



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de Psicologia

Memòria del Treball de Fi de Grau

Elaboración y valoración de un protocolo de evaluación clínica para la esquizofrenia en adultos

Yasmina Heredia Ramón

Grau de Psicologia

Any acadèmic 2012-13

DNI de l'alumne: 43182469S

Treball tutelat per Carmen Borrás Sansaloni

Departament de Psicologia: Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic

S'autoritza la Universitat a incloure el meu treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació

Paraules clau del treball:

Protocolo, evaluación, esquizofrenia, adultos.

Resumen

En este trabajo se ha llevado a cabo la elaboración y la valoración de un protocolo de evaluación clínica para la esquizofrenia.

Como primer paso se ha realizado una revisión histórica sobre el concepto, se ha definido el concepto en la actualidad y se ha mostrado su prevalencia, su etiología, su curso y su pronóstico. En el apartado de evaluación se han definido todas aquellas áreas que se ha considerado importante evaluar y también se muestra una prueba para realizar la valoración de dicha área. Finalmente, se valora el protocolo elaborado durante el trabajo.

Introducción

Se acepta que la esquizofrenia es un trastorno mental grave de tipo psicótico que afecta al 1% de la población en una proporción igual entre hombres y mujeres (Mata, Beperet, Madoz y grupo Psicost, 2009), pero antes de definirla es necesario hacer una revisión histórica del concepto para saber de donde proviene.

❖ Historia

A finales del siglo XIX, en Francia, Morel (1852) puso la etiqueta de “dementes precoces” a todas aquellas personas que presentasen el conjunto de síntomas que constituyen las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia; Hecker (1871), en Alemania, llamó a este conjunto de manifestaciones “hebefrenia”, haciendo referencia a un estado de demencia en la población joven; y Kalhbaum (1874) aludió a los trastornos psicomotores denominándolo “catatonia”.

Fue Kraepelin (1899) quien aunó todos estos tipos en una sola definición, la de “demencia precoz”. Ésta incluía tres formas características: hebefrénica, catatónica y paranoide.

En esa época ya algunos autores empezaban a creer que se trataba más de una disociación que de una demencia, lo que queda reflejado en el concepto de “esquizofrenia”, acuñado por Bleuler en 1911. Este nuevo concepto tiene como característica un síndrome disociativo y uno secundario de actividad, sentimientos y producción de ideas delirante. A partir del concepto de Bleuler se desarrolla la definición actual del trastorno (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

El término esquizofrenia se refiere a un trastorno psicótico cuyo punto clave son los síntomas positivos, acompañados también de negativos y cognitivos, asociados generalmente a algún grado de deterioro. Durante este trastorno se ven afectados procesos tales como la percepción, el pensamiento, los sentimientos, la conducta, la motivación y el juicio. Aunque no hay ningún síntoma exclusivo de la esquizofrenia, lo cual puede dificultar su diagnóstico, sí que hay una serie de síntomas bastante característicos de la misma y que se dan en muchos de los casos (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

❖ Definición actual

Lemos Giráldez (1989) define la esquizofrenia como *“una entidad con un comienzo insidioso o agudo, que cursa de forma variable, generalmente por brotes, y con unos rasgos psicopatológicos que afectan fundamentalmente a los ámbitos cognitivo, afectivo y, en los casos de defecto, motivacional”*.

Los criterios diagnósticos para la esquizofrenia según el DSM-IV-TR son:

- A. Dos (o más) de los siguientes síntomas, cada uno presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
 1. Ideas delirantes.
 2. Alucinaciones.
 3. Lenguaje desorganizado (e.g. descarrilamiento frecuente o incoherencia).
 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
 5. Síntomas negativos (e.g. aplanamiento afectivo o abulia).
 - Se requiere solo un síntoma si las ideas delirantes son extrañas o las alucinaciones consisten en voces que comentan los pensamientos y el comportamiento del sujeto o conversan.
- B. Una o más áreas importantes de actividad (interpersonal, académico o laboral) están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno o no alcanza el nivel esperable de rendimiento (cuando el inicio es en la infancia o adolescencia).
- C. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales.
- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo con características psicóticas:
 1. No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con la fase activa de los síntomas
 2. Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

- E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o condición médica general.
- F. Si hay historia de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

CURSO: se aplica solo cuando ha transcurrido al menos un año desde la aparición inicial de los síntomas de la fase activa

- Episódico con síntomas residuales inter-episodios
 - Especificar si: con prominencia de síntomas negativos
- Episódico sin síntomas residuales inter-episodios
- Continuo
 - Especificar si: con prominencia de síntomas negativos
- Episodio único en remisión parcial
- Episodio único en remisión completa
- Otros patrones

Así pues, creo que es necesario definir también el concepto de psicosis para un mayor entendimiento de este trastorno. La psicosis es un conjunto de síntomas caracterizado por una alteración del pensamiento, los sentimientos o la conducta que pueden producir malestar en quien los padece. Sus síntomas más comunes son la difusión del pensamiento (creer que los pensamientos están siendo escuchados por los demás), difusión o robo del pensamiento, trastornos del pensamiento (como por ejemplo la fuga de ideas), delirios (juicios y creencias erróneos sin nada que los sustente), experiencias de control (sensación de estar siendo controlado por fuerzas externas) o alucinaciones (percepciones sin objeto) (Jackson y Reading, 2009).

- **Prevalencia**

Como ya se ha dicho antes, es un trastorno que afecta al 1% de la población y que se da igual en hombres que en mujeres. No obstante se han observado diferencias importantes en cuanto al sexo y la edad de inicio, que en las mujeres suele ser entre los 15 y los 35 años, y en hombres suele comenzar hasta unos cinco años antes.

En cuanto al nivel socioeconómico, no se han encontrado datos que muestren su influencia en la aparición de la enfermedad. El porcentaje de suicidios en pacientes con esquizofrenia se sitúa en torno al 10% (Usall, 2003).

- **Etiología**

No hay ninguna causa definida como única para la esquizofrenia, aunque sí parece haber factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales que afectan.

En cuanto a los factores genéticos, es más probable padecer este trastorno si lo padece algún familiar de primer orden como padres o hermanos. Los estudios neurobiológicos apuntan al aumento de los niveles dopaminérgicos como posible factor influyente, ya que también se ha visto que los pacientes que toman fármacos que disminuyen dichos niveles suelen mejorar; de todos modos también hay hipótesis que relacionan la noradrenalina, la serotonina y el glutamato. Por último nos encontramos los factores psicosociales, que según el modelo de diátesis-estrés pueden ser desencadenantes o precipitantes de los episodios psicóticos. Además de eso, el consumo de drogas también es un importante factor a tener en cuenta (Obiols y Vicens-Vilanova, 2003).

Según Lemos (1986) pueden darse dos tipos de factores que afectan a la aparición de la esquizofrenia. Unos son los efectos precipitantes, que agravan una tendencia o vulnerabilidad ya existente en el individuo, y los segundos son los efectos formativos, que pueden adelantar de forma significativa o incluso desencadenar por sí mismos un episodio o una recaída. Este mismo autor define una serie de indicadores de vulnerabilidad que son: defectos bioquímicos y psicofisiológicos, traumas perinatales, trastornos en las funciones corticales y en la maduración neuropsicológica, y trastornos en el procesamiento de la información compleja.

- **Curso**

En la esquizofrenia suelen darse cuatro fases desde la primera aparición de los síntomas hasta la remisión parcial o completa de los mismos. Tal y como explican Vallina, Lemos y Fernández (2006), existe un periodo de tiempo en que los pacientes ya sufren la enfermedad pero aún no están en tratamiento. Éste se conoce como duración de la enfermedad sin tratar (DUI) y comprende dos periodos distintos.

El primero es aquel en el que aparecen los primeros síntomas inespecíficos que pueden darse en un individuo sano (insomnio, ansiedad, depresión) hasta los primeros síntomas psicóticos atenuados (aislamiento social, referencialidad no delirante, suspicacia); y que se denomina etapa prodrómica, que puede tener una duración de dos a cinco años. El segundo periodo es aquel en el que el individuo ya tiene una sintomatología claramente psicótica pero aún no recibe tratamiento, más conocido como duración de la psicosis sin tratar (DUP).

El Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009) define las siguientes fases:

❖ **Fase prodrómica**

En esta fase aparecen los primeros síntomas, que suelen ser negativos, y se aprecian los primeros cambios respecto a la personalidad previa.

❖ **Fase aguda**

Aquí ya se presentan los síntomas psicóticos como las alucinaciones o los delirios, el comportamiento y el pensamiento suelen estar gravemente desorganizados y los individuos suelen perder el cuidado personal. También es frecuente el aumento de la intensidad de los síntomas negativos.

❖ **Fase de residual**

Se reduce la intensidad de los síntomas que habían aparecido en la fase anterior y vuelven a predominar los síntomas negativos (anhedonia, apatía, aislamiento social, deterioro...)

❖ **Fase de recuperación**

En esta última fase la sintomatología puede ser más o menos estable o haber desaparecido por completo. En caso de que permanezca, es menos grave que en la fase aguda. Si persisten los síntomas negativos y/o positivos suele ser en formas atenuadas, y en el caso de los positivos también no psicóticas (por ejemplo ideas sobrevaloradas en lugar de delirios).

- **Pronóstico**

Según lo indicado por Mata, Beperet, Madoz y grupo Psicost (2000), cerca de un 20% de los pacientes esquizofrénicos se recuperan por completo tras su primer episodio, en otro 20% permanecen síntomas residuales que son bastante compatibles con un estilo de vida adecuado.

Del 60% que resta, un 10% sufre recaídas más o menos frecuentes, un 40% presenta un síndrome negativo importante, y el otro 10% es crónico. Además, tras los dos primeros años, la tasa de recaída con medicación es de un 40% y sin medicación llega hasta el 80%.

Finalmente cabe destacar que la esperanza de vida de estos pacientes es menor a la media debido a hábitos de vida no saludables, como por ejemplo el consumo de tóxicos, hábito que se ha mostrado hasta en un 40% de los pacientes.

Evaluación

Según Kinderman y Cook (2000), los puntos clave de la evaluación para desarrollar una buena formulación psicológica son:

- Los problemas que la persona está experimentando y lo que querría cambiar.
- El punto de vista de la persona sobre lo que está pasando y sus problemas en general.
- La situación vital de la persona y lo que le gustaría cambiar.
- Habilidades y áreas de dificultad.
- Autoestima: las personas que tienen experiencias psicóticas tienen un autoestima muy bajo, en parte como resultado del prejuicio y la discriminación que sufren. A menudo esto puede causar más estrés que las experiencias en sí mismas.
- Qué ayuda recibe la persona por parte de otras o de otros servicios.
- Qué ayuda adicional siente que necesita.
- Qué ha sido de ayuda y qué no lo ha sido en el pasado.

Estos puntos son esenciales para poder llevar a cabo una buena evaluación, realizar un buen diagnóstico a través de la confirmación de las hipótesis planteadas, y poner en marcha el tratamiento más adecuado para cada paciente. Tal y como explican Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Santarén-Rosell, Sierra-Baigrie y Ordóñez-Cambor (2011), es de suma importancia disponer de datos psicométricos de las pruebas utilizadas para justificar su uso; es por eso que tras la definición de cada prueba de este apartado se especifican los datos encontrados que las avalan.

Evaluación para el diagnóstico

Antes de empezar a aplicar cualquier tipo de prueba, es necesario que el psicólogo lleve a cabo una entrevista semiestructurada (como la PANSS) para poder recoger los datos sociodemográficos del paciente, sus antecedentes familiares, su historia clínica y su sintomatología actual (Muñoz, 2003). Una vez hecha esta entrevista, podrá dar comienzo el aspecto de la evaluación centrado en los test, inventarios, cuestionarios o escalas que se crean pertinentes en función de los datos obtenidos. Aquí se muestran una serie de pruebas que han mostrado ser de gran utilidad en el diagnóstico de esquizofrenia y de evaluar aspectos relacionados con dicho trastorno.

Las pruebas descritas a continuación se centran en los aspectos que, según Kinderman y Cook (2000) y Gumley y Schwannauer (2008), son primordiales para evaluar de forma correcta las áreas más importantes de los pacientes con esquizofrenia.

- Experiencias psicóticas

Para evaluarlas de forma correcta, pueden utilizarse las escalas que miden la gravedad de experiencias y comportamientos problemáticos, que son útiles para examinar cambios en un periodo corto de tiempo y son rápidas de administrar. Las más comúnmente utilizadas miden aspectos de la experiencia de escuchar voces y creencias inusuales pero también hay escalas nuevas que miden la anhedonia.

❖ Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

Esta prueba está constituida por 30 ítems, puntuados con una escala Likert de 7 grados de intensidad, que evalúan la esquizofrenia tanto de forma categorial como dimensional, es decir, clasifica el trastorno (positivo, negativo o mixto) y también aporta información sobre la gravedad de los síndromes (positivos, negativos y psicopatología general).

Las cuatro escalas que conforman esta prueba evalúan los síntomas positivos (escala positiva, PANSS-P, 7 ítems), los negativos (escala negativa, PANSS-N, 7 ítems), la predominancia de alguna clase de síntomas (escala compuesta, PANSS-C) y la presencia de algún otro tipo de síntomas (psicopatología general, PANSS-PG, 16 ítems).

Esta prueba debe ser aplicada por un clínico, preferentemente entrenado, llevando a cabo una entrevista semiestructurada. Su duración es de entre 30 y 40 minutos (Bascarán-Fernández, Bobes, Bousoño, García-Portilla, Parellada y Sáiz, 2011).

Mass, Schoemig, Hitschfeld, Wall y Haasen (2000) evalúan la estructura dimensional de esta prueba. Estos autores llegan a la conclusión de que cuando comparan la PANSS con cuestionarios que miden experiencias subjetivas no-psicóticas de la esquizofrenia, paranoia y depresión; el patrón correlacional verifica los componentes de la PANSS. También comentan que es una prueba muy útil pero únicamente en manos de un experto. Esto último puede ser una dificultad a la hora de utilizar este instrumento en una evaluación.

❖ **Escala de Impresión Clínica Global – Esquizofrenia (Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale, CGI-SCH)**

El objetivo de esta escala es definir la gravedad y la posible mejoría clínica de los pacientes con esquizofrenia. Está compuesta por dos subescalas, cada una de 5 ítems, que respectivamente evalúan la gravedad del cuadro clínico (síntomas positivos, negativos, depresivos, cognitivos y global) y el grado de cambio. Debido a esto precisa muy poco tiempo de aplicación.

Es una prueba heteroaplicada en la que se puntúan los ítems mediante una escala Likert de 7 grados, siendo 1 normal o no enfermo y 7 gravemente enfermo.

La prueba nos otorga información de tipo cualitativo sobre la gravedad de la sintomatología que presenta el paciente o sobre su cambio respecto a su propio estado basal o a alguna evaluación realizada con anterioridad (Bascarán-Fernández, Bobes, Bousoño, García-Portilla, Parellada y Sáiz, 2011).

Según García-Portilla, Saiz, Bousoño, Bascarán, Guzmán-Quilo y Bobes (2010) es una de las escalas más utilizadas en psiquiatría.

❖ **Escalas para la evaluación de síntomas psicóticos (Psychotic Symptoms Rating Scales, PSYRATS)**

Este instrumento mide tanto las alucinaciones auditivas como los delirios, cada uno mediante una subescala diferente. La correspondiente a las alucinaciones consta de 11 ítems que valoran gravedad, duración, frecuencia, intensidad del estrés emocional que producen, volumen de las voces, controlabilidad, localización, contenido negativo, origen de las voces y nivel de perturbación. La subescala que valora los delirios tiene 6 ítems y se centra en el estrés emocional, la duración, la preocupación, la desorganización y la convicción.

Esta prueba ha mostrado tener una buena fiabilidad y validez interjueces si se la compara con otros instrumentos de medida de las experiencias psicóticas como la PANSS (Gumley y Schwannauer, 2008).

- **Insight**

Tradicionalmente se refiere a la conciencia de enfermedad del paciente, pero también puede ser entendido como la habilidad de aceptar que su comportamiento ha sido distinto durante el episodio psicótico. Esto puede permitir el compromiso del paciente con servicios que prevengan dichos problemas y que puedan interferir en sus vidas en un futuro (Kinderman y Cook, 2000).

❖ **Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorder, SUMD)**

Esta escala es una prueba heteroaplicada cuya versión reducida, la más frecuentemente utilizada, consta de 9 ítems que se puntúan con una escala Likert de 6 estadios. Dichos ítems se agrupan en dos partes: la primera evalúa la conciencia de padecer una enfermedad mental, las consecuencias de la medicación y las consecuencias sociales; en la segunda parte se centra en la conciencia de seis síntomas (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, anhedonia, asociabilidad y embotamiento afectivo (Basarán-Fernández, Bobes, Bousoño, García-Portilla, Parellada y Sáiz, 2011).

Según el estudio de la adaptación española del SUMD de Ruiz, Pousa, Duño, Crosas, Cuppa y García-Ribera (2008) esta escala muestra unos coeficientes de fiabilidad entre observadores altos en todas las subescalas, y que su fiabilidad y su validez externa son comparables a las de la prueba original. Estos autores también concluyen que la conciencia de enfermedad evoluciona de forma distinta para los síntomas positivos que para los negativos, y que también se correlacionan de forma distinta con los déficits en las funciones ejecutivas.

❖ **Escala de introspección de Birchwood (Birchwood Insight Scale, BIS)**

Es una escala autoaplicada que consta de 8 ítems y que evalúa tres aspectos: conciencia de enfermedad, percepción de la necesidad de tratamiento y redefinición de los síntomas como fenómenos patológicos.

- **Estrés emocional**

Cada vez se tiene más en cuenta el modelo diátesis-estrés para la esquizofrenia y el hecho de que se puede presentar o no un episodio psicótico en función de los sucesos estresantes en la vida del individuo. Un importante precipitante hacia estos episodios puede ser el convivir con fuentes permanentes de tensión, aunque sea mínima pero aún así continua, que cause un estado ansiógeno y requiera que el sujeto haga un esfuerzo constante para adaptarse a esa situación (Lemos, 1986).

❖ **Escala de depresión de Calgary**

La información para esta prueba se obtiene en base a una entrevista. Es un instrumento de medida muy útil ya que está especialmente diseñado para diferenciar la sintomatología negativa que se da en la esquizofrenia de la sintomatología depresiva, lo cual puede ser de mucha ayuda para el evaluador ya que son cuadros muy parecidos. Además, esta escala tiene una correlación de $r = 0,91$ (Shahar et al., 2004; visto en Gumley y Schwannauer, 2008).

- **Creencias respecto a la psicosis**

Este aspecto va muy relacionado con el apartado anterior y con el de autoestima, ya que en función de las atribuciones que el sujeto haga respecto a su enfermedad podrá sufrir de un mayor estrés y de un menor autoestima. Esto contribuye a una posible recaída y a un posible aumento de la sintomatología negativa.

❖ **Cuestionario de creencias personales respecto de la enfermedad (Personal Beliefs Questionnaire, PBIQ)**

Consta de 16 ítems en una escala de cuatro puntos y valora cinco ámbitos: atribución de la conducta a uno mismo o a la enfermedad, vergüenza, pérdida, humillación y sensación de estar atrapado en la psicosis. Aunque no goza de una confirmación factorial para dichas subescalas, ha mostrado una buena validez y fiabilidad en personas con diagnóstico de esquizofrenia. También es un gran instrumento de medida para la identificación de problemas relacionados con las apreciaciones cognitivas que el individuo hace de la psicosis (Gumley y Schwannauer, 2008). Según Iqbal et al. (2000) (visto en Gumley y Schwannauer, 2008) la relación entre los resultados de esta prueba y el nivel de depresión es consistente.

- **Autoestima**

Uno de los objetivos de la terapia normalmente es mejorar el autoestima de la persona y la confianza en sí misma, esto es muy importante para poder tratar algunos de los síntomas negativos que se dan en la esquizofrenia; por eso es importante su evaluación.

❖ **Escala de autoestima de Rosenberg**

Consta de 10 ítems centrados en la aceptación de uno mismo y el respeto, y puntuados mediante una escala Likert de 4 puntos. Cinco de estos ítems están enunciados de forma positiva, y los otros cinco de forma negativa.

Los resultados obtenidos por Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004) en su investigación sobre la fiabilidad y la validez de esta escala en población clínica española, confirman una alta consistencia interna y una satisfactoria fiabilidad temporal. Asimismo apoyan la validez (de constructo y de grupos conocidos) del instrumento.

El hecho de que esta prueba sea tan fácil de aplicar y sus características psicométricas hacen que se apoye su uso en el contexto clínico.

- **Habilidades cognitivas**

La alteración de este tipo de habilidades es típica de la esquizofrenia y se relaciona con el pronóstico del paciente. Los sujetos con esquizofrenias negativas o mixtas presentan más alteraciones cognitivas que los que padecen esquizofrenia positiva. Los resultados de este tipo de evaluación pueden ser usados para planear la intervención y hacer la terapia más adecuada a cada individuo.

❖ **Evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI)**

Esta batería consta de 25 pruebas que evalúan procesos neuropsicológicos tales como la memoria verbal y visoespacial, la atención y la concentración, la orientación y el lenguaje tanto oral como escrito. Incluye una breve revisión de la historia clínica del paciente y de sus antecedentes familiares. En el estudio llevado a cabo por Hilda, Ostrosky y Nicolini (2004) el grupo de pacientes negativos y el de mixtos obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores a las obtenidas por el grupo control y el de pacientes positivos. Estos autores hallaron valores de una sensibilidad (identificación correcta de presencia de alteraciones cognitivas) del 87'5% y especificidad (correcta identificación de ausencia de alteraciones cognitivas) del 92'8% para esta prueba.

- **Pronóstico**

Es interesante el poder aplicar una prueba que nos dé una idea de la posible evolución de la enfermedad, ya que puede ayudarnos a enfocar mejor el tipo de tratamiento a realizar con el paciente.

❖ **Escala pronóstica para la esquizofrenia de Strauss y Carpenter (Strauss and Carpenter prognosis scale for Schizophrenia)**

El objetivo de esta escala es predecir de una forma efectiva la evolución de la esquizofrenia. Consta de 17 ítems puntuados con una escala Likert de 5 puntos. A mayor puntuación mejor pronóstico.

El estudio realizado por Ahuir, Bernardo, de la Serna, Ochoa, Carlson, Escartín, Gutiérrez-Zotes, Valero, Salamero, Cañizares, Fernández-Egea, Cañete y Gallo (2009) muestra que la adaptación española de esta escala obtiene un valor de 0'6997 para el alfa de Cronbach, y correlaciona con un alfa $< 0'01$ con las puntuaciones criterio del mismo estudio (EEAG, WHO-DAS y CGI). También se obtuvo una elevada fiabilidad entre evaluadores y una alta validez de constructo y predictiva. Por todo ello se puede concluir que este instrumento es válido y fiable para su uso en la predicción de la esquizofrenia.

Evaluación durante el tratamiento

- **Problemas sociales, ocupacionales y necesidad de cuidado.**

Las personas con experiencias psicóticas a veces tienen problemas con sus vidas sociales. Pueden tener problemas con el hecho de mantener su puesto de trabajo, lo cual puede afectar a su bienestar. Estos problemas sociales pueden ser analizados en mayor detalle para los propósitos de diseñar apoyo y terapia.

En la necesidad de cuidado entran escalas que miden la necesidad del individuo de cubrir una amplia variedad de áreas distintas. Muchas veces los cuidadores o los profesionales que tratan con el paciente difieren en cuanto a su opinión respecto a este ámbito, y estas escalas pueden ser de utilidad en casos como éste y pueden permitir llegar a un consenso.

Todas estas áreas podrían ser evaluadas mediante la observación del paciente durante las terapias, mediante una entrevista con el paciente, o mediante entrevistas con sus familiares o cuidadores. También encontramos pruebas que, aprovechando estas entrevistas, nos permiten puntuar al paciente en estos diversos ámbitos y obtener información más fiable y objetiva de su desarrollo y de sus capacidades.

❖ **Escala de funcionamiento social (Social Functioning Scale, SFS)**

Esta prueba fue diseñada para evaluar las áreas más importantes del funcionamiento social de una persona con esquizofrenia para su mantenimiento dentro de la comunidad en la que vive. Las áreas que mide son: conducta interpersonal, autonomía – ejecución, ocio, actividades prosociales, integración / aislamiento social, autonomía – competencia y empleo / ocupación. La fuente de información de esta escala puede ser tanto el propio paciente como un informador externo (familiar, cuidador...). Los resultados obtenidos para la versión española del SFS apoyan su fiabilidad y validez (Jiménez, Vázquez y Vázquez-Morejón, 2004).

❖ **Instrumento de funcionamiento objetivo para la esquizofrenia (Schizophrenia objective functioning instrument, SOFI)**

Este instrumento se basa en una entrevista que debe ser llevada a cabo por un profesional entrenado. Evalúa cuatro dominios: autonomía persona, actividades instrumentales de la vida diaria (autocuidado, adherencia al tratamiento psiquiátrico, manejo de dinero, planificación, transporte y tiempo libre), actividades productivas y desempeño de rol (trabajo o voluntariado, formación profesional/programa de formación, educación, cuidado de los hijos/tareas del hogar y otras), y por último funcionamiento social/recreativo.

En la investigación de García-Portilla, Saiz, Bousoño, Bascarán, Guzmán-Quilo y Bobes (2010) se explica que esta escala tiene una fiabilidad interjueces y una validez de constructo aceptables, así como una buena fiabilidad test-rest. No obstante, el hecho de que deba ser administrada por un entrevistador entrenado y su duración (entre 30 y 45 minutos), hace que no sea un instrumento muy utilizado en la práctica clínica diaria.

- **Compromiso con el servicio**

Para evitar un mayor riesgo de abandono del tratamiento debemos evaluar este compromiso, ya que cuanto mayor sea menos posibilidades hay de que el individuo deje de asistir a la terapia y por consiguiente aumenta su probabilidad de recuperación.

❖ **Escala de compromiso con el servicio (Service Engagement Scale, SES)**

Como su propio nombre indica, este instrumento mide el compromiso general de la persona con el servicio que se ocupa de su tratamiento. Consta de 14 ítems y cuatro subescalas: colaboración, disponibilidad, adhesión u observancia del tratamiento y búsqueda de ayuda. Discrimina entre los individuos con un estilo de recuperación integrador y los que tienen un estilo de recuperación basado en blindarse. Ha demostrado tener una buena fiabilidad y validez discriminativa (Gaumley y Schwannauer, 2008).

- **Adherencia a la medicación**

La esquizofrenia es un trastorno que necesita de un tratamiento combinado de fármacos (antipsicóticos en su mayoría) y psicoterapia. Debido a que los medicamentos son un elemento crucial para evitar que el paciente muestre síntomas psicóticos o incluso desarrolle un nuevo episodio, la adherencia a este tipo de tratamiento es crucial, ya que condicionará el tratamiento psicológico porque si hay una baja adherencia esto deberá ser tratado en las sesiones con el psicólogo y porque un abandono de la medicación puede suponer también un abandono de la psicoterapia o un cambio radical en el tipo de tratamiento psicológico que se esté llevando a cabo en ese momento.

❖ **Inventario de actitudes hacia la mediación (Drug Attitude Inventory, DAI)**

Es una prueba autoaplicada que consta de 10 ítems verdadero/falso. En ella se evalúa la respuesta subjetiva del paciente a la medicación antipsicótica. A mayor puntuación, el efecto es más positivo.

- **Otras pruebas evaluativas**

La violencia se asocia con frecuencia a la esquizofrenia y se encuentran indicadores a favor como en contra de esta relación. No obstante, debido al estrés que las personas con esta enfermedad pueden sufrir, sí es posible que manifiesten más agresividad. Por ello sería interesante evaluar este aspecto.

❖ **Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Aggression Scale, OAS)**

Se diseñó esta prueba para medir la agresividad en los pacientes con esquizofrenia en cuatro modalidades: verbal, autoagresividad, heteroagresividad hacia objetos y heteroagresividad hacia personas.

Es una prueba que debe pasar un entrevistador y que consta de 4 ítems, valorados en gravedad (escala Likert de 5 valores) y frecuencia (queda a elección del evaluador, se anota directamente la frecuencia, y se elige el lapso de tiempo en función de la frecuencia de los episodios violentos) (Basarán-Fernández, Bobes, Bousoño, García-Portilla, Parellada y Sáiz, 2011).

La investigación llevada a cabo por Fresán, Apiquian, de la Fuente-Sandoval, García-Anaya y Nicoloni (2004) se centra en la sensibilidad y la especificidad de esta escala. Estos autores obtienen, en un punto de corte de 7 puntos, una sensibilidad del 80% y una especificidad del 97%, lo que nos indica que a partir de este punto se puede hacer una categorización de si hay o no conducta violenta en pacientes con esquizofrenia.

Valoración

El protocolo de evaluación explicado anteriormente se ha realizado en base a la bibliografía realizada para este trabajo, escogiendo las más utilizadas en la práctica clínica y comprobando que fuesen instrumentos válidos y fiables.

Esto ha sido así porque en dicha revisión no se encontró ningún protocolo de evaluación para la esquizofrenia ni ninguna práctica clínica sobre este aspecto, aunque sí de tratamiento. Por este motivo creo que es importante elaborar un protocolo o como mínimo una guía de evaluación estandarizada para el trastorno que se ha tratado en este trabajo. Las razones por las que opino esto es porque hay muchos trastornos esquizotípicos muy similares entre sí o fases que pueden hacer que se confunda el diagnóstico, pero si hubiese una serie de pasos a seguir que todos hiciésemos igual la probabilidad sería inferior. Además, el hecho de que no haya una guía ni de las áreas a evaluar deja a criterio del profesional en qué aspectos poner más atención y cuáles dejar un poco más apartados. Esto puede llevar a un mal planteamiento del tratamiento a seguir o incluso a un mal diagnóstico, lo cual, bajo mi punto de vista, son errores cruciales que no deberían cometerse.

Finalmente, quiero destacar que en este protocolo se han puesto pruebas para evaluar todas aquellas áreas del paciente que son importantes, si bien es posible que alguien considere que no están todas o que hay alguna que no debería estar.

Bibliografía

- British Psychological Society. Division of Clinical Psychology, Kinderman, P., & Cook, A. (2000). Understanding mental illness: Recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences. British Psychological Society.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.
- Picasso, H., Ostrosky-Solis, F., & Nicolini, H. (2005). Sensibilidad y especificidad de un instrumento neuropsicológico en la evaluación de subtipos de esquizofrenia: un estudio con población hispanohablante. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(2), 87-95.
- Fresán, A., Apiquian, R., De la Fuente-Sandoval, C., García-Anaya, M., & Nicolini, H. (2004). Sensibilidad y especificidad de la Escala de Agresión Explícita en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(2), 71-5.
- Mass, R., Schoemig, T., Hitschfeld, K., Wall, E., & Haasen, C. (2000). Psychopathological syndromes of schizophrenia: evaluation of the dimensional structure of the positive and negative syndrome scale. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 167-177.
- Giráldez, S. L., Iglesias, P. F., & Fernández, O. V. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1), 185-221.
- Lemos Giráldez, S. (1989). Esquizofrenia: componentes de la personalidad como factores de riesgo. *Psicothema*, 1(1), 55-69.
- Fonseca Pedrero, E., Lemos Giráldez, S., Paino Piñeiro, M. D. L. M., Santarén-Rosell, M., Sierra Baigrie, S., & Ordoñez Cambor, N. (2011). Instrumentos de medida para la evaluación del fenotipo psicótico. *Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 32(2), 129-151.
- Giráldez, S. L. (1986). Esquizofrenia: ¿Enfermedad crónica? Consideraciones teóricas. *Estudios de psicología*, (25), 37-53.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de Evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis

- Gumley, A. y Schwannauer, M. (2008). *Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Jackson, C. y Reading, B. (2009). ¡En marcha de nuevo! Guía para entender y recuperarse de la psicosis. *The Birmingham Early Intervention Service*.
- Bascarán, M. T., Bobes, J., Bousoño, M., García-Portilla, M. P., Parellada, M. y Saiz, P. A. (2011). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias.
- Cuppa, S., & García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 111-119.
- Vicens-Vilanova, J., & Llandrich, J. O. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International journal of psychology and psychological therapy*, 3(2), 235-250.
- Usall, J. (2003). Diferencias de género en la esquizofrenia. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barna*, 30(5), 276-87.
- Mata, I., Beperet, M., & Madoz, V. (2009, May). Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23, 29-36.
- Garcia-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Bousoño, M., Bascaran, M. T., Guzmán-Quilo, C., & Bobes, J. (2011). Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y Social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 9-18.
- García-Bóveda, R. J., Morejón, A. J. V., y Jiménez, R. V. M. (2004). Habilidad social y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 111-120.
- Morejon, A. J. V., Garcia-Boveda, R. J., & Jimenez, R. V. M. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Ahuir, M., Bernardo, M., de la Serna, E., Ochoa, S., Carlson, J., Escartín, G., Guitiérrez-Zotes, A., Valero, J., Salamero, M., Cañizares, S., Fernández-Egea, E., Cañete, J., y Gallo, P. (2009). Adaptación y validación española de la Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4), 150-159.