

---

# INTERVENCIÓN CENTRADA EN EL RECONOCIMIENTO DE PRÓDROMOS: PROBLEMÁTICA OBSERVADA DESDE UN CRPS

---

CARLOS REBOLLEDA GIL

*Psicólogo. Centro de rehabilitación psicosocial de Aranjuez, Hermanas Hospitalarias. Madrid.*

Recepción: 13-07-10 / Aceptación: 20-07-10

## RESUMEN

El objetivo del presente artículo es, en un primer lugar, llevar a cabo una revisión acerca de la evolución que han tenido hasta nuestros días tanto los programas de psicoeducación como los métodos de abordaje centrados en el reconocimiento y manejo de pródromos en personas con un diagnóstico de psicosis y trastorno bipolar.

Posteriormente se ponen de manifiesto algunas dificultades encontradas durante la puesta en práctica de un programa psicoeducativo centrado en el reconocimiento y manejo de pródromos en el centro de rehabilitación psicosocial de Aranjuez, así como las estrategias usadas para tratar de solventar éstas.

Por último se detallan y tratan de responder algunas cuestiones que surgen durante la aplicación del programa psicoeducativo y la elaboración de este trabajo.

## Palabras clave

CRPS, pródromos, programas psicoeducativos.

## ABSTRACT

The aim of the present article is in a first place carry out a review about the evolution that have had until our days so much the psychoeducative programs and the methods of intervention centered in the recognition and handle of prodromes in people with a diagnose of psychosis and bipolar disorder.

Subsequently we put of manifest some difficulties found during the put in practice of a psychoeducative program centered in the recognition and handle of prodromes in the CRPS of Aranjuez and the strategies used to treat to solve these.

Finally we detail and treat to answer

some questions that arise during the application of the psychoeducative program and the elaboration of this work.

### Key words

CRPS, prodromes, psychoeducative programs.

## 1. JUSTIFICACIÓN/ FUNDAMENTACIÓN

La finalidad de este artículo es tratar de poner de manifiesto las dificultades que se observan en usuarios con los que se interviene para que adquieran estrategias destinadas al reconocimiento de pródromos, encontrando que en muchos casos estas dificultades no sólo se basan en la falta de capacidad por parte del usuario para el reconocimiento de estas señales de aviso de crisis, sino que tienen también que ver con dificultades para el reconocimiento de sintomatología propia de la problemática, ejemplos de esto son aquellos que presentan un cierto nivel de sintomatología psicótica positiva en el caso de usuarios diagnosticados de esquizofrenia o los que presentan cierta sintomatología hipomaníaca o maníaca en el caso de usuarios diagnosticados de trastorno bipolar. En estos usuarios, el hecho de no reconocer las señales de aviso de crisis unido al hecho de tener serias dificultades para reconocer la sintomatología propia de su problemática los pone en serio riesgo de sufrir una crisis. Por esto hemos querido ahondar en la fiabilidad de los diferentes programas de psicoeducación que abordan el reconocimiento de pródromos o de sintomatología propia de la problemática en busca de aquellas intervenciones que puedan dar un mejor resultado. Otro objetivo del presente artículo sería tratar de poner de manifiesto aquellas estrategias que pueden ser usa-

das durante el período en el que el usuario esté siendo entrenado para el reconocimiento de este tipo de sintomatología, estrategias que en este caso irían en su mayoría dirigidas al entrenamiento de profesionales y/o familiares para el apoyo al usuario en el reconocimiento y manejo de este tipo de señales.

Hay que señalar que el entrenamiento en el reconocimiento de pródromos o sintomatología psicótica, maníaca o hipomaníaca suele estar incluido en los programas de psicoeducación que habitualmente pueden tener lugar en un centro de rehabilitación psicosocial (CRPS), teniendo en cuenta que con algunos usuarios/familias este mismo tipo de intervención se puede llevar a cabo de forma individual debido a que quizás no se observe beneficioso o conveniente su inclusión en un grupo. Por tanto, sería interesante establecer un marco contextual acerca de cuáles fueron los orígenes de la psicoeducación y el camino que ese tipo de intervenciones han recorrido hasta nuestros días.

El término «psicoeducación» ha sido popularizado por Carol M. Anderson, Douglas J. Reiss y Gerard E. Hogarty, de la Universidad de Pittsburg, para referirse a una serie de principios metodológicos surgidos del trabajo previo de muchos autores y grupos.

El punto de partida del trabajo psicoeducativo lo constituyen en un principio las necesidades de las familias de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. En la década de los sesenta y debido a la masificación del empleo de fármacos antipsicóticos para estos pacientes la ocupación de los hospitales psiquiátricos disminuye de manera drástica modificando en consecuencia la política sanitaria en boga hasta entonces. Las propuestas de asilo permanente van a ser sustituidas de forma paulatina por propuestas de inserción comunitaria y familiar, que para muchas familias de estos pacientes repre-

sentan un problema grave y las hacen requerir de apoyo por parte de los servicios de salud. Los modelos terapéuticos que entonces estaban presentes van resultando poco útiles en esta labor agravando en muchas ocasiones las dificultades de convivencia de paciente y familia ante las implicaciones del proceso de terapia.

Por tanto, la necesidad de trabajar con estos pacientes diagnosticados de esquizofrenia y sus familias en la comunidad, la importancia de simplificar esta aproximación para hacerla accesible a un número importante de profesionales, la inoperancia de los modelos clínicos en boga para ello y la descripción de un patrón familiar susceptible de ser asociado con las recaídas son los precedentes necesarios para que aparezcan programas de entrenamiento a familias de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, a lo que paulatinamente se va a catalogar con el término de «psicoeducación». Este tipo de programas, conocidos en un principio sencillamente como «intervenciones psicosociales» tienen en común cuatro características (L. Dixon, A. Lehman, 1995):

- Reconocen a la esquizofrenia como una enfermedad.
- Reconocen que el ambiente familiar no está implicado en su etiología.
- Las familias son involucradas como agentes terapéuticos.
- Las intervenciones son parte de un paquete de tratamiento que utiliza además el tratamiento farmacológico y el manejo clínico de la rutina.

A partir de 1978 aparecen un gran número de autores, clínicas y grupos que mediante diversos modelos de intervención psicosocial tienen en común la sustitución del abordaje psicoterapéutico clásico de las familias por propuestas educativas buscando documentar la efi-

ca de sus propuestas. Destacan aquí autores como Goldstein (1978), Hogarty y cols. (1986), Fallon (1985), Tarrrier (1988), McFarlane (1995) y Schooler (1995) con series amplias de sujetos y familias estudiados. Todos ellos consiguen documentar un número significativamente menor de recaídas en los pacientes cuyas familias fueron tratadas y sustentar que es factible influir en la evolución de enfermedades mentales mediante el entrenamiento familiar. Es necesario señalar que el propósito general de este tipo de trabajo nada tiene que ver con «curar la esquizofrenia», ni mucho menos volverse una alternativa antagonista con otras como la terapia farmacológica.

Hogarty en 1986 define así el concepto de psicoeducación: «Consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema».

Esta propuesta parte de la creencia de que los familiares generalmente son los principales cuidadores del paciente y por lo tanto necesitan también recibir atención y apoyo por parte de los servicios de salud mental. No está de más señalar que esta atención debe redundar en primer término en beneficio del paciente y que su objetivo consiste en mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, creando ambientes bajos en estresores y disminuyendo así la probabilidad de recaída y de carga familiar.

De manera más específica, se pretende que la vulnerabilidad del paciente vaya en decremento mejorando su funcionamiento cognitivo y su motivación. Por otra parte se busca que los niveles de ansiedad de los familiares disminuyan a través del apoyo, estructura e información acerca de la enfermedad.

De la definición incluida destacan dos elementos importantes que finalmente

van a convertirse en los componentes del trabajo psicoeducativo, que serían por un lado la información que puede ofrecerse, estos serían los conocimientos de que se dispone acerca de la enfermedad que son ordenados, sistematizados y presentados de una manera clara, ágil y oportuna. Por otro lado el valor funcional que adquieren dichos conocimientos, en tanto que pretenden transformarse en comportamientos encaminados a lograr la adaptación y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Por tanto, queda claro que la psicoeducación nace como alternativa a varios modelos poco útiles para el abordaje de la integración socio-comunitaria de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, en un período en el que se apuesta en buena medida por la inclusión de este tipo de pacientes en su entorno alejándolos de los hospitales psiquiátricos, yendo a su vez ésta dirigida sobre todo a las familias como principales cuidadores de este tipo de pacientes. Referir que con el paso del tiempo se ha apostado por que este tipo de intervención no fuera únicamente destinada a las familias, sino que además también fuera dirigida a los propios pacientes, así como que no fuese aplicable únicamente a los trastornos psicóticos, sino que pudiera generalizarse a otras patologías como el trastorno bipolar o la depresión.

En estudios más recientes F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004) en su artículo «Fundamentos de la psicoeducación en los pacientes bipolares» comentan que la psicoeducación forma parte, por derecho y por resultados de la buena práctica terapéutica en los pacientes bipolares (Goodwing y cols., 2003), ya que es un tratamiento que ha demostrado su eficacia profiláctica en la prevención de recaídas y hospitalizaciones en pacientes bipolares eutímicos (Colom y cols., 2003a, 2003b).

Estos mismos autores refieren que psi-

coeducar no es únicamente explicarle al paciente durante la visita psiquiátrica en qué consiste su enfermedad y cuál es su tratamiento, actitud que por otro lado debe formar parte de la buena práctica de cualquier médico. La psicoeducación va más allá de la mera transmisión de información al paciente e incide en cambios cognitivos y conductuales derivados del conocimiento de la enfermedad, al igual que ocurre con otras enfermedades no psiquiátricas que se benefician de tratamientos similares como las enfermedades cardiovasculares (Linden, 2000), la diabetes (Olmsted y cols., 2002) o el asma (Durna y Ozcan, 2003). El tratamiento psicoeducativo tiene por tanto un carácter claramente preventivo y no es, en ningún caso, válido para abordar un episodio agudo.

En este mismo artículo se comenta que al revisar la bibliografía se encuentran varios estudios pioneros en la psicoeducación del paciente bipolar, aunque por desgracia las medidas de eficacia utilizadas en estas publicaciones seminales no suelen ser las más válidas. Distintos estudios (Van Gent y cols., 1988) utilizan como medida la opinión del paciente respecto al propio tratamiento, señalar que evidentemente no se considera la opinión del paciente una buena medida de eficacia, aunque sin duda es un dato interesante con respecto a la fiabilidad de un programa determinado. Otros estudios (Peet y Harvey, 1991) miden los cambios logrados en el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad pero no miden su repercusión sobre el curso posterior, con lo que no podemos saber el valor terapéutico real de la intervención. La medida de eficacia terapéutica debe ser (como en el caso de los fármacos) algún parámetro clínico demostrable, que dé una idea exacta sobre la repercusión de determinada información en el curso de determinada enfermedad. En el tratamiento de mantenimiento de los

trastornos bipolares, la mejor medida es el número de recaídas y hospitalizaciones más que otras medidas indirectas o manifestaciones subjetivas del paciente.

F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004) al comentar cuáles son los objetivos de la psicoeducación refieren que el objetivo general de ésta es reducir el número de recaídas del paciente y facilitarle un mejor manejo de la enfermedad que padece. Para ello se trabaja especialmente en la aceptación del diagnóstico, la detección precoz de nuevos episodios, el manejo de síntomas y el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Como ya se ha mencionado al comienzo de este artículo y una vez definidos los objetivos de la psicoeducación nosotros vamos a centrarnos en mayor medida en la detección precoz de nuevos episodios y el manejo de síntomas, tanto en trastornos bipolares como en trastornos psicóticos. Esto se debe a que esta es el área en la que mayores dificultades nos encontramos en la aplicación del modelo psicoeducativo en nuestro centro, encontrándolo muy útil en cuanto a conocimiento/aceptación de la problemática psiquiátrica, concienciación con respecto a la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico y posterior cumplimiento del mismo.

## **2. ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO EN TORNO A LA DETECCIÓN DE PRÓDROMOS Y MANEJO DE SÍNTOMAS**

Antes de exponer las dificultades encontradas en nuestro centro acerca de la detección de pródromos y manejo de sintomatología es necesario conocer los resultados que se han obtenido en estudios cuyo objetivo es analizar la fiabilidad con respecto a esta área tanto en pacientes bipolares como en pacientes psicóticos.

En primer lugar definiremos qué es el

pródromo, destacando que Molnar y cols. en 1988 refieren que son los síntomas que aparecen durante el intervalo de tiempo desde que aparecen las primeras señales hasta que los síntomas alcanzan su máxima severidad. Referir que en ocasiones estas primeras señales son bastante inespecíficas y tienen que ver con algunos pequeños cambios en el estado de la persona y en su funcionamiento (p. ej., en sus hábitos diarios o en su ciclo vigilia-sueño), por lo que son difíciles de reconocer si previamente no se han registrado como pródromos.

Con respecto a pacientes bipolares F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004), comentan que el psicólogo tiene una función clara y definida en el tratamiento de los pacientes bipolares, especialmente cuando se encuentran asintomáticos, siendo el más importante de los objetivos de su intervención la prevención de recaídas. Para lograr una mejor prevención de recaídas es esencial la mejora del cumplimiento terapéutico, pero otro aspecto tanto o más fundamental es enseñar al paciente a detectar precozmente sus recaídas para permitir una pronta intervención. En este apartado existen datos muy sólidos, estudios con una muestra suficiente, tratamientos altamente estructurados y diseños caracterizados por una metodología muy rigurosa. Quizás la mejor investigación sobre entrenamiento en detección de pródromos en trastornos bipolares sea la de Perry y cols. (1999): el tipo de intervención utilizado comprendía un número variable de sesiones (entre 7 y 12) en los que el terapeuta valiéndose de un abordaje claramente psicoeducativo entrenaba al paciente para identificar cuáles eran sus señales de recaída más habituales. Los resultados indican que los pacientes del grupo tratamiento ( $n = 34$ ) tardaban más tiempo en presentar una recaída maníaca y durante el seguimiento presentaban menos recaídas maníacas

que el grupo control ( $n = 35$ ). No parecía haber efecto alguno en la prevención de los episodios depresivos.

Colom y cols. (2003a) en el marco de un programa psicoeducativo llevaron a cabo una intervención en grupo destinada a mejorar la identificación de las señales de recaída. Los resultados a los dos años de seguimiento eran positivos para el grupo de tratamiento ( $n = 60$ ) en comparación con el grupo control de intervención no estructurada ( $n = 60$ ). Los pacientes tratados presentaban un número significativamente menor de episodios de manía/hipomanía, mixtos y depresivos y una mayor duración de los períodos de eutimia previos a la primera recaída tras el tratamiento psicológico. Dado que la intervención no se centraba únicamente en la detección de pródromos, sino que también abordaba aspectos del cumplimiento y regularidad de los hábitos, no se pudo afirmar a partir de estos datos que el entrenamiento en detección de pródromos fuera eficaz.

Para afinar en este sentido y separar el peso de cada intervención se diseñó un estudio similar al descrito anteriormente utilizando una población de pacientes bipolares con un buen cumplimiento del tratamiento farmacológico, para que en caso de existir una mejora clínica tras el tratamiento ésta no pudiera ser atribuible a la mejora del cumplimiento farmacológico. Los resultados (Colom y cols., 2003b) fueron también positivos. Los 25 pacientes bipolares tipo 1 incluidos en el grupo de tratamiento tuvieron un curso significativamente mejor que los 25 pacientes bipolares tipo 1 incluidos en el grupo control que recibían únicamente un tratamiento no estructurado. Dado que estos pacientes eran todos buenos cumplidores se descarta que dicha mejora estuviera relacionada con un cambio en los hábitos de cumplimiento. El factor que mejoraba el curso de los pacientes tratados era su ma-

yor capacidad para detectar las señales de recaída de forma precoz.

Por tanto hay evidencias que demuestran la eficacia de intervención psicológica en detección de pródromos (Perry y cols., 1999; Colom y cols., 2003b) como intervención exclusiva y un estudio (Colom y cols., 2003a) que señala su eficacia como parte de un programa más amplio de psicoeducación.

Becoña y Lorenzo (2002) en su artículo «Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar» señalan que Lam y cols. (1999) afirman que los pacientes bipolares pueden detectar pródromos, especialmente los pródromos maníacos, los cuales son detectados por ellos mejor que los pródromos depresivos. Los pródromos de manía más frecuentemente indicados son menos sueño, más conductas dirigidas a una meta, irritabilidad, incremento de la sociabilidad, pensamientos de comenzar a correr e incremento del optimismo, sin embargo los de depresión serían pérdida de interés en actividades o en la gente, no ser capaz de dejar de estar preocupado o dejar la ansiedad a parte, sueño interrumpido, sentirse triste o querer llorar, referir también que estos pacientes pueden experimentar delirios y alucinaciones durante los episodios de manía o depresión y que ocasionalmente se pueden presentar características catatónicas durante un episodio maníaco. Existe también un alto riesgo de suicidio, pudiendo surgir también abuso de sustancias, trastorno de personalidad, trastornos de ansiedad, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, otras enfermedades asociadas (p. ej., función anormal del tiroides), interacciones adversas a las drogas, etc. (American Psychiatric Association, 1994).

En este mismo artículo se destaca un estudio de Lam y cols. (2000) en el que realizan un estudio piloto con 25 pacientes con trastorno bipolar tipo 1 a los que

aplican terapia cognitiva, consistente en un número de 12 a 20 sesiones durante un período de tiempo de 6 meses. De ellos, mediante asignación al azar, 13 formaron el grupo de terapia y 12 de control, destacar que cuando entraron en tratamiento todos estaban tomando medicación. El grupo control recibió el tratamiento habitual para pacientes externos, el grupo de tratamiento un tratamiento cognitivo-conductual orientado para la prevención de recaídas que se compone de terapia cognitiva (derivada de Beck), modelo psicoeducativo, habilidades cognitivas y conductuales para afrontar los pródromos, importancia de la rutina y el sueño, además de saber qué hacer con la vulnerabilidad y las dificultades que pudieran darse a largo plazo como resultado de la enfermedad.

Los resultados de este estudio indican que en 12 pacientes en el grupo de terapia y 2 en el grupo control no se registra la aparición de episodios bipolares a lo largo de los 12 meses de seguimiento. Con lo que en el grupo control hubo significativamente más episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos, episodios de hospitalización y número de episodios totales que en el grupo de tratamiento. Ningún paciente del grupo de tratamiento fue hospitalizado a lo largo de los 12 meses de seguimiento. En otras medidas como depresión o cumplimiento con la medicación también hay diferencias favorables al grupo de tratamiento.

La conclusión de este estudio fue que los pacientes que participan en el grupo de tratamiento, respecto al control que recibe la rutina habitual de tratamiento, están mejor ya que tienen pocos episodios bipolares a lo largo del seguimiento y menos hospitalizaciones. Como era de esperar, los sujetos del grupo tratamiento a los 12 meses tenían niveles más bajos de síntomas maníacos y de síntomas depresivos, además presentaban estrategias más

eficaces de autocontrol y afrontamiento de los pródromos de manía y depresión, mostrando finalmente un mejor funcionamiento social. También se encontró que el grupo de tratamiento consiguió incrementar las ganancias una vez que se analizó el tratamiento, indicando que el modelo cognitivo de adquisición de habilidades funcionó adecuadamente ya que se mantuvieron las ganancias, incluso llegaron a aumentar las mismas después del tratamiento.

Con respecto a pacientes psicóticos referir que Jiménez Estévez y Maestro Barón (2002) en su artículo «Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia» refieren que la capacidad de las personas que padecen esquizofrenia para comprender y manejar el proceso de su enfermedad ha sido tradicionalmente infravalorada al considerar que la capacidad de introspección de los que sufren este trastorno está seriamente comprometida por el mismo. Sin embargo, los estudios realizados acerca de insight en esquizofrenia no han corroborado esa visión de todo o nada, sino que han señalado la complejidad de este factor como un fenómeno tridimensional (conciencia de enfermedad, necesidad de tratamiento y apropiado reetiquetado de síntomas) cuyos componentes fluctúan de forma independiente a lo largo del curso de la enfermedad (Birchwood y cols., 1994).

Diversos estudios han demostrado que los sujetos que sufren esquizofrenia reconocen síntomas prodrómicos y que pueden utilizarlos para monitorizar y regular su propia enfermedad, así como emprender acciones personales de afrontamiento llegando a tomar un papel más activo en su tratamiento (McCandless-Glimcher L. y cols., 1986). Lee (1993) ha demostrado cómo los propios pacientes también desarrollan estrategias de afrontamiento eficaces para manejarse con la enferme-

dad y consideran que éstas hay que potenciarlas, tratando de que ellos mismos puedan ser aliados del terapeuta en una rehabilitación eficaz. Sullwold y cols. (1992) consideran que un limitado conocimiento de la enfermedad, de los efectos de la medicación y de otras técnicas terapéuticas puede generar un amplio campo para la interpretación y la explicación irracional, que a su vez puede perjudicar al paciente mediante la activación de ansiedades y miedos dificultando así el cumplimiento terapéutico.

Estos datos han sustentado la necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas psicoeducativas (Rebolledo y Lobato, 1997) dirigidas a dotar a los pacientes de información, apoyo y estrategias de afrontamiento, estando todo esto contextualizado en un modelo de enfermedad basado en el modelo de vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977). De este modo, dotando a los pacientes de un marco para comprender los fenómenos que experimentan, sus dificultades y comportamientos desajustados, así como su relación con las diferentes estrategias terapéuticas se pretende permitirles hacer frente de una manera más efectiva a los mismos para llevar a cabo la vida más normalizada posible.

Goldman (1988) después de aplicar un programa psicoeducativo, considera que los pacientes con esquizofrenia pueden aprender y retener información. Afirma que el conocimiento acerca de la enfermedad puede ayudar a:

- Mejorar su comportamiento, neutralizando el miedo y la actitud defensiva.
- Incrementar la autoestima y autoconfianza de los pacientes.
- Hacerles pensar en formas prácticas para ayudarse.
- Propiciar una comunicación eficaz con el personal asistencial.

- Promover actividades saludables que incluyan la adhesión al tratamiento.

Atkinson y cols. (1996) refieren haber obtenido mejoras significativas en el funcionamiento social y calidad de vida de los pacientes que asistieron a los programas psicoeducativos. Moller (1997) aplicando un diseño controlado de casos, ha encontrado una disminución significativa en el número de días de ingreso hospitalario, así como una reducción del coste en los pacientes del grupo experimental.

Algunas aproximaciones psicoeducativas se han enmarcado en un contexto rehabilitador más comprensivo. Halford (1995) ha compuesto un programa de cinco módulos (medicación, automanejo de síntomas, afrontamiento de la ansiedad y la depresión, habilidades sociales, habilidades de la vida diaria y habilidades de ocio) encontrando que la mayoría de los pacientes encuentran una reducción sintomatológica, así como una mejora en su calidad de vida y del funcionamiento comunitario.

Referir que especialmente importante respecto al tema que nos ocupa es el estudio de Hogarty (1995) que desarrolla un procedimiento de intervención psicoterapéutica individual (PT) basado en el modelo psicoeducativo que de forma graduada enseña al paciente acerca de la enfermedad y su manejo, fomentando la autoobservación para detectar pródrornos y aplicar estrategias basadas en el manejo del estrés, las habilidades sociales y la resolución de problemas de la vida diaria. Este procedimiento ha demostrado tras dos años de aplicación efectos más duraderos que los que demuestra la terapia familiar de apoyo tanto en el ajuste social en los pacientes que conviven o no con su familia, como en la disminución de recaídas en los pacientes que viven con sus familias (Hogarty y cols., 1997). Finalmente añadir que las

investigaciones realizadas por el grupo Cochrane de esquizofrenia sobre ensayos clínicos controlados acerca de las intervenciones psicoeducativas han concluido que este tipo de intervenciones disminuyen el riesgo de recaídas (Adams, 2000).

Una vez llevado a cabo este análisis sobre estudios que tratan de verificar la validez de las intervenciones psicoeducativas y específicamente de aquellas centradas en el entrenamiento para el reconocimiento de pródromos y el manejo de síntomas queda patente la fiabilidad de este tipo de técnicas, tanto cuando están centradas en trastornos psicóticos como cuando están centradas en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar. A continuación pasamos a exponer nuestra experiencia en el centro con respecto a este tipo de técnicas psicoeducativas.

### **3. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO EN REFERENCIA A LOS PROGRAMAS DE PSICOEDUCACIÓN**

Una vez situado el marco contextual con respecto a los programas de psicoeducación y la evolución de éstos hasta nuestros días, definidos los objetivos de la misma y habiendo realizado un análisis acerca de los estudios y propuestas en torno al reconocimiento de pródromos y el manejo de sintomatología propia de la problemática pasamos a explicar la experiencia con respecto a este tipo de intervención en el CRPS, tratando de analizar las ventajas y dificultades encontradas con respecto a la aplicación de dicho modelo a nivel grupal.

En octubre del año 2006 se pone en funcionamiento el primer grupo de psicoeducación en el CRPS, este programa está compuesto por 6 usuarios, los criterios de inclusión para elegir los componentes del grupo fueron:

- Buena conciencia de enfermedad.
- Buena disposición mostrada por estos usuarios para conocer más aspectos de su enfermedad y poder aplicarlos para su mejora terapéutica.
- No presencia de sintomatología y desestabilizaciones frecuentes en estos casos, debido sobre todo al buen cumplimiento del tratamiento y a la presencia de múltiples factores de protección que a su vez influían en que estos usuarios estuvieran asintomáticos durante largos períodos de tiempo.
- No presentar inconvenientes en poder tratar aspectos relacionados con su enfermedad a nivel grupal.
- Un nivel cognitivo adecuado a la hora de poder prestar atención a los contenidos (en algunas ocasiones algo complejos) del programa, así como a la hora de poder retener la información expuesta durante el mismo.
- También se tuvo en cuenta como criterio de inclusión el hecho de que durante los períodos en los que estos usuarios hubieran presentado sintomatología prodrómica o propia de su problemática se hubieran observado por parte de los mismos dificultades a la hora de identificarla y manejarla.

Hay que señalar que el diagnóstico de los componentes de grupo no era homogéneo (4 de los usuarios estaban diagnosticados de esquizofrenia paranoide y los 2 restantes estaban diagnosticados de trastorno bipolar). También hay que señalar que se elige un estilo de trabajo grupal y de larga duración en el tiempo en vista de los múltiples beneficios que este estilo de intervención puede generar. F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004) en su trabajo psicoeducativo con pacientes bipolares hablan acerca de esto, comentando que trabajar con un programa largo supone

varias ventajas entre las que destacan las siguientes:

- **Calidad de los contenidos.** Un programa de varios meses permite abordar muchos temas de interés, sin dejar en el tintero ningún aspecto relevante ni dar ningún aspecto por sabido, error que a menudo se comete en los programas cortos.
- **Participación.** Un programa de larga duración permite una mayor participación de sus integrantes y ello contribuye decisivamente a un mejor aprendizaje de los contenidos, mejora la dinámica del grupo, disminuye el estigma y la sensación de aislamiento y también beneficia en el cumplimiento del propio tratamiento psicoeducativo.
- **Cohesión.** Un programa de larga duración permite que el grupo esté fuertemente cohesionado y posibilita que los integrantes se sientan lo suficientemente motivados para hacer preguntas o comentarios que quizás no harían en otros contextos. El mero hecho de conocer a otras personas con la misma problemática y poder compartir experiencias durante varios meses generalmente es muy positivo para vencer la vivencia del aislamiento y el estigma que suele aparecer en la persona con este tipo de enfermedad.
- **Modelado.** El contacto frecuente con los demás miembros del grupo facilita que los integrantes del mismo ejerzan entre sí un efecto de modelado, esto es, que cada uno aprenda de las experiencias del otro o que incorpore a su repertorio conductas saludables de sus compañeros de grupo. En el grupo de corta duración los integrantes difícilmente pueden llegar a ese nivel de aprendizaje de pares.
- **Encarrilamiento.** Uno de los factores de buen pronóstico en este tipo de enfermedades es sin lugar a dudas el

curso previo inmediato, es decir, cuanto más tiempo lleve estable un paciente menos probable es que sufra una recaída. En este sentido un programa largo de psicoeducación puede facilitar que al menos durante el tiempo que dura el tratamiento se dé un buen cumplimiento farmacológico, un manejo adecuado de los síntomas, unos hábitos regulares, no consumo de tóxicos, etc., por lo tanto que un integrante del mismo pueda permanecer estable aunque sólo sea por la frecuencia de las visitas, el compromiso con el terapeuta y los compañeros u otros factores en principio ajenos a la propia psicoeducación. Es decir, el tratamiento psicoeducativo de larga duración asegura en numerosos pacientes un efecto de encarrilamiento, en el sentido en el que al menos durante el tiempo que dure el programa tendrán más probabilidades de permanecer estables, lo que tendrá un efecto positivo sobre el curso de su enfermedad.

Habría que destacar que además de estas ventajas señaladas, desde el CRPS los contenidos expuestos durante las sesiones del programa son reforzados en las tutorías (intervenciones individuales con su psicólogo-tutor) para un mayor afianzamiento.

La primera parte de este programa de psicoeducación tiene lugar de octubre de 2006 hasta junio de 2007, con un total de 32 sesiones, durante esta primera parte se abordan los siguientes aspectos basados en el programa de psicoeducación de Rebolledo y Lobato (1997):

1. ¿Qué es la enfermedad mental?
2. Estigmatización.
3. Tipos de enfermedad mental: esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar. Sintomatología.
4. Modelo de vulnerabilidad.

5. Factores de protección y riesgo (alcohol y tóxicos).
6. Pródromos.
7. ¿Para qué sirve la medicación? (Tipos de medicación.)
8. Autoadministración correcta de la medicación y efectos principales.
9. Identificación de los efectos secundarios de la medicación.
10. Habilidades para comunicar problemas con la medicación.
11. Identificación y gestión de crisis.
12. Recursos sanitarios y comunitarios.

Hay que añadir que la adherencia al programa por parte de los usuarios que lo integran es buena, mostrando continuidad a la hora de acudir a las diferentes sesiones y mostrándose participativos durante las mismas.

Los resultados de esta primera parte del programa fueron claros: a parte de que todos los usuarios que lo componen se mostraron satisfechos con su inclusión en el mismo y con lo que habían aprendido, en las tutorías que se llevan a cabo con estos usuarios durante el período en el que tiene lugar el programa y a la finalización del mismo se puede observar un mayor conocimiento acerca de su problemática, así como una mayor aplicación práctica de las pautas expuestas observando la repercusión de esto sobre la aparición de posibles crisis tanto maníacas o hipomaníacas (en el caso del trastorno bipolar), como psicóticas (en el caso de los usuarios diagnosticados de esquizofrenia).

El hecho de que el grupo fuese heterogéneo en cuanto al diagnóstico no dificultó el desarrollo del mismo ya que nos basamos en todo momento en el modelo de vulnerabilidad (aplicable por igual a los dos diagnósticos). En caso de haber algu-

na diferencia en los contenidos en cuanto al abordaje diferenciado por diagnósticos, se observa que los usuarios llegan a discriminar sin problema qué parte de la información es aplicable a su problemática individual y cuál no.

Sin embargo se detecta que a pesar de haber abordado (aunque de forma muy somera) durante el programa la temática referente al reconocimiento de pródromos y manejo de sintomatología, 5 de los 6 usuarios que componen el grupo muestran dificultades para identificar de forma autónoma sintomatología prodrómica o propia de su enfermedad. Esta situación nos impulsa a poner en marcha la segunda parte del programa de psicoeducación, en la que se desarrolla un entrenamiento específico en el reconocimiento de pródromos y sintomatología propia de la enfermedad.

Esta segunda parte tiene lugar de octubre de 2007 hasta junio de 2008 y consta de 32 sesiones. Los componentes del grupo pasan a ser 4. Las razones de no incluir a 2 de los usuarios del grupo original fueron:

- En el primer caso, porque el usuario muestra habilidades suficientes para reconocer pródromos y sintomatología propia de la enfermedad de forma autónoma.
- En el segundo caso se debe a problemas de incompatibilidad horaria, aunque con este usuario se sigue trabajando en el entrenamiento para el reconocimiento de este tipo de señales pero en formato individual.

En función del diagnóstico, el grupo al que se aplica el tratamiento queda compuesto por 2 usuarios diagnosticados de esquizofrenia y 2 usuarios diagnosticados de trastorno bipolar.

Con respecto a la metodología de esta segunda parte, referir que durante las pri-

meras 12 sesiones se repasan con los usuarios los conceptos expuestos durante la primera parte del programa con el fin de que recordaran los mismos y también de darle un marco conceptual al entrenamiento en el reconocimiento de pródromos que posteriormente se lleva a cabo desde enero a junio de 2008 y consta de 20 sesiones.

El entrenamiento en reconocimiento de pródromos o sintomatología propia de la problemática se lleva a cabo de una forma similar a la metodología que utilizan Perry y cols. (1999) en su estudio, por lo que se elabora junto con los usuarios un listado con los pródromos más comunes que han acontecido en sus crisis, incluyendo también la sintomatología más habitual que ha aparecido durante las mismas, este listado es repasado semanalmente en las sesiones del grupo con los usuarios tratando de observar si se ha dado o no la presencia de este tipo de señales o síntomas. A su vez también se hace hincapié con los usuarios en las diferentes estrategias a utilizar ante la identificación de estas señales, estrategias que por otro lado acaban conociendo perfectamente.

Una vez finalizada esta segunda parte los usuarios refieren conocer mucho mejor qué aspectos han de observar para prevenir posibles crisis, mostrándose por tanto muy satisfechos por la intervención.

Sin embargo a nivel práctico se observa que únicamente 1 de los 4 usuarios pertenecientes al grupo mejora realmente en su capacidad para reconocer de forma autónoma sintomatología prodrómica o propia de su enfermedad, encontrando que los otros 3 componentes del grupo y el usuario con el que se trabaja paralelamente a nivel individual no mejoran en esta área, pudiendo comprobar también que aunque conocen en qué aspectos han de fijarse para prevenir posibles crisis no son capaces de reconocerlos de forma

autónoma (es decir sin ayuda externa) cuando aparecen.

Como aspectos positivos que se han observado hay que destacar ciertas ventajas que estos usuarios han adquirido sobre todo a la hora de mostrarse más flexibles para reconocer la presencia de sintomatología prodrómica o propia de su problemática cuando ésta es identificada por agentes externos (familia, profesionales del centro principalmente) y se les refiere a ellos de forma directa, llegando a mostrarse accesibles a aplicar sin demasiados problemas las estrategias explicadas desde el programa para el manejo de la misma. Por otro lado, se llegó a establecer con estos usuarios un lenguaje y una línea de actuación común ante la detección de este tipo de señales o síntomas, aspecto que anteriormente era más dificultoso en alguno de estos casos. Estos aspectos nos demuestran ciertas ventajas en cuanto al entrenamiento en el reconocimiento de pródromos.

Uno de los indicadores objetivos que refieren F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004) en su trabajo de psicoeducación con bipolares es la disminución de ingresos hospitalarios como consecuencia de la aplicación de este modelo. Respecto a los usuarios del grupo, cabe señalar que llegaron a manejar de forma adecuada todas las situaciones en las que experimentaron pródromos o sintomatología propia de su problemática no llegando a tener ingresos psiquiátricos desde el comienzo de la aplicación del entrenamiento en el reconocimiento de estas señales (enero de 2008) hasta la actualidad. 3 de los 5 usuarios con los que se llevó a cabo esta intervención habían tenido al menos un ingreso psiquiátrico en el período comprendido desde junio de 2005 (momento en que son dados de alta en el CRPS) hasta enero de 2008 (momento en que comienza el entrenamiento en manejo de pródromos), a parte de algunas desestabilizaciones que

finalmente no concluyeron en ingreso psiquiátrico. Esto nos hace reflexionar sobre la importancia de algunas estrategias alternativas al reconocimiento autónomo de pródromos y síntomas por parte del usuario, que a su vez han sido utilizadas en estos casos y que explicaremos con detenimiento en el siguiente apartado.

#### 4. ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS

Queda patente en la experiencia relatada en el apartado anterior la presencia de algunas dificultades en estos usuarios para reconocer de forma autónoma síntomas prodrómicos o propios de su problemática, incluso cuando han sido entrenados para el reconocimiento de los mismos.

Sin embargo, el objetivo de que estos usuarios reconozcan este tipo de síntomas pasa por la puesta en práctica de diversas estrategias una vez que este tipo de señales han sido identificadas, estrategias a su vez dirigidas a evitar posibles crisis o ingresos psiquiátricos. Como se destaca en el apartado anterior, ninguno de los usuarios con los que se trabajó en el entrenamiento en reconocimiento de pródromos llega a tener alguna hospitalización psiquiátrica haciendo a su vez un buen manejo de la sintomatología prodrómica o propia de la problemática cuando ésta aparece y se les refiere directamente a los mismos por medio de agentes externos (fundamentalmente la familia o los profesionales del centro).

Según nuestra experiencia existen algunas variables que vendrían a suplir de una forma clara la capacidad del usuario para reconocer de forma autónoma la presencia de sintomatología prodrómica o propia de su problemática y que vendrían a facilitar el hecho de que el usuario se muestre más flexible/accesible a la

hora de reconocer la presencia de estos síntomas. Éstas básicamente serían tres:

##### 1.<sup>a</sup> Intervención con las familias / psicoeducación familiar

Como ya se comenta al comienzo de este artículo, la psicoeducación nace como un modelo para intervenir con aquellas familias en la que alguno de los integrantes de la misma tiene diagnóstico de esquizofrenia con el objeto de que exista por parte de los familiares un mayor conocimiento y un mejor manejo de la problemática de estas personas afectadas por la enfermedad, todo esto ocurre en un período en el que se comienza a apostar por un modelo comunitario de intervención. Dicho lo cual, queda claro que este modelo es totalmente válido para aplicar con las familias de nuestros usuarios.

F. Colom, M. Reinares y E. Vieta (2004) en su aplicación de un modelo psicoeducativo en trastorno bipolar, comentan que la familia del paciente bipolar suele tener un papel crucial tanto en el cumplimiento terapéutico como en el manejo de síntomas y la conciencia de enfermedad. Por tanto, completar la psicoeducación de estos pacientes con la psicoeducación de sus familias es una forma idónea de asegurar que los cambios conductuales que deben derivarse de la psicoeducación no se vean impedidos sino facilitados por el entorno del paciente. Resulta evidente que la enfermedad del paciente y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente, la importancia del estrés ambiental en el trastorno bipolar, la carga experimentada por los familiares que conviven con el paciente, la demanda de la familia de recibir más información sobre el trastorno y las estrategias para afrontarlo son algunas de las razones que fundamentan la introducción de intervenciones psicoeducativas centradas en la familia del paciente bipolar (Reinares y cols. 2002a). Hasta la fe-

cha diversos estudios sugieren que la intervención familiar junto al tratamiento farmacológico consiguen ser un recurso eficaz para mejorar la evolución de los pacientes bipolares. La intervención familiar de tipo psicoeducativo pretende dotar a las familias de una serie de conocimientos que permitan mejorar su comprensión sobre la enfermedad, así como facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas, mejorando las estrategias de afrontamiento ante el trastorno (Reinares y cols., 2002b).

También Jiménez Estévez y Maestro Barón (2002) refieren con respecto a la psicoeducación con familias de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, que han sido varias las intervenciones familiares que bajo el sobrenombre de modelos psicoeducativos se han ido desarrollando fundamentalmente a lo largo de la década de los 80: la terapia conductual de Fallon (1984), el paquete de las intervenciones de Leff (1985), el modelo psicoeducacional de Anderson (1986), las intervenciones dirigidas al afrontamiento del estrés de Tarrrier (1988), los grupos multifamiliares de McFarlane (1995) referir que a pesar de la heterogeneidad de sus formatos todas ellas comparten el objetivo de reducir el estrés familiar y la tasa de recaídas con una metodología que incluye la educación acerca de la esquizofrenia y el entrenamiento en habilidades comunicacionales y de resolución de problemas. Mediante un ambiente de colaboración con los familiares que cuidan al paciente se pretende la reducción del estrés y la carga emocional, el desarrollo y fortalecimiento de habilidades para resolver problemas, la reducción de la expresión de enfado y sentimientos de culpa, el mantenimiento de expectativas razonables acerca del paciente, además de animarlos a que pongan y mantengan límites apropiados, así como que mantengan algún grado de distancia cuando sea necesario y

por último el logro de cambios deseables tanto en la conducta como en el sistema de creencias en los familiares.

Este modelo de intervención familiar ha demostrado ser efectivo para reducir las recaídas, así como el deterioro social y la carga familiar, tanto en diferentes estudios como en las rigurosas revisiones sistemáticas del Cochrane Schizophrenia Group (2000). Bustillo (2001) tras una revisión de ensayos clínicos controlados señala los buenos resultados obtenidos con la terapia de familia en cuanto a la reducción de recaídas y hospitalizaciones.

Birchwood (1995) a partir de diferentes estudios aconseja una serie de pautas útiles para la intervención:

- Ésta debe abarcar tanto a los pacientes como a las personas que componen la unidad familiar.
- La educación sola es insuficiente pero puede resultar útil como parte del programa.
- Las intervenciones deben mantenerse durante un tiempo prolongado.
- Deben realizarse en conexión con otros aspectos del tratamiento del paciente y preferiblemente integradas en el sistema de salud mental establecido.
- Por último refiere que la intervención debe dirigirse también a que el paciente cumpla el tratamiento farmacológico en la medida de lo posible.

Según nuestra experiencia y aplicando las consideraciones de Birchwood, sería necesario integrar a la familia en el reconocimiento de pródromos siempre que se cumplan los siguientes requisitos previos:

1. Que existan familiares que ejerzan un rol de cuidadores con respecto al usuario y que tengan un contacto frecuente con el mismo.

2. Que se haya observado la necesidad de trabajar en este objetivo con la familia y se considere importante que el medio del usuario esté entrenado en el reconocimiento de pródromos, esto se daría sobre todo en aquellos casos en los que el usuario muestra muchas dificultades para reconocer estas señales de forma autónoma.
3. Que el usuario dé su consentimiento a que se pueda intervenir con su familia sobre esta área.
4. Que la familia se muestre motivada para colaborar al respecto.

En caso de que se cumplan los dos primeros criterios y la dificultad para poder intervenir con la familia en esta área venga asociada al tercer o cuarto criterio, nuestra labor sería tratar de concienciar a la familia o al propio usuario acerca de la importancia que podría tener este tipo de intervención/apoyo con respecto al manejo de la problemática psiquiátrica.

Siempre que sea posible la intervención con la familia es fundamental, además de muy facilitadora para que el usuario finalmente termine detectando la sintomatología prodrómica o propia de su problemática y poniendo en práctica las estrategias acordadas para el manejo de la misma.

Con respecto a la experiencia en nuestro centro respecto a la psicoeducación familiar basada en el reconocimiento de pródromos destacar que se pudo trabajar con las familias de 2 de los 5 usuarios a los que se entrenó en este aspecto ya que cumplían con los requisitos anteriormente expuestos.

Los resultados nos indican que las ventajas obtenidas fueron bastante significativas, ya que en uno de los casos se consiguió que la familia conociera en mayor grado los aspectos a observar para determinar la posible presencia de sintomatología prodrómica o propia de la enfermedad, además por otra parte, se pudieron

abordar con estos familiares estrategias que pudieran ponerse en marcha ante la presencia de estas señales. En el otro de los casos la familia ya conocía estos pródromos más habituales y se los refería al usuario cuando detectaban los mismos, pero el problema que se detectaba en este caso tenía que ver con una hipervigilancia a estos síntomas por parte de la familia lo que a su vez generaba la presencia de falsos positivos con respecto a la identificación de estas señales, debido a esto se trabaja con ellos para que traten de discriminar entre aquellas situaciones en las que estas señales pueden ser relevantes de aquellas en que sin embargo no lo serían, tratando a su vez de que dieran menor nivel de importancia a las no relevantes. Destacar que en ambos casos se obtuvieron resultados muy positivos.

Concluimos que la implicación y el apoyo de la familia en este tipo de entrenamiento/intervención es de gran importancia, sobre todo en los casos en que sea posible y además se estime necesario.

## **2.<sup>a</sup> El conocimiento de estas señales por parte de los profesionales y la vinculación terapéutica con el usuario**

La puesta en práctica de una intervención centrada en el reconocimiento de pródromos o sintomatología propia de la problemática puede conllevar que los profesionales que llevan a cabo esta intervención lleguen a conocer en mayor medida cuáles son estas señales y por tanto en qué aspectos han de focalizar la atención para determinar si el usuario pudiera estar experimentando este tipo de sintomatología. El hecho de que los usuarios acudan al centro con continuidad convierte a los profesionales en observadores directos con respecto al estado del usuario.

Desde nuestra experiencia, constatar que han sido varias las ocasiones en que los profesionales han detectado sintoma-

tología prodrómica o propia de la problemática en el caso de los usuarios con los que se estaba interviniendo para el reconocimiento de estas señales. Una vez detectado esto por parte de los profesionales, es en este punto donde adquiere una gran relevancia el hecho de que exista una buena vinculación terapéutica con estos usuarios, puesto que es en este momento en el que sería necesario transmitirles de forma directa la presencia de este tipo de señales observadas por el profesional.

El hecho de tener una buena alianza terapéutica con los usuarios y de que se haya establecido un lenguaje y una línea de actuación común cuando se detecta esta sintomatología, facilita de forma importante dos aspectos:

- Por un lado, que el usuario pueda aceptar en mayor medida la presencia de este tipo de señales aunque no las haya detectado de forma autónoma.
- Por otro lado, que el usuario ponga en práctica las estrategias destinadas al manejo de este tipo de sintomatología evitando por tanto un agravamiento de la misma o la posibilidad de que la situación desemboque en un ingreso psiquiátrico.

Con respecto a nuestra experiencia, la buena vinculación terapéutica que existía y sigue existiendo con los usuarios a los que se sometió al entrenamiento nos ha facilitado que cuando se ha detectado esta sintomatología prodrómica por parte de los profesionales, se les haya podido comentar a los usuarios de una forma directa, encontrando en general una buena aceptación por parte de los mismos cuando se les ha transmitido esto, llegando a su vez a que éstos pusieran en práctica sin demasiado problema las estrategias aprendidas para el manejo de este tipo de sintomatología.

En los momentos en los que se ha encontrado una cierta resistencia por parte del usuario a la hora de reconocer este tipo de señales estando éstas presentes, se les trató de persuadir para que llegaran a reconocer las mismas, encontrando que en todos los casos finalmente aceptaron la presencia de las mismas y pusieron en práctica las estrategias acordadas. Es claro en estos casos, que la buena vinculación terapéutica y el hecho de establecer un lenguaje y una línea de actuación común favorece que en este tipo de situaciones en las que el usuario muestra más problemas a la hora de reconocer estas señales (aunque se le esté indicando de una forma externa) termine aceptando las mismas y poniendo los remedios adecuados al respecto.

### **3.ª La coordinación entre los profesionales del centro y con otros recursos**

En nuestro centro es labor del psicólogo-tutor realizar una exhaustiva evaluación acerca de cuáles pueden ser estas señales y cómo puede ser más adecuado exponérselas al usuario, sobre todo en el caso de que éste tenga problemas a la hora de reconocer las mismas, así como de explicar al usuario y motivarle para que ponga en práctica las estrategias acordadas para el manejo de esta sintomatología. Por otro lado, el psicólogo-tutor ha de ser el encargado de exponer cuáles son estas señales al resto del equipo y más específicamente a los profesionales que estén interviniendo de una forma directa en el caso, con el objetivo de que éstos puedan estar atentos a las mismas y puedan llegar a detectar éstas en caso que lleguen a producirse.

En nuestro caso, referir que en varias ocasiones han sido otros profesionales implicados en el caso los que han detectado este tipo de señales, comentando pos-

teriormente esto al psicólogo-tutor del usuario y si se ha estimado oportuno informando posteriormente al resto del equipo. Creemos fundamental que exista un conocimiento acerca de la problemática del usuario por parte de los profesionales más implicados en el caso, así como una buena coordinación entre los mismos.

Destacar también la importancia de la estrecha coordinación con otros recursos, especialmente con el Centro de Salud Mental (CSM), ya que cuando la sintomatología comienza a agravarse la estrategia fundamental pasa por notificárselo al CSM y posibilitar que el usuario comente esta problemática a su psiquiatra con el fin de buscar soluciones que puedan atajar la presencia de esta sintomatología. También es necesario concienciar al usuario de la ayuda que su CSM le puede brindar a nivel general, haciendo hincapié en estas situaciones en las que la intervención por parte del CSM se torna fundamental e imprescindible.

Con respecto a nuestra experiencia, la vinculación de los usuarios entrenados en el reconocimiento de pródromos con su CSM era ya de por sí bastante buena, aun así el hecho de que desde el CRPS tuviéramos una estrecha coordinación con el CSM ha facilitado en buena medida que los profesionales de salud mental conocieran de antemano la problemática que podía estar mostrando el usuario en este momento y esto a su vez ha facilitado que el CSM haya tenido una información más precisa a la hora de buscar soluciones para atajar la situación.

## 5. CONCLUSIONES

El presente trabajo surge de ciertas problemáticas observadas cuando se somete a determinados usuarios a un entrenamiento para el reconocimiento de pródromos y manejo de sintomatología, ya que una vez

llevado éste a cabo podemos observar que éstos siguen manifestando problemas a la hora de reconocer de forma autónoma este tipo de señales.

Sin embargo los resultados que arroja nuestra experiencia son bastante claros, ya que aun no siendo de forma autónoma, estos usuarios apoyados por medios externos (familia y profesionales del centro fundamentalmente) llegan en todos los casos a aceptar la presencia de dichas señales cuando se les refiere la presencia de éstas y a su vez a poner en práctica las estrategias acordadas sin plantear demasiados problemas al respecto, lo cual ha resultado una variable influyente en el hecho de que estos usuarios no hayan llegado a tener grandes desestabilizaciones o ingresos hospitalarios hasta el día de hoy.

Por tanto, esta experiencia nos plantea algunas preguntas que pasamos a detallar:

*¿Es posible que los usuarios que se someten a este tipo de entrenamiento, lleguen a reconocer de forma autónoma este tipo de señales en todos los casos?*

Nuestro objetivo pasa por que el usuario sea lo más autónomo posible para el reconocimiento de este tipo de señales, aun así nuestra experiencia nos refiere que no todos los usuarios a los que se entrena en este aspecto llegan a tener un nivel de autoobservación que les permita reconocer la presencia de este tipo de señales en todas las situaciones. Aunque como ya se ha comentado en el presente artículo, es evidente que la sintomatología de la que hablamos en ocasiones puede interferir negativamente con la capacidad de autoobservación del usuario.

Aun así, los resultados que arroja nuestra experiencia nos refieren que los usuarios llegan a mostrarse más flexibles a la hora de aceptar la presencia de este tipo de señales/síntomas cuando se les indi-

ca de forma externa que antes de llevar a cabo esta intervención, lo cual habla de una mejora en esta área y nos conduce a la siguiente cuestión.

***¿Cuánto tiempo de intervención es necesario para que los usuarios adquieran una mayor capacidad de reconocimiento de sintomatología prodrómica o propia de la problemática?***

El modelo de trabajo en rehabilitación psicosocial y a su vez el modelo de trabajo en el que nos apoyamos en nuestro centro se basa en varios principios, uno de éstos es el principio de individualidad, éste nos refiere el hecho de que cada usuario necesitará un tipo de intervención y un período de tiempo probablemente diferente para la adquisición de estas habilidades, siendo imprescindible entender las limitaciones y necesidades de cada usuario de forma individualizada.

Respecto a nuestra experiencia, el hecho de que se pusiera fin al grupo de entrenamiento para el reconocimiento de pródromos no ha significado que la intervención finalizase en ninguno de los casos en los que se observó que esta habilidad no estaba adquirida, esto se puede constatar en el hecho de que actualmente se sigue interviniendo con estos usuarios en este aspecto por medio de tutorías (intervenciones individuales con su psicólogo-tutor). La intervención grupal finalizó porque se pudo observar que ya se habían cumplido los objetivos básicos de la misma, que eran por un lado establecer con los usuarios diversas áreas de observación con respecto a su problemática y por otro generar un lenguaje/línea de actuación común ante la presencia de este tipo de señales. Cumplido esto, se observó que el trabajo con estos usuarios podía seguirse manteniendo a un nivel más individualizado.

Volviendo a la pregunta planteada, referir que a lo largo de este artículo se

comentan en varias ocasiones las ventajas que pueden tener las intervenciones psicoeducativas de larga duración sobre aquellas de corta duración, exponiendo como ventajas fundamentales por un lado la mayor adquisición de conceptos y por otro lo facilitadoras que pueden llegar a ser a la hora de que se puedan dar determinados cambios cognitivos y conductuales en referencia al manejo de la problemática psiquiátrica. En los perfiles con los que estamos trabajando se presentan en ocasiones unos hábitos no muy adecuados y que además vienen siendo bastante duraderos en el tiempo, con lo que podemos intuir que la adquisición de determinadas habilidades puede tardar bastante tiempo en darse, por lo que el tiempo que pueda tardarse hasta que se dé una correcta adquisición no habría de ser el factor fundamental, sino que el aspecto a tener más en cuenta habría de ser la propia adquisición y mantenimiento de habilidades, quizás no dando gran importancia al tiempo que se pueda tardar en que el usuario lo consiga, especialmente cuando hablamos de una habilidad tan complicada de adquirir como la capacidad para detectar de forma autónoma estas señales, esto nos conduce a la siguiente pregunta.

***¿Existen modelos de intervención eficaces y estudios suficientes en referencia a esta área?***

La capacidad para reconocer señales de aviso de crisis de forma autónoma es una habilidad de incalculable valor en el caso de personas diagnosticadas de enfermedad mental crónica.

En este mismo artículo se hace un análisis acerca de los modelos de intervención propuestos, así como de la fiabilidad de los mismos. Bajo nuestra experiencia y después de aplicar uno de esos modelos de intervención, más concretamente el de Perry y cols. (1999), los resultados nos indican de que en la mayoría de los casos

la capacidad por parte de los usuarios para reconocer pródromos de forma autónoma no mejora especialmente. Aun así cuando los resultados se enfocan de una forma más amplia y tenemos en cuenta todas las variables que influyen en el reconocimiento de pródromos (implicación del usuario, de la familia, de los profesionales del centro, del CSM) encontramos las causas de la mejora. Esto nos indica que no sería acertado centrarnos únicamente en el entrenamiento para la adquisición de la habilidad, sino que habríamos de incluir en nuestra valoración todas las variables que influyen en el proceso integral que se propone desde el centro.

Aun así al revisar la literatura encontramos que a pesar de la presencia de algunas propuestas de intervención bastante fiables que se desarrollan sobre todo a finales de la década pasada y principios de ésta, posteriormente no se identifican muchas experiencias, estudios y avances al respecto con lo que podría ser interesante investigar en mayor medida sobre métodos de intervención centrados en el entrenamiento para el reconocimiento de pródromos o sintomatología propia de la problemática en personas diagnosticadas de esquizofrenia y trastorno bipolar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Journal of psychiatry* 1994;151(1): 1-36.
2. Adams, C. Psychosocial intervention for schizophrenia. *Effective Health Care* 2000;6(3):1-8.
3. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. *Schizophrenia and the family*. New York, Guilford; 1986.
4. Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH, Harper JP. The impact of education groups for people with Schizophrenia on social functioning and quality of life. *Br J Psychiatry* 1996;168:199-204.
5. Becoña E, Lorenzo MC. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. En: Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (coord). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid, Pirámide; 2002.
6. Birchwood M, Smith J, Dudry V, Healy J, McMillan F, Slade M. A self-report Insight scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scand* 1994;89:62-67.
7. Birchwood M, Tarriner N. *El tratamiento psicológico en la esquizofrenia*. Barcelona, Ariel psicología; 1995.
8. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of Schizophrenia: An Update. *Am J Psychiatry* 2001;(158):163-175.
9. Colom F, Vieta E. Psychotherapy in bipolar disorders. Evidence update. *Bipolar Disord* (en prensa), 2003.
10. Colom F, Vieta E, Martínez Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramón G, Corominas JA. Randomized trial on the efficacy of group psycho education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients Whose disease is in remission. *Arch Gen psychiatry* 2003a;60:402-407.
11. Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez Arán A, Torrent C, Goikolea JM, Gasto C. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry* 2003b; 64:1101-1105.
12. Colom F, Reinares M, Vieta E. Fundamentos de la psicoeducación en trastornos bipolares. En: *Aspectos clínicos*

- y terapéuticos en el trastorno bipolar. 2004; 19-29.
13. Díaz Martínez J, González Rúelas E, Varela Cabral C. Psicoeducación modelos para la esquizofrenia, Depresión, trastornos por déficit de atención, trastornos de alimentación. 2001; *Psiquiatría* 3, libro 6.
  14. Dixon S, Lehman L. Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995;21(4):621-630.
  15. Durna Z, Ozcan S. Evaluation of self-management education for asthmatic patients. *J Asthma* 2003;40:631-643.
  16. Falloon IRH, Boyd JL, McGuill CW. Family care of Schizophrenics. New York, Guilford; 1984.
  17. Fallon IRH, Pederson J. Family Management in the prevention of morbidity for schizophrenia: the adjustment. *British Journal of psychiatry* 1985;147: 156-163.
  18. Goldman CR, Quinn FL. Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hosp community Psychiatry* 1988;39(3):282-286.
  19. Goldstein MJ. Further data concerning the relation between removed adjustment and paranoid symptomatology. *Schizophrenia Bulletin* 1978;4: 236-243.
  20. Goodwin F en nombre de la British Association for Psychopharmacology. Evidence-Based Guidelines for treating recommendations from British Association for psychopharmacology. *J Psychofarmacol* 2003;17:149-173.
  21. Halford WK, Harrison C, Kalyansundaram M, Moutrey C, Simpson S. Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate Chronic patients. *Psychiatr Serv* 1995;46(11): 1189-91.
  22. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kanbith SJ, Greenwald DP, Javana CD, Madonia MJ. Personal and environmental indicators in the course of schizophrenia research group. Family psychoeducation, social, skill training and maintenance chemotherapy in the after case treatment of schizophrenia. *Archives of general psychiatry* 1986;43: 633-642.
  23. Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich R, Kornblith SJ, DiBarry AL, Cooley S, Carter M, Flesher S. Three-year trials of personal therapy among schizophrenics patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1504-1524.
  24. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S, Reiss D, Carter M, Ulrich R. Personal therapy: A disorder- Relevant Psychotherapy for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(3):379-93.
  25. Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schunck N, Chisholm D, Sham P. Cognitive therapy for bipolar illness. A pilot Study of relapse prevention. *Cognitive therapy and research* 2000;24: 503-520.
  26. Jiménez Estévez JF, Maestro Barón JC. Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. 2002; *Monografías de psiquiatría* 2.
  27. Lam DH, Jones SH, Hayward P, Bright JA. Cognitive therapy for bipolar disorder. A therapists guide to concepts, methods and practice. Chinchester, RU, Wiley; 1999.
  28. Lee PH, Lieh-Mak F, Yu KK, Spinks JA. Coping strategies of Schizophrenic patients and the Relationships to Outcome. *Br J Psychiatry* 1993;163: 177-182.

29. Leff J. Family treatment of Schizophrenia. Grauville N-Gossman K, editors. Recent advances in clinical psychiatry. Londres, Churchill-Livingston; 1995.
30. Linden W. Psychological treatments in cardiac rehabilitation: Review of rationales and outcomes. *J psychosom Res*, 2000;48:443-454.
31. McCandless-Glimcher L, McKnight S, Hamera E, Smith BL, Peterson KA, Plumlee AA. Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness. *Hosp Community Psychiatry* 1986;37(9):929-933.
32. McFarlane WR, Lukens L, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, Dunne EJ, Horen B, Toran J. Multiple-family Groups and psycho education in the treatment of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:679-687.
33. Moller MD, Murphy MF. The three RS Rehabilitation program: A prevention Approach for the management of relapse symptoms Associated with psychiatric Diagnoses. *Psychiatric rehabilitation Journal* 1997;20(3):282-286.
34. Molnar G, Freeney MG, Fava GA. Duration and symptoms of bipolar prodromes. *American Journal of Psychiatry* 1988;145:1576-1578.
35. OMS. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, Meditor; 1992.
36. Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC, Lawson ML, Rodin G. The effects of psycho education on disturbed eating attitudes and behaviour in young women with type 1 diabetes mellitus. *Int J eat disord* 2002;32:230-239.
37. Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: I.A Standard education program for patients. *Br J Psychiatry* 1991;158:197-200.
38. Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999;318:149-143.
39. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). Oxford, Update Software; 2000.
40. Rebolledo S, Lobato MJ. Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. En: Caballo VE, editores. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores, SA; 1997:635-61.
41. Reinares M, Colom F, Martínez Arán A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychoter Psychsom* 2002a;71:2-10.
42. Reinares M, Vieta E, Colom F, Torrent C, Comes M, Benabarre A, Goikolea JM, Corbella B. Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. *Rev psiquiatría Fac Med Barna* 2002b;29(2):97-105.
43. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews S. Treatment Strategies in Schizophrenia collaborative study group. Acute treatment response and short term outcome in schizophrenia: First results of the NIMH treatment strategies in schizophrenia study. *Psychopharmacology Bulletin* 1995;25(3):331-335.
44. Sullwold L, Herlich J. Providing Schizophrenic Patient with a concept of illness. An essential element of therapy. *Br J Psychiatry* 1992;161(18):129-132.
45. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C. The community management of schizophrenia. A controlled trial of Beha-

- vioural interventions with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry* 1988;153:532-542.
46. Van Gent EM, Vida SL, Zwart FM. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatr Belg* 1988;88:405-418.
47. Varela C. La influencia de la familia en el paciente esquizofrénico. Tesis para obtener el grado de maestro en psicología. Universidad de Sonora.
48. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal Psychology* 1977;(86):103-26.