen, bathroom, lavatory) 31, 32

F4. Informant's housing situation (cont'd)

RATE HOUSING PROBLEMS

0 = None
1 = Some housing problem exists: informant has not attempted to move
2 = Severe housing problem exists: informant has attempted to move 33

Q: How long have you been living at this address?

RATE LENGTH OF TIME AT PRESENT ADDRESS

0 = Not usually resident
1 = Not more than six months
2 = Over six months to one year
3 = Over one year to five years
4 = Over five years to ten years
5 = More than ten years
6 = Entire life 34

Q: And how long have you been living in the district?

RATE LENGTH OF TIME IN DISTRICT

0 = Not usually resident
1 = Not more than six months
2 = Over six months to one year
3 = Over one year to five years
4 = Over five years to ten years
5 = Over ten years
6 = Entire life 35

APENDICE 2

ESCALA DE DESEMPEÑO PSICOSOCIAL

S.B.A.S.

Social Behaviour Assessment Schedule

(Platt, Hirsch y Weyman, 1983).

Adaptación española del SBAS.

ESCALA DE DESEMPEÑO PSICOSOCIAL SBAS

Tarjeta 1

SECCION : INFORMACION OBTENIDA ANTES DE LA ENTREVISTA

Sujeto

P.1 Sexo (col.11)

- 1= masculino
- 2= femenino

P.2 Edad (cols.12-13)

P.3 Estado civil (col.14)

- 1= casado/a o vive con pareja
- 2= soltero/a
- 3= viudo/a
- 4= separado o divorciado/a

P.4 Ocupación (col.15)

- 0= en paro sin prestaciones
- 1= en paro con prestación
- 2= incapacidad laboral (ILT, ILP)
- 3= trabajando
- 4= prestación no contributiva
- 5= pensionista / IPA
- 6= estudiante
- 7= otros / IMI
- 8= empleo protegido

P.5 Convivencia (col.16)

- 1= vive con el cónyuge
- 2= vive con los padres
- 3= vive con hijo/os
- 4= vive con un pariente o amigo
- 5= vive solo
- 6= en hospital

P.6 Diagnóstico CIE-9 (col.17-20)

2950 = esquizofrenia simple
2951 = esquizofrenia desorganizada
2952 = esquizofrenia catatónica
2953 = esquizofrenia paranoide
2954 = esquizofrenia episodio agudo
2955 = esquizofrenia latente
2956 = esquizofrenia residual
2957 = esquizoafectivo
2958 = otros tipos de esquizofrenia
2959 = esquizofrenia sin especificar
296 = psicosis afectivas
3010 = trastorno paranoide de la personalidad
3011 = trastorno afectivo de la personalidad
3012 = trastorno esquizoide de la personalidad
3013 = trastorno explosivo de la personalidad
3014 = trastorno compulsivo de la personalidad
3015 = trastorno histriónico de la personalidad
3016 = trastorno de la personalidad por dependencia
3017 = trastorno antisocial de la personalidad
3018 = otros trastornos de la personalidad
3040 = dependencia opiáceos

P.7 Relación del informante con el paciente (col.21)

0= cónyuge o pareja
1= padre/madre
2= hijo/a
3= otro parentesco
4= amigo/vecino
5= otra relación

P.8 Sexo del informante (col.22)

1= masculino
2= femenino

P.9 Si el informante vive en la misma casa que el paciente (col.23)

0= no
1= si

SECCION A : INTRODUCCION

El entrevistador deberá explicar al informante la importancia de este estudio/evaluación, y la naturaleza confidencial de la entrevista.

Me gustaría hacerle una serie de preguntas sobre Ud. y su familia para poder así hacerme una imagen general de la situación.

P.10 ¿Con qué frecuencia ha visto al sujeto en el último (tiempo/ período)? (col.24)

- 1= todos los días
- 2= 2 a 6 veces por semana
- 3= 1 vez por semana
- 4= al menos 1 vez al mes
- 5= ninguna vez

P.11 Número total de adultos que viven en la casa (col.25)

P.12 Número de niños (hasta los 12 años) (col.26)

P.13 Nivel de estudios del sujeto (col.27)

- 1= analfabeto o semianalfabeto
- 2= EGB incompleta (certificado de escolaridad)
- 3= graduado escolar
- 4= FP. o BUP incompleto
- 5= FP.2 o COU
- 6= estudios medios o superiores

P.14 Experiencia laboral del sujeto (col.28)

- 0= sin cualificar (sin estudios)
- 1= cualificado (con estudios)
- 2= profesional (con estudios medios o superiores)
- 3= nunca ha trabajado

P.15 Orientación ocupacional del sujeto (col.29)

- 0= no tiene
- 1= aire libre, jardinería
- 2= mecánico, carpintería, electricidad
- 3= artístico
- 4= administrativo/venta
- 5= cálculo/estudios superiores
- 6= deporte
- 7= otros

P.16 Administración de la medicación (col.30)

- 0= a veces la toma
- 1= no la toma
- 2= se la administra el solo
- 3= se la da el informante u otro
- 4= no toma por indicación médica

P.17 Edad del informante (col.31-32)

P.18 Ocupación del informante (col.33)

- 1= en paro sin prestación o sus labores
- 2= en paro con prestación
- 3= trabajando con s.m.i
- 4= trabajando con más del s.m.i
- 5= pensionista / IPA
- 6= estudiante

P.19 ¿Cuándo empezó el problema del sujeto? (col.34)

- 1= hace un mes o menos
- 2= de 1 a 3 meses
- 3= de 3 meses a 1 año
- 4= de 1 a 2 años
- 5= de 3 a 5 años
- 6= de 5 a 10 años
- 7= más de 10 años

P.20 ¿Desde que Ud. se dió cuenta que algo iba mal, ha estado S. actuando todo el tiempo así? (col.35)

- 0= no hay persistencia
- 1= hay persistencia

P.21 ¿Qué piensa el informante del problema del sujeto? (col.36)

- 0= se puede recuperar totalmente
- 1= puede mejorar
- 2= irrecuperable y no va a mejorar

P.22 Gravedad del problema (col.37)

- 0= está igual
- 1= ahora menos grave
- 2= ahora más grave

P.23 Actitud del informante ante la medicación (col.38)

0= es necesaria e imprescindible

1= no es necesaria pero si el médico lo dice la toma

2= es negativa

P.24 Actitud del sujeto ante la medicación (col.39)

0= es necesaria e imprescindible

1= no es necesaria pero la toma

2= es negativa y la rechaza

P.25 Nivel de ingresos del sujeto (col.40-45)

P.25a Nivel socioeconómico familiar (col.46)

0= bajo

1= medio bajo

2= medio

3= medio alto

4= alto

SECCION B : CONDUCTA DEL SUJETO

1. Tristeza
2. Retraimiento
3. Lentitud
4. Falta de memoria
5. Inactividad
6. Dependencia
7. Indecisión
8. Preocupación
9. Miedo
10. Conductas obsesivas
11. Ideas extrañas
12. Sobreactividad
13. Reacciones imprevisibles
14. Irritabilidad
15. Descortesía
16. Violencia
17. Ideas suicidas
18. Conductas exhibicionistas
19. Consumo de alcohol o drogas
20. Descuido personal
21. Quejas de dolores corporales
22. Conducta extraña

Ya me ha hablado Ud. un poco de S en el último (tiempo/período).

Ahora voy a preguntarle con más detalle sobre alguna de estas cosas en este último mes.

Las preguntas que figuran a continuación se harán para indagar la conducta del Sujeto y el grado de estrés del informante ante cada conducta, siempre que se de esa conducta en la actualidad.

ESTRES: ¿Cómo se siente Ud. cuando S...? (Dar un ejemplo de conducta)
¿Se siente Ud. trastornado/enfadado/angustiado/preocupado/molesto por su conducta?

Si contesta un poco, a veces, puntuar 1

Si contesta muy preocupado, angustiado... puntuar 2

Si el informante no siente estrés y esta conducta de S ha sido constante preguntar:

¿Por qué no siente estrés? ¿Se ha acostumbrado?, si la respuesta es SI puntuar 3.

SECCION : B1 - TRISTEZA

¿Se siente S. triste o desanimado en el último (tiempo/periodo)? ¿Llora, está serio o sonríe poco? ¿Responde cuando se le intenta animar? ¿Dice que la vida no vale la pena? ¿Está así todo el tiempo?

P.26 PUNTUAR LA TRISTEZA DEL SUJETO (col.47)

0= no hay o es poca
1= llora o esta triste a veces
2= rara vez alegre, no responde cuando se le intenta animar

P.27 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.48)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay tristeza

SECCION : B2 - RETRAIMIENTO

¿Se aísla en el último (tiempo/periodo)? ¿Poco hablador, insociable? ¿Contesta cuando se le habla? ¿Rehusa encontrarse con gente? ¿Ha estado así todo el tiempo?

P.28 PUNTUAR EL RETRAIMIENTO DEL SUJETO (col.49)

0= no hay o es poco
1= sólo en parte
2= casi siempre o siempre

P.29 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.50)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay retraimiento

SECCION : B3 - LENTITUD

¿Es lento en sus movimientos y en sus actividades en el último (tiempo/período)? ¿Tarda mucho en vestirse? ¿En comer, en lavarse...? ¿Es tan lento que llega a ser peligroso?

P.30 PUNTUAR LA LENTITUD DEL SUJETO (col.51)

- 0= no hay o es poca
- 1= sólo en parte
- 2= casi siempre o siempre

P.31 PUNTUAR EL ESTRES DEL INFORMANTE (col.52)

- 0= ninguno
- 1= moderado
- 2= grave
- 3= resignación
- 9= no hay lentitud

SECCION : B4 - FALTA DE MEMORIA

¿Tiene dificultad en recordar las cosas de la vida cotidiana en el último (tiempo/período)? ¿Olvida donde pone las cosas, como llaves, dinero? ¿Olvida cosas que pueden causar daños o perjuicios, como olvidar que ha empezado a cocinar algo? ¿ha olvidado como volver a casa?

P.32 PUNTUAR FALTA DE MEMORIA DEL SUJETO (col.53)

- 0= ninguna o poco frecuente
- 1= lapsus de memoria definidos
- 2= tan olvidadizo que no se confía en él para que haga algo solo, ej. cocinar, comprar, viajar, etc.

P.33 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.54)

- 0= ninguno
- 1= moderado
- 2= grave
- 3= resignación
- 9= no hay falta de memoria

SECCION : B5 - INACTIVIDAD

¿Hace pocas cosas en el último (tiempo/período)? ¿Se sienta sin moverse durante mucho tiempo? ¿Está echado en la cama casi todo el día? ¿Se pasa la mayor parte del tiempo sin hacer nada? ¿Si se le anima hace algo?

P.34 PUNTUAR LA INACTIVIDAD DEL SUJETO (col.55)

- 0= se mantiene activo/a la mayor parte del tiempo sin necesidad de estímulo.
- 1= marcada inactividad pero respondiendo cuando se le anima
- 2= inactividad extrema, pasa la mayor parte del tiempo sin hacer nada, no responde cuando se le intenta animar.

P.35 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.56)

- 0= ninguno
- 1= moderado
- 2= grave
- 3= resignación
- 9= no hay inactividad

SECCION : B6 - DEPENDENCIA

¿Se aferra a Ud. todo el tiempo o le sigue por todas partes en el último (tiempo/período)? ¿Si sale Ud. de la habitación, le sigue? ¿No le gusta quedarse solo incluso durante períodos cortos de tiempo?

P.36 PUNTUAR LA DEPENDENCIA DEL SUJETO (col.57)

- 0= no hay o es poca
- 1= sólo en parte
- 2= casi siempre o siempre

P. 37 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.58)

- 0= ninguno
- 1= moderado
- 2= grave
- 3= resignación
- 9= no hay dependencia

SECCION : B7 - INDECISION

¿Le es difícil tomar una decisión en el último (tiempo/período)? ¿Tiende a posponer la toma de decisiones? ¿Tiene dificultad en decidir la ropa que se va a poner, si salir o quedarse en casa? ¿Qué comer? ¿Es tan indeciso que no hace nada, ej. no sale porque no decide que ropa ponerse?

P.38 PUNTUAR INDECISION DEL SUJETO (col.59)

0= no hay o es poca
1= sólo en parte
2= tan indeciso que le impide realizar actividades

P.39 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.60)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay indecisión

SECCION : B8 - PREOCUPACION

¿Los sucesos cotidianos le provocan preocupación o ansiedad en el último (tiempo/período)? ¿Le molesta salir y encontrarse con amigos? ¿Teme que algo terrible le va a ocurrir a él/ella o a otros? ¿Se preocupa exageradamente de los pequeños problemas, del trabajo? ¿Le preocupan estas dificultades todo el tiempo?

P.40 PUNTUAR PREOCUPACION DEL SUJETO (col.61)

0= ninguna
1= alguna preocupación
2= preocupación extrema

P.41 ESTRES DEL INFORMANTE (col.62)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay preocupación

SECCION : B9 - MIEDO

¿Tiene miedos extraños en el último (tiempo/período)? ¿Tiene miedo a salir, a estar en un lugar cerrado? ¿Se asusta exageradamente de animales o insectos? ¿Está tan asustado que evita salir, ir en ej. ascensores...?

P.42 PUNTUAR MIEDO DEL SUJETO (col.63)

0= ninguno o muy poco
1= algún miedo poco común pero sin reducir seriamente sus actividades.
2= miedo extremo hasta el punto de evitar toda situación que los provoque.

P.43 ESTRES DEL INFORMANTE (col.64)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay miedo

SECCION : B10 - CONDUCTAS OBSESIVAS

¿Es muy remilgado/a o quisquilloso al hacer algo de una manera en particular en el último (tiempo/período)? ¿Controla si ciertas cosas se hacen bien ej. si la puerta está cerrada? ¿Repite una misma acción muchas veces ej. lavarse las manos? ¿Esta conducta le impide hacer otras cosas ej. salir, ir al cine.

P.44 PUNTUAR LA OBSESION DEL SUJETO (col.65)

0= ninguna
1= alguna conducta obsesiva pero sin reducir sus actividades
2= conducta obsesiva extrema

P.45 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.66)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay obsesión

SECCION: B11 - IDEAS EXTRAÑAS

¿Tiene ideas extrañas o poco comunes en el último (tiempo/período)? ¿Dice que la gente está contra él/ella, que quieren hacerle daño o que hablan de él/ella? ¿Le acusa a Ud. o a otros de maquinarse algo contra él? ¿Dice que oye voces o que ve cosas que no existen? ¿Dice que tiene una enfermedad física sin tener evidencia de ello? ¿Está completamente preocupado/a con estas ideas? ¿Está, de hecho, fuera de toda realidad?

P.46 PUNTUAR IDEAS EXTRAÑAS DEL PACIENTE (col.67)

- 0= ninguna
- 1= algunas ideas extrañas, pero no alarmantes
- 2= constantes ideas extrañas, mínimo contacto con la realidad

P.47 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.68)

- 0= ninguno
 - 1= moderado
 - 2= grave
 - 3= resignación
 - 9= no hay ideas extrañas
-

SECCION : B12 - SOBREATIVIDAD

¿Está alegre, excitado/a o agitado/a más de lo normal en el último (tiempo/período)? ¿Es ruidoso/a, chilla mucho? ¿Habla sin parar, está inquieto/a, incapaz de permanecer sentado durante la comida? ¿Se levanta por la noche para hacer cosas que normalmente se hacen de día ej. limpiar la casa? ¿Si intenta Ud. calmarle le hace caso?

P.48 PUNTUAR SOBREATIVIDAD DEL SUJETO (col.69)

- 0= ninguna
- 1= conducta sobreactiva pero respondiendo cuando se le intenta controlar.
- 2= incontrolable o sobreactivo fuera de horas habituales, ej. de noche.

P.49 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.70)

- 0= ninguno
- 1= moderado
- 2= grave
- 3= resignación
- 9= no hay sobreactividad

SECCION : B13 - REACCIONES IMPREVISIBLES

¿Dice o hace cosas fuera de lo normal en el último (tiempo/período)?
¿Nunca sabe Ud lo que él/ella va a decir o hacer a continuación? ¿Piensa Ud. que él/ella puede de repente, decir o hacer algo que trajera serias consecuencias. Ej. se marcha de casa sin avisar?

P.50 PUNTUAR LAS REACCIONES IMPREVISIBLES DEL SUJETO (col.71)

0= ninguna u ocasionalmente alguna
1= algunas pero sin alterar sus responsabilidades
2= reacciones imprevisibles extremas que pueden conllevar consecuencias graves.

P.51 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.72)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay reacciones imprevisibles

SECCION : B14 - IRRITABILIDAD

¿Está irritable en el último (tiempo/período)? ¿Está irascible, critica a la gente, se enfada con frecuencia, se pone de mal humor, está así todo el tiempo? ¿Si intenta Ud. ponerle de buen humor reacciona?

P.52 PUNTUAR IRRITABILIDAD DEL SUJETO (col.73)

0= ninguna o sólo ocasionalmente
1= a menudo irritable pero respondiendo cuando se le intenta animar.
2= casi siempre o siempre

P.53 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.74)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay irritabilidad

SECCION : B15 - DESCORTESIA

¿Es grosero o mal educado con Ud., con sus amigos o parientes en el último (tiempo/período)? ¿Tiene malos modales con la gente que viene de visita o cuando va a ver a alguien? ¿Si Ud. se lo indica se disculpa o intenta ser más educado/a?

P.54 PUNTUAR LA DESCORTESIA DEL SUJETO (col.75)

- 0= ninguna
- 1= malos modales pero respondiendo cuando se le intenta cambiar.
- 2= extremadamente grosero no responde cuando se le dice.

P.55 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.76)

- 0= ninguno
 - 1= moderado
 - 2= grave
 - 3= resignación
 - 9= no hay descortesía
-

SECCION : B16 - VIOLENCIA

¿Le amenaza a Ud. o a otros en el último (tiempo/período)? ¿Les insulta, rompe muebles o destroza la casa en arrebatos violentos? ¿Les pega?

P.56 PUNTUAR LA VIOLENCIA DEL SUJETO (col.77)

- 0= ninguna
- 1= conducta amenazadora y/o verbalmente injuriosa, sin golpear a nadie ni causar daños en la casa.
- 2= golpea a alguien o destroza cosas por lo menos en una ocasión.

P.57 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.78)

- 0= ninguno
- 1= moderado
- 2= grave
- 3= resignación
- 9= no hay violencia

SECCION : B17 - IDEAS SUICIDAS

¿Habla de suicidarse en el último (tiempo/período)? ¿Dice que tomará una sobredosis o se cortará las venas? ¿Se ha hecho daño deliberadamente?

P.58 PUNTUAR LAS IDEAS SUICIDAS DEL SUJETO (col.79)

0= ninguna
1= amenaza con dañarse, sin llegar a hacerlo
2= se daña deliberadamente

P.59 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.11)

TARJETA 2

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay ideas suicidas

SECCION : B18 - CONDUCTA EXHIBICIONISTA

¿Se comporta de tal manera que provoca a la gente en el último (tiempo/período)? ¿Hace claras insinuaciones sexuales a amigos o parientes? ¿Se desnuda en público, se exhibe en público? ¿Esto ha sucedido más de una vez?

P.60 PUNTUAR LA CONDUCTA EXHIBICIONISTA DEL SUJETO (col.12)

0= ninguna
1= conducta exhibicionista en una ocasión
2= en más de una ocasión

P.61 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.13)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay conducta exhibicionista

SECCION : B19 - CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS

¿Bebe alcohol o consume drogas en el último (tiempo/período)? ¿La bebida le impide concentrarse o le complica la vida en otros aspectos? ¿La bebida le causa problemas, ej. en el trabajo, con la policía, o le daña seriamente su salud?

P.62 PUNTUAR EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS DEL SUJETO (col.14)

0= nada
1= algo
2= a menudo, mucho

P.63 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.15)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no consume

SECCION : B20 - DESCUIDO PERSONAL

¿Se descuida mucho en el último (tiempo/período)? ¿Está limpio, se arregla, come correctamente? ¿O hay que estar supervisándole constantemente?

P.64 PUNTUAR DESCUIDO PERSONAL DEL SUJETO (col.16)

0= ninguno
1= necesita consejo y supervisión.
2= se abandona a pesar de los esfuerzos de otros

P.65 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.17)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay abandono

SECCION : B21 - QUEJAS DE DOLORES

¿Se queja de dolores corporales en el último (tiempo/período)? ¿Se queja de estar cansado o de tener enfermedades? ¿Cuántas veces se ha quejado de ello?

P.66 PUNTUAR QUEJAS DE DOLORES CORPORALES (col.18)

0= ninguna
1= se queja pero no todos los días
2= se queja todos los días

P.67 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.19)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay quejas de dolores corporales

SECCION : B22 - CONDUCTA EXTRAÑA

¿Aparte de todo lo que me ha contado, hace S. cosas raras o poco corrientes en el último (tiempo/período)? ¿Se pasea por la calle murmurando solo, se viste de manera extraña, rebusca en los cubos de basura? ¿Actúa así a menudo?

P.68 PUNTUAR LA CONDUCTA EXTRAÑA DEL SUJETO (col.20)

0= ninguna
1= sólo ocasionalmente
2= la mayoría de las veces

P.69 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.21)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no hay conducta extraña

SECCION C - DESEMPEÑO SOCIAL DEL SUJETO

1. Tareas de la casa
2. Administración de la casa
3. Cuidado de los niños
4. Actividades de ocio (uso del tiempo libre)
5. Conversación diaria con el informante
6. Apoyo al informante
7. Afectividad al informante
8. Relaciones de pareja
9. Trabajo/estudio
10. Toma de decisiones en la casa
11. Manejo de recursos comunitarios
12. Interés por acontecimientos socio-culturales
13. Relaciones interpersonales

¿Me gustaría preguntarle ahora sobre el comportamiento de S en el último (tiempo/período) si ayuda en casa, como va en el trabajo, la relación con Ud. y con otros...

Cada rol es evaluado en 3 aspectos:

- DESEMPEÑO DEL SUJETO
- CAMBIOS EN EL DESEMPEÑO
- ESTRES DEL INFORMANTE

(Las preguntas que figuran a continuación se harán hasta el final de esta sección. Se preguntará el estrés del informante siempre que no sea 0 la puntuación de cualquier ítem del desempeño social.)

ESTRES:

¿Como se sintió Ud. cuando S...? (Dar un ejemplo de conducta)

Se sintió trastornado/enfadado/angustiado/preocupado/molesto por su conducta.

Si contesta un poco, a veces, puntuar 1

Si contesta muy preocupado, angustiado..puntuar 2

Si el informante no siente estrés:

¿Por qué no siente Ud. estrés?

Si el informante no siente estrés y el desempeño social de S que se evalúa en el ítem ha durado un tiempo prolongado preguntar:

¿Es que se ha acostumbrado Ud. a ello?

Si la respuesta es SI, puntuar 3

SECCION : C1 - TAREAS DE LA CASA

¿Realiza las tareas de casa en el último (tiempo/período)? ¿Va a comprar, limpia la casa, cocina? ¿Tiene Ud. que recordarle que lo haga? ¿Lo hace con regularidad o solo, ej. friega los platos a veces y nada más?

P.70 PUNTUAR DESEMPEÑO DEL SUJETO (col.22)

0= participa en las tareas principales de la casa con regularidad
1= participa sólo en algunas o hay que estimularle
2= nunca participa

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.71 y P.72)

¿Participa de la misma manera ahora, que antes que empezara su problema?

P.71 PUNTUAR CAMBIOS EN EL DESEMPEÑO (col.23)

0= ahora hace lo mismo
1= hace menos
2= hace más
9= no se puede aplicar

P.72 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.24)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : C2 - ADMINISTRACION DE LA CASA

¿Toma parte S en la administración de la casa en el último (tiempo/período)?...¿Paga las cuentas, se ocupa de reparar algo? ¿Hace esto regularmente?

P.73 PUNTUAR DESEMPEÑO DEL SUJETO (col.25)

0= participa en las cuestiones principales
1= participa sólo en algunas y ocasionalmente
2= nunca participa

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.74 y P.75)

¿Participa de la misma manera ahora, que antes que empezara su problema?

P.74 PUNTUAR CAMBIOS EN EL DESEMPEÑO (col.26)

0= ahora hace lo mismo
1= hace menos
2= hace más
9= no se puede aplicar

P.75 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.27)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : C3 - CUIDADO DE LOS NIÑOS

(Si S. tiene hijos)

¿Cuida a los niños en el último (tiempo/período)? ¿Los viste, acuesta, les da de comer, se preocupa de ellos? ¿Cuida al niño/os regularmente o solo de vez en cuando? ¿Tiene interés en ellos?

P.76 PUNTUAR DESEMPEÑO DEL SUJETO (col.28)

0= participa en las tareas habituales
1= participa sólo en algunas y de forma irregular
2= nunca participa

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.77 y P.78)

¿Cuida al niño/os de la misma manera ahora, que antes que empezara su problema?

P.77 PUNTUAR CAMBIOS EN EL DESEMPEÑO (col.29)

0= ahora hace lo mismo
1= hace menos
2= hace más
9= no se puede aplicar

P.78 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.30)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : C4 - ACTIVIDADES DE OCIO Y USO DEL TIEMPO LIBRE

¿Tiene actividades durante el tiempo libre? ¿Ve a amigos o les invita a casa?, ¿Va a reuniones o actividades culturales, deportivas? ¿Lee, escucha música? ¿Se mantiene ocupado espontáneamente o hay que animarle?

P.79 PUNTUAR DESEMPEÑO DEL SUJETO (col.31)

0= realiza actividades regulares sin necesidad de estímulo
1= realiza algunas y necesita a veces ser estimulado
2= no tiene actividades aunque se le anime a ello

(Si la puntuación es 0 puntuar 9 en las preguntas P.80 y P.81)

¿Tiene más actividades ahora, que antes que empezara su problema?

P.80 PUNTUAR CAMBIOS EN EL DESEMPEÑO (col.32)

0= ahora hace lo mismo
1= hace menos
2= hace más
9= no se puede aplicar

P.81 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.33)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : C5 - RELACION INFORMANTE-SUJETO : CONVERSACION DIARIA

¿Charla Ud. con S de cosas cotidianas en el último (tiempo/período)? ¿Le cuenta cosas sobre su trabajo, de las noticias del periódico, de la televisión? ¿Le gusta hablar de estas cosas o necesita que le animen?

P.82 PUNTUAR CONVERSACION DIARIA (col.34)

0= charla diaria regular sin necesidad de estímulo
1= irregular, se necesita estimular a S para que hable
2= rara vez habla aunque se le anime

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.83 y P.84)

¿Habla con Ud. lo mismo que antes que empezara su problema?

P.83 PUNTUAR CAMBIOS EN LA CONVERSACION (col.35)

0= ahora lo mismo
1= ahora menos
2= ahora más
9= no se puede aplicar

P.84 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.36)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : C6 - RELACION INFORMANTE - SUJETO : APOYO

¿Puede Ud. discutir con S sobre sus problemas o preocupaciones en el último (tiempo/período)? ¿Se muestra comprensivo/a con sus problemas? ¿Reacciona con facilidad ante sus problemas o lo hacía de mala gana?

P.85 PUNTUAR APOYO DEL SUJETO (col.37)

0= normalmente S tiende a dar apoyo a los demás
1= no siempre está dispuesto a dar apoyo
2= nunca da apoyo cuando se lo piden

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.86 y P.87)

¿Le apoya S de la misma manera ahora, que antes que empezara su problema?

P.86 PUNTUAR CAMBIOS EN EL APOYO (col.38)

0= ahora es lo mismo
1= hace menos
2= hace más
9= no se puede aplicar

P.87 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.39)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : C7 - RELACION INFORMANTE SUJETO : AFECTIVIDAD Y AMISTAD

¿Ha sido cariñoso/a con Ud. en el último (tiempo/período)? ¿Amistoso, afectuoso todo el tiempo? ¿Cuando se muestra frío/hostil y Ud. se dirigía a él de manera amistosa, responde?

P.88 PUNTUAR AFECTIVIDAD/AMISTAD DEL SUJETO (col.40)

0= hay una relación afectiva y amistosa
1= a veces es hostil pero responde cuando se le trata amistosamente.
2= no hay afectividad ni amistad en el S

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las Preguntas P.89 y P.90

¿Es menos o más afectuoso ahora, que cuando empezó su problema?

P.89 PUNTUAR CAMBIOS EN LA AFECTIVIDAD (col.41)

0= ahora es lo mismo
1= es menos
2= es más
9= no se puede aplicar

P.90 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.42)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : C8 - RELACIONES DE PAREJA

¿Tiene pareja?

(Si esta casado/a o vive con su pareja, preguntar a su pareja)

¿Está interesado/a, se comporta de forma adecuada?

P.91 PUNTUAR RELACIONES DE PAREJA DEL SUJETO (col.43)

0= tiene pareja. Se muestra interesado/a con su pareja

1= es inadecuado (indiferente o demasiado exigente)

2= no tiene pareja

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las Preguntas P.92 y P.93)

¿Han cambiado sus relaciones de pareja desde que empezó su problema?

P.92 PUNTUAR CAMBIOS EN LAS RELACIONES DE PAREJA (col.44)

0= ahora es lo mismo

1= ahora peor

2= ahora mejor

9= no se puede aplicar

P.93 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.45)

0= ninguno

1= moderado

2= grave

3= resignación

9= no se puede aplicar

SECCION : C9 - TRABAJO Y/O ESTUDIO

¿Ha tenido dificultades en su trabajo /estudio en el último (tiempo/período)? ¿Decía que era demasiado difícil para él? ¿Que no podía concentrarse? ¿Se quejaba de no poder terminar el trabajo a tiempo? ¿Le han llamado la atención? ¿Ha ido a trabajar tarde, volvía demasiado pronto o ni siquiera iba?

P.94 PUNTUAR EL TRABAJO/ESTUDIO DEL SUJETO (col.46)

0= no hay evidencia de problemas
1= tiene dificultades en el trabajo/estudio
2= no trabaja ni estudia

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.95 y P.96)

¿Trabaja o estudia de la misma manera ahora que antes que empezara su problema?

P.95 PUNTUAR CAMBIOS EN EL TRABAJO/ESTUDIO (col.47)

0= ahora es lo mismo
1= hace menos
2= hace más
9= no se puede aplicar

P.96 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.48)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : C10 - CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES EN CASA

Ya me ha dicho lo que hacía S en la casa, en su tiempo libre, en el trabajo, etc., pero ¿Quién toma las decisiones en el último (tiempo/período), si hay que comprar algo, donde ir, la hora de dormir los niños, el dinero de bolsillo, etc? ¿El/ella toma parte en estas decisiones? ¿Lo hace siempre o sólo en ocasiones?.

P.97 PUNTUAR LA PARTICIPACION DEL SUJETO EN LA TOMA DE DECISIONES(col.49)

0= participa en tomar decisiones regularmente
1= participa ocasionalmente
2= nunca participa

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.98 y P.99)

¿Participa de la misma manera ahora, que antes que empezara su problema?

P.98 PUNTUAR CAMBIOS EN LA TOMA DE DECISIONES (col.50)

0= participa lo mismo
1= participa menos
2= participa más
9= no se puede aplicar

P.99 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.51)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : C11 - MANEJO DE RECURSOS COMUNITARIOS

¿Sabe manejar el dinero, el uso de transportes y comunicaciones, es capaz de ir a una oficina a informarse de algo? ¿Lo hace con regularidad, o hay que animarle, en este último (tiempo/período)?

P.100 PUNTUAR EL MANEJO EN LOS RECURSOS COMUNITARIOS (col.52)

0= lo hace normalmente
1= ocasionalmente o con dificultades
2= nunca lo hace

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.101 y P.102)

¿Utiliza los recursos comunitarios de la misma manera ahora, que antes que empezara su problema?

P.101 PUNTUAR CAMBIOS EN EL MANEJO DE RECURSOS COMUNITARIOS (col.53)

0= ahora lo mismo
1= ahora menos
2= ahora más
9= no se puede aplicar

P.102 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.54)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : C12 - INTERES POR ACONTECIMIENTOS SOCIOCULTURALES

¿Tiene interés por los acontecimientos culturales, políticos, comenta noticias del periódico, de la televisión, de lo que ocurre en su barrio, etc., en el último (tiempo/período)?

P.103 PUNTUAR INTERES POR LOS ACONTECIMIENTOS SOCIOCULTURALES (col.55)

0= los tiene normalmente
1= sólo ocasionalmente
2= no se interesa en absoluto

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.104 y P.105)

¿Tiene el mismo interes ahora, que antes que empezara su problema?

P.104 PUNTUAR CAMBIOS EN EL INTERES POR LOS ACONTECIMIENTOS (col.56)

0= ahora el mismo
1= ahora menos
2= ahora más
9= no se puede aplicar

P.105 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.57)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : C13 - RELACIONES INTERPERSONALES

¿Cómo se relaciona con los demás? ¿Tiene amigos/as, habla con los vecinos, sale con amigos o va a visitarles en el último (tiempo/periodo)?

P.106 PUNTUAR RELACIONES INTERPERSONALES (col.58)

0= las tiene sin dificultad
1= ocasionalmente o con dificultades
2= no las tiene o tiene muchas dificultades

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.107 P.108)

¿Sus relaciones interpersonales son ahora de la misma manera que antes que empezara su problema?

P.107 PUNTUAR CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES (col.59)

0= lo mismo
1= ahora menos
2= ahora más
9= no se puede aplicar

P.108 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.60)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : D - CARGA OBJETIVA

1. Problemas emocionales de los niños
2. Relaciones del niño/os con el sujeto
3. Problemas emocionales del informante
4. Vida social del informante
5. Tiempo libre del informante
6. Problemas económicos del informante
7. Trastornos en la vida del informante
8. Relaciones en casa
9. Trastornos provocados en la vida de otros

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre Ud. y sobre otras personas que viven en la casa. Quisiera saber si han tenido problemas y si estos tienen que ver con S. en este último (tiempo/período)

(Las preguntas referentes a los niños se harán si hay por lo menos un niño pequeño o de edad escolar y están viviendo en la casa. Las preguntas que figuran a continuación se harán hasta el final de la sección, para puntuar el estrés del informante ante una circunstancia adversa se sigue el modelo de las secciones anteriores).

SECCION : D1 - PROBLEMAS EMOCIONALES DEL NIÑO/OS

¿Ha sufrido el niño/os algún trastorno emocional en el último (tiempo/período)? ¿Llora mucho, está triste, enfadado, irritado, preocupado, descontento, ansioso, etc...?

(Preguntar solo si el niño/os tiene más de 5 años)

¿Es incapaz de concentrarse?

(Si tiene entre 5 y 10 años)

¿Se hace pis en la cama, o no controla sus esfínteres?

¿Llevó Ud. al niño al médico por alguno de estos problemas?

P.109 PUNTUAR PROBLEMAS EMOCIONALES DEL NIÑO (col.61)

0= ninguno

1= alguno pero sin necesidad de tratamiento

2= necesita tratamiento o está en tratamiento

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.110 y P.111)

P.110 PUNTUAR LA RELACION DEL SUJETO CON ESTA SITUACION (col.62)

0= ninguna

1= posible relación

2= una relación clara

9= no se puede aplicar

P.111 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.63)

0= ninguno

1= moderado

2= grave

3= resignación

9= no se puede aplicar

SECCION : D2 - RELACIONES DEL NIÑO/OS CON EL SUJETO

¿Cómo se lleva el niño/os con S en el último (tiempo/período)? ¿Le pide ayuda, afecto, consejo? ¿Tiene miedo de S, se mantiene alejado? ¿Intenta Ud. mantenerle a distancia?

P.112 PUNTUAR LAS RELACIONES DEL NIÑO/OS CON S. (col.64)

0= el niño no le tiene miedo, ni le evita
1= a veces intenta evitarle o tiene miedo
2= intenta evitar completamente a S. o se mantiene alejado

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.113 y P.114)

P.113 PUNTUAR LA RELACION DEL SUJETO CON ESTA SITUACION (col.65)

0= ninguna
1= posible relación
2= una relación clara
9= no se puede aplicar

P.114 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.66)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : D3 - PROBLEMAS EMOCIONALES DEL INFORMANTE

¿Ha sufrido Ud. algún problema emocional en el último (tiempo/periodo)?
¿Ha tenido dificultades en concentrarse, ha estado preocupado/a? ¿Se
siente triste, deprimido/a, inquieto, o en tensión? ¿Ha ido a ver al
médico, o a alguien por alguno de estos problemas? ¿Está Ud. en
tratamiento?

P.115 PUNTUAR PROBLEMAS EMOCIONALES DEL INFORMANTE (col.67)

0= ninguno
1= alguno pero sin necesidad de tratamiento
2= necesita tratamiento o está en tratamiento

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.116 y P.117)

P.116 PUNTUAR LA RELACION DEL SUJETO CON ESTA SITUACION (col.68)

0= ninguna
1= posible relación
2= una relación clara
9= no se puede aplicar

P.117 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.69)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : D4 - VIDA SOCIAL DEL INFORMANTE

¿Sale Ud. al cine, teatro, a pasear con su cónyuge/pareja o algún miembro de su familia? ¿Sale o ve a sus amigos en el último (tiempo/periodo)? ¿Han venido a verle o ha ido Ud. a visitarles?

P.118 PUNTUAR VIDA SOCIAL DEL INFORMANTE (col.70)

0= sale a menudo
1= algunos contactos sociales
2= ningún contacto

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.119 y P.110)

P.119 PUNTUAR LA RELACION DEL SUJETO CON ESTA SITUACION (col.71)

0= ninguna
1= posible relación
2= una relación clara
9= no se puede aplicar

P.120 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.72)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : D5 - TIEMPO LIBRE DEL INFORMANTE

¿Tiene Ud. tiempo de hacer cosas como leer el periódico, ver la televisión, ir a alguna reunión en el último (tiempo/periodo)?

P.121 PUNTUAR EL TIEMPO LIBRE DEL INFORMANTE (col.73)

0= tiene tiempo libre
1= algo de tiempo libre durante el día
2= no tiene tiempo libre

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.122 y P.123)

P.122 PUNTUAR LA RELACION DEL SUJETO CON ESTA SITUACION (col.74)

0= ninguna
1= posible relación
2= una relación clara
9= no se puede aplicar

P.123 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.75)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : D6 - PROBLEMAS ECONOMICOS DEL INFORMANTE

¿Tiene problemas de dinero? ¿Ha tenido gastos extras, o alguna reducción de ingresos? ¿Ha tenido dificultades para hacer frente a los gastos?

P.124 PUNTUAR PROBLEMAS ECONOMICOS DEL INFORMANTE (col.76)

0= no tiene
1= algunos problemas
2= graves problemas económicos

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.125 y P.126)

P.125 PUNTUAR LA RELACION DEL SUJETO CON ESTA SITUACION (col.77)

0= ninguna
1= posible relación
2= una relación clara
9= no se puede aplicar

P.126 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.78)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

TARJETA 3

SECCION : D7 _ TRASTORNOS EN LA VIDA DEL INFORMANTE

¿Estos problemas le han afectado en su trabajo, en su casa, de tal manera que le resulta insoportable la situación?

P.127 PUNTUAR EL TRASTORNO EN LA VIDA DEL INFORMANTE (col.11)

0= no hay
1= ciertos trastornos soportables
2= graves trastornos

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.128 y P.129)

P.128 PUNTUAR LA RELACION DEL SUJETO CON ESTA SITUACION (col.12)

0= ninguna
1= posible relación
2= una relación clara
9= no se puede aplicar

P.129 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.13)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : D8 - RELACIONES EN CASA

¿Ha habido muchos roces en casa en el último (tiempo/período)? ¿Han discutido mucho, está tenso el ambiente, se ha ido algún miembro de la familia o ha amenazado con irse?

P.130 PUNTUAR RELACIONES EN CASA (col.14)

0= no hay tensiones
1= discusiones y roces regularmente
2= discusiones constantes

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.131 y P.132)

P.131 PUNTUAR LA RELACION DEL SUJETO CON ESTA SITUACION (col.15)

0= ninguna
1= posible relación
2= una relación clara
9= no se puede aplicar

P.132 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.16)

0= ninguno
1= moderado
2= grave
3= resignación
9= no se puede aplicar

SECCION : D9 - TRASTORNOS PROVOCADOS EN LA VIDA DE OTROS

¿S. ha trastornado de alguna manera la vida de otras personas en el último (tiempo/período)? ¿Se han sentido afectados los vecinos u otras personas ajenas a la casa?

P.133 PUNTUAR TRASTORNOS EN LA VIDA DE OTROS (col.17)

0= ninguno

1= alguna vez

2= afecta frecuentemente a otros, ej. ha molestado a los vecinos por la noche

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.134 y P.135)

P.134 PUNTUAR LA RELACION DEL SUJETO CON ESTA SITUACION (col.18)

0= ninguna

1= posible relación

2= una relación clara

9= no se puede aplicar

P.135 PUNTUAR ESTRES DEL INFORMANTE (col.19)

0= ninguno

1= moderado

2= grave

3= resignación

9= no se puede aplicar

SECCION : E - APOYOS AL INFORMANTE Y CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

1. Apoyo de familiares
2. Apoyo de amigos y vecinos
3. Apoyo de instituciones sociales
4. Características de la vivienda del informante

Ahora le voy a preguntar sobre las ayudas y apoyos con los que cuenta, si se siente Ud. apoyado/a o ha recibido algún tipo de ayuda de amigos, familiares y de instituciones sanitarias o sociales durante el último (tiempo/período). Para terminar quisiera que Ud. me dijera algo más sobre las características de su vivienda.

SECCION : E1 - APOYO DE FAMILIARES

¿Ha visto o hablado con algún miembro de su familia, o de su familia política, digamos, una vez por semana o más durante el último (tiempo/período)?

P.136 PUNTUAR CONTACTO CON FAMILIARES (col.20)
(por lo menos por teléfono)

0= no hay contactos
1= por lo menos un contacto
2= dos o más contactos

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en la pregunta P.137)

¿Ha hablado Ud. con algún familiar de S y de los problemas que nos ha descrito? ¿Hubiera podido hacer frente a la situación de no haber hablado con...(familiar)?

P.137 PUNTUAR ALIVIO DEL INFORMANTE AL CONFIARSE A UN FAMILIAR (col.21)

0= no hay alivio
1= algún alivio
2= alivio considerable
9= no se puede aplicar

¿Ha tenido Ud. alguna ayuda de sus familiares, por ej. de dinero, cuidar a los niños, quedarse en casa para ayudarle, venir a verle a Ud. o a S, en el último (tiempo/período)?
(Puntuar cualquier cosa que el informante haya definido como ayuda)

P.138 PUNTUAR AYUDA DE LOS FAMILIARES (col.22)

0= no ha habido ayuda
1= alguna ayuda
2= ayuda considerable

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en la pregunta P.139)
¿Esta ayuda por parte de...(familiar), le permitió a Ud. organizarse mejor? ¿Hubiera podido hacer frente a la situación sin esa ayuda?

P.139 PUNTUAR EL ALIVIO DEL INFORMANTE POR ESTA AYUDA (col.23)

0= no hay alivio
1= algún alivio
2= alivio considerable
9= no se puede aplicar

SECCION : E2 - APOYO DE AMIGOS O VECINOS

¿Ha visto o hablado regularmente con algún amigo o vecino, por ej. una vez a la semana o más en el último (tiempo/período)?

P.140 PUNTUAR CONTACTO CON AMIGOS/VECINOS (col.24)
(por teléfono o en persona)

0= no hay contacto
1= por lo menos un contacto
2= dos o más contactos

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en la pregunta P.141)

¿Habló Ud. con...(amigo/vecino) de S y de los problemas que nos ha descrito? ¿Significa para Ud. un alivio?

P.141 PUNTUAR EL ALIVIO DEL INFORMANTE (col.25)

0= no hay alivio
1= algún alivio
2= alivio considerable
9= no se puede aplicar

¿Ha tenido alguna ayuda de sus amigos/vecinos por ej. de dinero, cuidar de los niños, quedarse en casa para ayudarle, o venir a verle a Ud. o a S, en el último (tiempo/período)?
(Puntuar cualquier cosa que el informante haya definido como ayuda)

P.142 PUNTUAR LA AYUDA DE AMIGOS/VECINOS (col.26)

0= no ha habido ayuda
1= alguna ayuda
2= ayuda considerable

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en la pregunta P.143)

Esta ayuda por parte de...(amigo/vecino), le permitió a Ud. organizarse mejor? ¿Hubiera podido hacer frente a la situación sin esta ayuda?

P.143 PUNTUAR EL ALIVIO DEL INFORMANTE POR ESTA AYUDA (col.27)

0= no hay alivio
1= algún alivio
2= alivio considerable
9= no se puede aplicar

SECCION : E3 - APOYO DE INSTITUCIONES SOCIO-SANITARIAS

¿Ha tenido algún contacto con las instituciones socio-sanitarias? ¿Se ha puesto en contacto con algún asistente social, médico, psicólogo, de los servicios de salud mental? ¿Ha tenido alguna ayuda en casa por parte de las instituciones?

P.144 PUNTUAR EL CONTACTO CON INSTITUCIONES SOCIO-SANITARIAS (col.28)
(por teléfono o en persona)

0= no hay contacto
1= por lo menos un contacto
2= dos o más contactos

(Si la puntuación es 0, puntuar 9 en las preguntas P.145, 146 y 147)

¿Habló Ud. de S con...(institución socio-sanitaria) y de los problemas que nos ha descrito? ¿Hubiera Ud. podido hacer frente a la situación de no haber hablado con...(institución)?

P.145 PUNTUAR ALIVIO DEL INFORMANTE (col.29)

0= no hay alivio
1= algún alivio
2= alivio considerable
9= no se puede aplicar

¿Ha tenido Ud. alguna ayuda de las instituciones socio-sanitarias en el último (tiempo/período), como por ej. dinero, ayuda a domicilio, etc? (puntuar cualquier cosa que el informante haya definido como ayuda)

P.146 PUNTUAR LA AYUDA DEL LAS INSTITUCIONES SOCIO-SANITARIAS (col.30)

0= no ha habido ayuda
1= alguna ayuda
2= ayuda considerable
9= no se puede aplicar

¿Esta ayuda por parte de...(institución), le permitió a Ud. organizarse mejor? ¿Hubiera podido hacer frente a la situación sin esta ayuda?

P.147 PUNTUAR ALIVIO DEL INFORMANTE POR ESTA AYUDA (col.31)

0= no hay alivio
1= algún alivio
2= alivio considerable
9= no se puede aplicar

SECCION : E4 - CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA DEL INFORMANTE

P.148 PROPIEDAD DE LA VIVIENDA (col.32)

0= propiedad del informante
1= alquilada

P.149 PUNTUAR NUMERO DE HABITACIONES (col.33)
(menos baño y cocina)

P.150 PROBLEMAS DE VIVIENDA (col.34)

0= ninguno
1= algún problema
2= graves problemas

P.151 TIEMPO QUE LLEVA EL INFORMANTE EN EL BARRIO (col.35)

0= menos de 6 meses
1= de 6 meses a 2 años
2= de 2 a 10 años
3= más de 10 años
4= toda la vida

SECCION : F - RECAIDAS

P.152 HA SIDO INGRESADO S.EN ESTE ULTIMO (tiempo/período) (col.36)

0= no ha reingresado
1= un reingreso
2= dos reingresos
3= tres reingresos
4= cuatro reingresos
5= cinco o más reingresos

SBAS (HOJA DE REGISTRO)

Medición(c.1)	Pre/post	1	2						
Usuario(c.2-5)		NºHª.....							
Tarjeta(c.6)	Estudio(c.7)	1	2	3	4	5	6		
Entrevistador(c.8)		1	2	3	4	5	6		
Grupo(c.9-10)	Experimental/Control	1	2	3					

SUJETO

P 1. Sexo (c.11)		1	2						
P 2. Edad (c.12-13)								
P 3. Estado civil (c.14)		1	2	3	4				
P 4. Ocupación (c.15)		0	1	2	3	4	5	6	7
P 5. Convivencia (c.16)		1	2	3	4	5	6		
P 6. Diagnóstico CIE-9 (c.17-20)								
P 7. Relación del I. con el usuario (c.21)		0	1	2	3	4	5		
P 8. Sexo del informante (c.22)		1	2						
P 9. Viven en la misma casa (c.23)		0	1						

INTRODUCCION

P10. Frecuencia interacción (c.24)		1	2	3	4	5			
P11. Número total de adultos casa (c.25)								
P12. Número de niños (c.26)								
P13. Nivel de estudios usuario (c.27)		1	2	3	4	5	6		
P14. Experiencia laboral usuario (c.28)		0	1	2	3				
P15. Orientación ocupacional usuario (c.29)		0	1	2	3	4	5	6	7
P16. Administración de la medicación (c.30)		0	1	2	3	4			
P17. Edad del informante (c.31-32)								
P18. Ocupación del informante (c.33)		1	2	3	4	5	6		
P19. Cuando empezó el problema (c.34)		1	2	3	4	5	6	7	
P20. Persistencia (hay o no hay) (c.35)		0	1						
P21. Actitud ante el problema (c.36)		0	1	2					
P22. Gravedad del problema (c.37)		0	1	2					
P23. Actitud ante la medicación (c.38)		0	1	2					
P24. Actitud usuario ante la medicación (c.39)		0	1	2					
P25. Renta del usuario (c.40-45)								
P25a. Nivel socioeconómico familiar (c.46)								

CONDUCTAS DEL SUJETO

P26. Tristeza (c.47)	0	1	2
P28. Retraimiento (c.49)	0	1	2
P30. Lentitud (c.51)	0	1	2
P32. Falta de memoria (c.53)	0	1	2
P34. Inactividad (c.55)	0	1	2
P36. Dependencia (c.57)	0	1	2
P38. Indecisión (c.59)	0	1	2
P40. Preocupación (c.61)	0	1	2
P42. Miedo (c.63)	0	1	2
P44. Obsesión (c.65)	0	1	2
P46. Ideas extrañas (c.67)	0	1	2
P48. Sobreactividad (c.69)	0	1	2
P50. R. imprevisibles (c.71)	0	1	2
P52. Irritabilidad (c.73)	0	1	2
P54. Descortesía (c.75)	0	1	2
P56. Violencia (c.77)	0	1	2
P58. Ideas suicidas (col.79)	0	1	2
P60. Exhibicionismo (col.12)	0	1	2
P62. Consumo Tóxicos (col.14)	0	1	2
P64. Descuido personal (col.16)	0	1	2
P66. Dolores físicos (col.18)	0	1	2
P68. Conducta extraña (col.20)	0	1	2

ESTRES

P 27. (c.48)	0	1	2	3	9
P 29. (c.50)	0	1	2	3	9
P 31. (c.52)	0	1	2	3	9
P 33. (c.54)	0	1	2	3	9
P 35. (c.56)	0	1	2	3	9
P 37. (c.58)	0	1	2	3	9
P 39. (c.60)	0	1	2	3	9
P 41. (c.62)	0	1	2	3	9
P 43. (c.64)	0	1	2	3	9
P 45. (c.66)	0	1	2	3	9
P 47. (c.68)	0	1	2	3	9
P 49. (c.70)	0	1	2	3	9
P 51. (c.72)	0	1	2	3	9
P 53. (c.74)	0	1	2	3	9
P 55. (c.76)	0	1	2	3	9
P 57. (c.78)	0	1	2	3	9
P 59. (c.11)	0	1	2	3	9
P 61. (c.13)	0	1	2	3	9
P 63. (c.15)	0	1	2	3	9
P 65. (c.17)	0	1	2	3	9
P 67. (c.19)	0	1	2	3	9
P 69. (c.21)	0	1	2	3	9

ROLES SOCIALES DEL SUJETO

ROLES

CAMBIOS

ESTRES

P70.Tareas casa(c.22)	0 1 2	P71.(c.23)	0 1 2 9	P72.(c.24)	0 1 2 3 9
P73.Admon. casa(c.25)	0 1 2	P74.(c.26)	0 1 2 9	P75.(c.27)	0 1 2 3 9
P76.Cuid. hijos(c.28)	0 1 2	P77.(c.29)	0 1 2 9	P78.(c.30)	0 1 2 3 9
P79.Ocio (c.31)	0 1 2	P80.(c.32)	0 1 2 9	P81.(c.33)	0 1 2 3 9
P82.Conversac. (c.34)	0 1 2	P83.(c.35)	0 1 2 9	P84.(c.36)	0 1 2 3 9
P85.Apoyo (c.37)	0 1 2	P86.(c.38)	0 1 2 9	P87.(c.39)	0 1 2 3 9
P88.Afectividad(c.40)	0 1 2	P89.(c.41)	0 1 2 9	P90.(c.42)	0 1 2 3 9
P91.Rel. pareja(c.43)	0 1 2	P92.(c.44)	0 1 2 9	P93.(c.45)	0 1 2 3 9
P94.Trabaj/estu(c.46)	0 1 2	P95.(c.47)	0 1 2 9	P96.(c.48)	0 1 2 3 9
P97.Decisiones (c.49)	0 1 2	P98.(c.50)	0 1 2 9	P99.(c.51)	0 1 2 3 9
P100Recursos C.(c.52)	0 1 2	P101(c.53)	0 1 2 9	P102(c.54)	0 1 2 3 9
P103A.Sociocult(c.55)	0 1 2	P104(c.56)	0 1 2 9	P105(c.57)	0 1 2 3 9
P106Rel.interp.(c.58)	0 1 2	P107(c.59)	0 1 2 9	P108(c.60)	0 1 2 3 9

CARGA OBJETIVA

ATRIBUCION

ESTRES

P109Prob.niños (c.61)	0 1 2	P110(c.62)	0 1 2 9	P111(c.63)	0 1 2 3 9
P112R.niño/Suj.(c.64)	0 1 2	P113(c.65)	0 1 2 9	P114(c.66)	0 1 2 3 9
P115P.emoc.Inf.(c.67)	0 1 2	P116(c.68)	0 1 2 9	P117(c.69)	0 1 2 3 9
P118V.social I.(c.70)	0 1 2	P119(c.71)	0 1 2 9	P120(c.72)	0 1 2 3 9
P121T. libre I.(c.73)	0 1 2	P122(c.74)	0 1 2 9	P123(c.75)	0 1 2 3 9
P124Prob.econom(c.76)	0 1 2	P125(c.77)	0 1 2 9	P126(c.78)	0 1 2 3 9
P127Trast.vida (c.11)	0 1 2	P128(c.12)	0 1 2 9	P129(c.13)	0 1 2 3 9
P130Relac. casa(c.14)	0 1 2	P131(c.15)	0 1 2 9	P132(c.16)	0 1 2 3 9
P133Trast.otros(c.17)	0 1 2	P134(c.18)	0 1 2 9	P135(c.19)	0 1 2 3 9

APOYOS

FAMILIARES

P136. Contactos (c.20)	0 1 2 9
P137. Alivio (c.21)	0 1 2 9
P138. Ayuda(c.22)	0 1 2 9
P139. Alivio/ayuda (c.23)	0 1 2 9

AMIGOS/VECINOS

P140. Contactos (c.24)	0 1 2 9
P141. Alivio (c.25)	0 1 2 9
P142. Ayuda (c.26)	0 1 2 9
P143. Alivio/ayuda (c.27)	0 1 2 9

INSTITUCIONES

P144. Contactos (c.28)	0 1 2 9
P145. Alivio (c.29)	0 1 2 9
P146. Ayuda (c.30)	0 1 2 9
P147. Alivio/ayuda (c.31)	0 1 2 9

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA DEL INFORMANTE

P148. Propiedad de la vivienda (c.32)	0 1
P149. Número de habitaciones (c.33)
P150. Problemas de la vivienda (c.34)	0 1 2
P151. TIEMPO QUE LLEVA EL INFORMANTE EN EL BARRIO(c.35)	0 1 2 3 4
P152. RECAIDAS(c.36)(tiempo/período)	0 1 2 3 4 5

APENDICE 3

Bibliografía del SBAS.

BARNES, T.R.E., MILAVIC, G., CURSON, D. y PLATT, S. (1983). Use of the Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) in a trial of maintenance antipsychotic therapy in schizophrenic outpatients: pimozide versus fluphenazine. *Social Psychiatry*, 18, 193-199.

BIRCHWOOD, M., SMITH, J., COCHRANE, R., WETTON, S. y COPESTAKE, S. (1990). The Social Functioning Scale: The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.

CARDIN, V.A., MCGILL, C.W. y FALLOON, I. (1985). An economic analysis: costs, benefits and effectiveness. en I.R. Falloon (Ed.). *Family management of schizophrenia*. Baltimore: John's Hopkins University Press.

CURSON, D., BARNES, T.R.E., BAMBER, R., PLATT, S., HIRSCH, S. y DUFFY, J. (1985). Long-term depot maintenance of chronic schizophrenic out-patients. The seven year follow-up of the MRC fluphenazine/placebo trial. *British Journal of Psychiatry*, 146, 464-480.

CURSON, D., HIRSCH, S., PLATT, S., BAMBER, R. y BARNES, T.R.E. (1986). Does short term placebo treatment of chronic schizophrenia produce long-term harm?. *British Medical Journal*, 293, 726-728.

DOANE, J., FALLOON, I., GOLDSTEIN, M. y MINTZ, J. (1985). Parental affective style and the treatment of schizophrenia. *Archives of general Psychiatry*, 42, 34-42.

FADDEN, G., BEBBINGTON, P. y KUIPERS, L. (1987). Caring and its burdens - a study of the spouse of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 660-667.

FALLOON, I., BOYD, J. y MCGILL, C. (1984). *Family Care of Schizophrenia*. Londres: Guilford Press.

FALLOON, I. y PEDERSON, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147, 156-163.

FALLOON, I. y OTROS (1985). *Family Management of Schizophrenia. A Study of Clinical, Social, Family and Economic Benefits*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

FALLOON, I., MCGILL, C., BOYD, J. y PEDERSON, J. (1987). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 17, 59-66.

GIBBONS, J.S., HORN, S., POWELL, J. y GIBBONS, J.L. (1984). Schizophrenic patients and their families: a survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *British Journal of Psychiatry*, 144, 70-77.

HIRSCH, S., PLATT, S., KNIGHTS, A. y WEYMAN, A. (1979). Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. *British Medical Journal*, 1, 442-446.

HIRSCH, S., PLATT, S., WEYMAN, A. y KNIGHTS, A. (1979). A brief hospitalization policy: the effect upon patients and their families. En M. Meacher (Ed.). *New Methods of Mental Health Care*. Londres: Pergamon.

JACKSON, H., SMITH, N. y MCGORRY, P. (1990). Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: an exploratory study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 243-249.

JONES, D. y VETTER, N. (1984). A survey of those who care for the elderly at home: their problems and their needs. *Social Science and Medicine*, 19, 511-514.

KATSCHNIG, H. (1983). Methods for social adjustment. En T. Helgason (Ed.). *Methodology in Evaluation of Scientific Treatment*. Cambridge: Cambridge University Press.

KLIN, P. (1983). (Review of SBAS). *British Journal of Psychiatry*, 143, 534.

LUTZ, M., APPELT, H. y COHEN, R. (1980). Belastungsfaktoren in den Familien alkoholkranker und depressiver Frauen aus der Sicht der Ehemänner. *Social Psychiatry*, 15, 137-144.

OTERO, B. y RASCON, M. (1986). Confiabilidad de la Escala de Valoración de la Conducta Social (SBAS). *Salud Mental* 11, 1, 8-12.

OTERO, V. y REBOLLEDO, S. (1990). Escala de desempeño psicosocial. (Social Behaviour Assessment Schedule). *Psiquis* 10, 11, 39-47.

OTERO, V. y REBOLLEDO, S. (1992). Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquis* 13, 3, 54-61.

OTERO, V. y REBOLLEDO, S. (1993). Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación. *Psiquiatría Pública*, 5, 4, 217-223.

PERLICK, D., STASTNY, P., MATTIS, S. y TERESI, J. (1992). Contribution of family, cognitive and clinical dimensions to long-term outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6, 257-265.

PLATT, S., WEYMAN, A., HIRSCH, S. y HEWETT, S. (1980). The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry*, 15, 43-55.

PLATT, S. (1981). Social adjustment as a criterion of treatment success: just what are we measuring?. *Psychiatry*, 44, 2, 95-112.

PLATT, S. y HIRSCH, S. (1981). The effects on brief hospitalization upon the psychiatric patient's household. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64, 199-216.

PLATT, S., HIRSCH, S. y KNIGHTS, A. (1981). Effects of brief hospitalization on psychiatric patient's behaviour and social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 117-128.

PLATT, S., HIRSCH, S. y WEYMAN, A. (1983). **Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS)** 3rd edition. Windsor, Berks: NFER-Nelson Publishing Co.

PLATT, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.

PLATT, S. (1986). Evaluating social functioning: a critical review of scales and their underlying concepts. En Bradley y S.R. Hirsch (Eds.). *The Psychopharmacology and Treatment of Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press.

SCHEME, A. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden: Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289-297.

WALLACE, C. (1986). Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 4, 604-624.

WATERHOUSE, J. y PLATT, S. (1990). General hospital admission in the management of parasuicide - a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 156, 236-242.

WEISSMAN, M., SHOLOMSKAS, M. y JOHN, K. (1981). The assessment of social adjustment: an update. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1250-1258.

WINEFIELD, H. y HARVEY, E. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 3, 619-625.