

Apuntes de Psicología, 2012, Vol. 30 (1-3), págs. 145-154
Número especial: 30 años de Apuntes de Psicología
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental,
Universidad de Cádiz, Universidad de Córdoba,
Universidad de Huelva y Universidad de Sevilla

Evaluación conductual de la esquizofrenia

Carlos CUEVAS YUST

Salvador PERONA GARCELAN

Unidad de Rehabilitación de Salud Mental «Virgen del Rocío». Sevilla

Resumen

En el presente artículo se cuestiona la utilidad del diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia y se expone la aplicación de la metodología conductual en la evaluación de dicho trastorno. Se enfatiza la realización de análisis funcionales de los *síntomas positivos y negativos* de la esquizofrenia, para poder elaborar hipótesis explicativas que sean operativas y que faciliten nuevas alternativas de tratamiento a este tipo de trastorno.

Palabras clave: esquizofrenia, evaluación conductual, terapia de conducta.

Abstract

In this paper the usefulness of the psychiatric diagnosis of schizophrenia is questioned and the application of the behavioural methodology in the evaluation of this disturbance is presented. We emphasize the functional analysis of *positive and negative symptoms* of schizophrenia, in order to collaborate explanatory hypotheses that are operative and that provide new alternatives in the treatment of kind of disorder.

Key words: schizophrenia, behavioural assessment, behaviour therapy.

La esquizofrenia

La esquizofrenia o los trastornos esquizofrénicos, según el DSM III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1987*) constituyen una categoría psiquiátrica, que comprende una amplia variedad de manifestaciones clínicas (alteraciones del pensamiento, de la percepción, de la afectividad, de la psicomotricidad, de las relaciones sociales y de la actividad) y que no se observan de igual forma en todos los sujetos, pues se trata de un trastorno heterogéneo en cuanto a expresión y evolución. Ello en ocasiones ha llevado a algunos autores a considerar que no hay *una esquizofrenia* sino que habrían *distintas esquizofrenias*, estando cada una de ellas relacionadas con diferentes causas (por ejemplo las esquizofrenias tipo I y tipo II de Crow, 1980). Hasta el momento presente se han propuesto hipótesis para explicar los *brotos esquizofrénicos* que implican a todas las variables conocidas que pueden afectar a la conducta humana: genéticas (Rosenthal, 1971; Kety, Rosenthal, Wender & Schulsinger, 1968), bioquímicas (Owen, Owen, Poulter & Crow, 1984), neurológicas (Andreasen, Smith, Jacoby, Dennert & Olsen, 1982), víricas (Crow, 1984), cognitivas (Ruiz-Vargas, 1989), ambiente familiar (Vaughn & Leff, 1976), capacidad de afrontamiento y resolución de problemas (Lieberman, 1988), y

eventos vitales (Leff & Vaughn, 1980). A pesar de tales esfuerzos de investigación desde distintas disciplinas, todavía no se han podido obtener datos concluyentes sobre las causas de este trastorno.

En los últimos tiempos y considerando los conocimientos alcanzados, son bastantes los autores que cuestionan la utilidad del constructo *esquizofrenia*. Así, autores como Bentall, Jackson y Pilgrim (1988), refiriéndose a la cuestión de si la esquizofrenia es ó no es una enfermedad, plantean que hay un problema más fundamental a resolver, y es concretamente el siguiente: ¿realmente existe una entidad reconocible que responda a tal concepto en su conjunto? En este sentido, las investigaciones realizadas para determinar la fiabilidad y validez de este constructo han sido desalentadoras.

Respecto a su fiabilidad, se ha podido comprobar, por un lado, que la esquizofrenia es un trastorno en el que distintas personas pueden recibir un mismo diagnóstico presentando diferentes síntomas. Por otro lado, su diagnóstico diferencial presenta dificultades, pues muchos de los *síntomas* característicos de la *esquizofrenia* se presentan en otros tipos de trastornos, como en los afectivos, no siendo posible establecer siempre, claras diferencias entre distintas entidades psiquiátricas. Intentos para superar estas dificultades han consistido en el desarrollo de unos criterios

diagnósticos más operativizados, los cuales han permitido la obtención de un alto grado de fiabilidad entre los evaluadores que utilizan unos *mismos criterios operacionales*. No obstante, existen razones para dudar si este incremento de la fiabilidad es todo lo que aparenta. En la práctica se han propuesto diferentes sistemas diagnósticos, cada uno de los cuales establece unos determinados criterios operacionales para diagnosticar esquizofrenia. Si tales criterios identificasen un mismo tipo de trastorno mental, debería observarse un alto grado de acuerdo al comparar diferentes sistemas diagnósticos, circunstancia que no se produce (Herron, Schultz & Welt, 1992); en el mismo sentido, Brockington, Kendell & Leff (1978), poniendo a prueba esta hipótesis, aplicaron diez tipos de criterios a 322 pacientes de un hospital psiquiátrico. La concordancia entre los distintos sistemas diagnósticos fue muy baja. Se lograron niveles de concordancia ligeramente mayores cuando se comparaban criterios diagnósticos que históricamente habían estado relacionados unos con otros. Por ejemplo, se obtuvo un valor Kappa de 0,72 al comparar los diagnósticos a través de los criterios de Schneider con los del PSE (*Present State Examination*; Wing, Cooper & Sartorius, 1974). Pero estos resultados no son sorprendentes si tenemos en cuenta que el PSE fue diseñado a partir de los criterios de Schneider.

En cuanto a su validez, el diagnóstico de esquizofrenia debería de responder positivamente a tres cuestiones. La primera tiene que ver con su validez de constructo. Es decir, si este concepto es válido, debería de manifestarse como una serie de conductas que tenderían a ir juntas, de modo que existiría una importante *homogeneidad sintomática*; así una persona que sufriera un determinado *síntoma esquizofrénico* tendría una elevada probabilidad de sufrir los restantes *síntomas* de dicho *trastorno*. Pero esto no siempre se observa, siendo las manifestaciones sintomáticas heterogéneas en distintas personas. Asimismo, es destacable el hecho de la no existencia de síntomas patognomónicos de la esquizofrenia, pudiéndose encontrar muchos de sus síntomas en otros desórdenes psiquiátricos. Por ejemplo, es frecuente observar trastornos del pensamiento en pacientes *maníacos* e incluso *depresivos*, alucinaciones en una amplia gama de condiciones psiquiátricas, etc (Chapman & Chapman, 1988).

La segunda cuestión se refiere a la validez predictiva. En este sentido cabe señalar que un diagnóstico de esquizofrenia válido permitiría predecir cuál sería el pronóstico del trastorno y qué tratamiento sería el más efectivo. Si bien actualmente y siguiendo las nociones de Kraepelin y Bleuler, se tiende a no diagnosticar de esquizofrenia, *cuadros esquizofrénicos agudos y de duración breve* en los que el sujeto tiene una restitución total, pues estos autores defendían la existencia de un curso crónico (Obiols & Obiols, 1989), existen investigaciones que han demostrado que el curso y pronóstico es muy variable (Ciompi, 1980, 1984). Asimismo, el DSM III-R (*American Psychiatric Association*, 1987), en la clasificación que establece sobre

el posible curso de la esquizofrenia contempla cinco tipos distintos: *subcrónico*, *crónico*, *subcrónico con exacerbación aguda*, *crónico con exacerbación aguda* y *en remisión*. Este último se refiere a la no presentación de síntomas esquizofrénicos actuales (independientemente de si se está o no, bajo tratamiento farmacológico). En definitiva, no queda establecida una relación clara de predicción entre el diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia y su pronóstico.

En cuanto al tratamiento, un diagnóstico de esquizofrenia con validez predictiva permitiría señalar qué tipo de intervención sería la más efectiva. Desde el advenimiento de la medicación neuroléptica en la década de los cincuenta y durante muchos años, la asistencia dispensada a personas con diagnóstico de esquizofrenia ha consistido fundamentalmente en intervenciones clínico-terapéuticas, a través de la administración de fármacos, y secundariamente de psicoterapias tradicionales, no siempre caracterizadas por presentar una clara definición de objetivos, ni por estar suficientemente estructuradas (Cuevas & Perona, 1992). Pues bien, en cuanto a las intervenciones farmacológicas hay poca evidencia de que el diagnóstico de esquizofrenia sea un predictor válido de la respuesta al tratamiento, y aunque los neurolépticos sean considerados el tratamiento de elección, estudios controlados sugieren que sólo una baja proporción de pacientes se benefician de tal tratamiento (Crow, MacMillan, Johnson & Johnstone, 1986). Otras observaciones ponen de manifiesto la existencia de escasas diferencias en los resultados producidos por esta medicación en personas tratadas con dosis distintas (Carpenter, McGlashan & Strauss, 1977; Warner, 1985). Asimismo, se han obtenido resultados positivos con pacientes esquizofrénicos tratados con litio, que es considerado normalmente como el tratamiento de elección para los trastornos afectivos bipolares. Por último, las benzodiacepinas, comúnmente administradas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, se han mostrado efectivas en síntomas específicos como las alucinaciones (Beckman & Haas, 1980; Lingjaerde, 1982).

La tercera cuestión se refiere a que un diagnóstico de esquizofrenia válido tendría relación con la etiología. Trastornos específicos deberían estar relacionados con causas específicas y en este caso, el de la *esquizofrenia*, a pesar de las múltiples controversias y méritos de los distintos tipos de investigaciones, hay que destacar que incluso las hipótesis más ampliamente aceptadas sobre sus causas no son definitivas. La *esquizofrenia* no representa un trastorno unitario, tanto los factores etiológicos como la naturaleza de las conductas desviadas específicas que en cada caso aparecen (como por otra parte, las variables de naturaleza social, que han moldeado y/o mantienen dichas conductas), son enormemente heterogéneas y sus interrelaciones sumamente complejas (Vizcarro, 1988).

Como conclusión, podemos afirmar que si bien desde un punto de vista de economía descriptiva del lenguaje, se puede aceptar la utilización de términos tales como el de esquizofrenia, hemos de tener en cuenta que se trata

de etiquetas verbales que en principio y, por los resultados de las investigaciones realizadas hasta la fecha, únicamente designan una serie de posibles *síntomas*; sin que pueda afirmarse por tanto, que éstos *constituyen* la expresión de una entidad oculta explicativa, tradicionalmente denominada *esquizofrenia*.

La evaluación conductual de la esquizofrenia

La evaluación conductual de los habitualmente llamados síntomas psicóticos esquizofrénicos es una alternativa válida al diagnóstico psiquiátrico. Desde este marco se rechaza la mera descripción de síntomas que posteriormente son *homogeneizados* en una etiqueta diagnóstica, pues conduce a la consideración de que toda la variedad y complejidad de tales conductas responde a una misma e hipotética causa. Por otro lado, se cuestiona que esas causas sean necesarias o exclusivamente factores internos (biológicos o *mentales*) desligados de la acción o influencia del entorno físico, social y cultural donde vive el sujeto (Al-Issa, 1977).

Desde la perspectiva de la investigación psicopatológica, autores como Bentall, Jackson y Pilgrim (1988) defienden la posibilidad de estudiar los *síntomas* o conductas-problema como fenómenos psicológicos de pleno derecho frente a los tradicionales síndromes. Persons (1986), sin cuestionar seriamente la validez del concepto de esquizofrenia, sugiere que esta orientación tiene seis ventajas fundamentales: 1) evita la clasificación errónea de los individuos que puede ocurrir utilizando diseños basados en categorías diagnósticas; 2) permite el estudio de importantes fenómenos que pueden quedar olvidados en el enfoque de categorías sindrómicas; 3) facilita el desarrollo teórico; 4) aísla elementos únicos de la patología para su estudio; 5) reconoce la continuidad del enfoque clínico con la conducta normal; y 6) puede contribuir en la mejora o aparición de nuevas categorías diagnósticas que permitan una mejor comprensión de los síntomas de un individuo.

La evaluación conductual ofrece una perspectiva distinta para la conceptualización y abordaje de la esquizofrenia. Su objetivo principal consiste en identificar cuáles son las conductas desadaptativas a eliminar y/o reducir y cuáles son las conductas adaptativas a incrementar. Pero siempre en relación al contexto actual e inmediato del sujeto y a los roles sociales que en ese momento deba desempeñar. Se trata pues, de un proceso que requiere de continuas evaluaciones que actualicen la identificación de cuáles son las conductas a potenciar o eliminar en un contexto social determinado, para así facilitar un mejor funcionamiento psicológico y una mejor adaptación sociofamiliar y ocupacional en el sujeto. No se trata de incrementar o reducir, indiscriminadamente, conductas desde el punto de vista *topográfico*. La cuestión es potenciar aquellos comportamientos que posibiliten un mejor funcionamiento psicosocial en el entorno personal, y reducir aquellos que *funcionalmente* dificultan dicha adaptación.

Por ejemplo; no basta con identificar las ideas delirantes de un individuo y plantear la reducción de todas ellas, sino que será preciso matizar cuál o cuáles de ellas son las que están funcionalmente relacionadas con emociones perturbadoras, con problemas de adaptación al ambiente o con problemas en las relaciones con otras personas, y que por lo tanto deberán ser objeto de tratamiento.

Desde esta perspectiva quedarnos únicamente en descripciones de *síntomas positivos* (delirios, alucinaciones, etc) y *síntomas negativos* (apatía, aislamiento social, inactividad, etc) y entender que forman parte de un síndrome, o que son la *expresión de la esquizofrenia*, resulta poco útil y operativo de cara a su posible modificación y a la consecución de un funcionamiento psicosocial adaptativo del paciente. La utilización tradicional de los *síntomas esquizofrénicos* permite la realización del diagnóstico psiquiátrico correspondiente y a partir de éste, la elección del tratamiento, principalmente medicamentoso y en ocasiones acompañado de psicoterapias clásicas; pero no posibilita la evaluación ni el diseño de intervención necesario para eliminar las conductas desadaptativas y desarrollar las adaptativas pertinentes al contexto social del individuo. Históricamente, estas intervenciones han sido de carácter paliativo, y se han centrado en la reducción de los *síntomas positivos*; mientras, los *síntomas negativos de la esquizofrenia*, considerados *simplemente* como manifestaciones de la enfermedad, no han recibido la misma atención (circunstancia que en los últimos años ha empezado a cambiar gracias al desarrollo de los enfoques de la rehabilitación psiquiátrica: Watts & Bennet, 1983; Liberman, 1988; Anthony, Cohen & Farkas, 1990).

El punto de vista conductual propone el *análisis funcional* de las conductas, por exceso y por defecto, independientemente que desde enfoques psiquiátricos se consideren *síntomas positivos o negativos*. El empleo del análisis funcional de la conducta permite cuestionar la suposición más o menos explícita de otros enfoques que consideran que los *síntomas esquizofrénicos positivos y negativos* son en buena medida independientes entre sí. De hecho, la utilización del análisis funcional del comportamiento muestra cómo frecuentemente ambos tipos de *síntomas* (positivos y negativos), se encuentran funcionalmente interrelacionados entre ellos, además de con otras variables de carácter situacional y orgánico. Por tanto, deben de identificarse dentro de un mismo proceso de evaluación y quedar englobados en una misma hipótesis de trabajo (Cuevas & Perona, 1991). Contar con una hipótesis explicativa y unitaria, de las distintas conductas o *síntomas esquizofrénicos* (positivos y negativos) es fundamental para poder comprender la naturaleza del problema y para poder diseñar un tratamiento específico a los problemas de la persona. Así, el proceso de evaluación conductual de los síntomas tradicionalmente incluidos en el diagnóstico de esquizofrenia debe seguir las siguientes fases:

1. Exploración de las posibles dificultades en el funcionamiento psicosocial de la persona.
2. Descripción de las conductas-problema.
3. Análisis funcional de las conductas-problema.
4. Formulación de hipótesis explicativas.
5. Intervención.
6. Evaluación de los resultados y seguimiento.

Exploración de las posibles dificultades en el funcionamiento psicosocial de la persona

Una de las características de las personas con diagnóstico de esquizofrenia es que pueden presentar alteraciones a nivel de funcionamiento psicosocial en general. Por ello, hemos de recabar información sobre todas aquellas áreas en las que normalmente puede desempeñarse una persona, con el objetivo de identificar su nivel actual de habilidades y las posibles dificultades en el desarrollo de una vida satisfactoria, para ella y para las personas con quienes convive. La identificación de posibles problemas de funcionamiento en las áreas junto a la determinación de las competencias personales, es pues, el primer paso en la evaluación conductual de la *esquizofrenia*. Dicha identificación la podemos hacer a través de la formulación de preguntas abiertas en las primeras entrevistas llevadas a cabo con el paciente y sus familiares (o personas con las que tengan una relación significativa). Posteriormente iremos concretando y especificando las conductas-problema y las variables con ellas relacionadas. Para explorar el nivel de funcionamiento psicosocial, podemos orientar la entrevista de varias maneras, una de ellas consiste en la realización de un recorrido sistemático en el que se exploren las áreas que basándonos en Shepherd (1991) a continuación proponemos:

a) Adherencia a los centros de salud mental.

Se refiere al nivel de participación del individuo en los servicios sanitarios, tema fundamental en la asistencia comunitaria, donde pueden ser frecuentes las dificultades relacionadas con la asistencia correcta a las revisiones psicológicas y psiquiátricas, y a programas de entrenamiento en habilidades, tratamientos cognitivo-conductuales, programas socio-ocupacionales, etc.

b) Síntomas físicos y psiquiátricos.

Incluiría una exploración de las condiciones físicas del individuo (visión, audición, salud en general), sobre todo si se trata de personas que hayan estado ingresadas durante períodos prolongados en hospitales psiquiátricos, o si se trata de personas que hayan estado viviendo en la calle sin atención médica durante mucho tiempo. Otra información sería la relacionada con la historia y evolución del trastorno psiquiátrico, historia de ingresos hospitalarios,

historia de tratamientos, etc. Este apartado también incluiría una exploración psicopatológica global y actual del sujeto, que abarcara posibles alucinaciones, ideas delirantes, problemas de atención, ansiedad, insomnio, apatía, inactividad, aislamiento social, estado de ánimo, ideas de auto-lisis, conductas adictivas: etc.

c) Actitudes y motivación.

Este epígrafe hace referencia a las actitudes y papel del sujeto ante su trastorno. Su implicación en los diferentes tratamientos prescritos, el grado de conocimiento y de responsabilidad en asumir su problemática (lo que tradicionalmente se ha llamado *conciencia de enfermedad*), los posibles temores a padecer nuevas crisis, etc. Uno de los principales objetivos desde el modelo conductual es la motivación del usuario, es decir, conseguir que el usuario se implique en el proceso. Ello constituye uno de los tres elementos fundamentales (los otros dos son, una evaluación precisa y una intervención adecuada) para que se produzcan cambios importantes. Muchos autores han considerado la desmotivación y la apatía como síntomas negativos derivados del trastorno, que pueden obedecer a perturbaciones neurológicas (tal es el caso de Crow y su esquizofrenia tipo II). No obstante es preciso considerar la existencia de otras muchas variables de naturaleza psicosocial, capaces de explicar los problemas de desmotivación. Tales variables tienen que ver con posibles factores personales del usuario (historia de aprendizaje, habilidades y capacidades, acceso a medios socio-comunitarios potencialmente gratificantes, expectativas, etc.), con posibles factores familiares (extinción de comportamientos de autonomía e independencia, reforzamiento inadvertido del *rol de enfermo*, falta de conocimientos sobre cómo actuar con el familiar diagnosticado, etc.), y posibles factores relacionados con los profesionales de la salud (por ejemplo, conductas de desánimo ante la dificultad de modificar las actitudes del usuario, no realizar el análisis funcional de las conductas implicadas en los problemas de falta de motivación, etc.). La motivación no se debe evaluar como algo global, como todo o nada. La evaluación de la motivación del usuario debe de estar relacionada con los objetivos presentes y por lo tanto, con objetivos realistas y accesibles. En función de las conductas concretas que debería poner en marcha el usuario, es sobre las que hay que llevar a cabo la evaluación de la motivación. Es decir, se trata de valorar si el sujeto emite las conductas que debe emitir en relación con su proceso conductual. En caso contrario estará indicada la realización del análisis funcional de esas conductas por defecto, y se establecerá una estrategia de intervención consecuente con el mismo, o se trata por lo tanto, de la motivación en abstracto, sino de su operativización en aquellas conductas concretas, requeridas para llevar a cabo el proceso de intervención conductual.

d) Competencias conductuales y otros recursos.

En esta área se exploran las conductas adaptativas, las habilidades y competencias personales que el individuo posee para vivir en su entorno social de modo independiente y autónomo. En este sentido el abanico es amplio pudiendo interesar desde la evaluación de habilidades básicas de aseo e higiene personal, hasta otras más complejas como el manejo de la propia medicación, manejo de dinero, uso de transportes, realización de compras y gestiones, habilidades para comunicar sus problemas a profesionales, familiares y amigos, habilidades sociales, habilidades para organizar el tiempo libre, habilidades de planificación, habilidad y capacidades para mantenerse en actividades ocupacionales y/o laborales, capacidades para vivir sólo, habilidades de autocontrol emocional, etc. En esta área es muy importante recabar información sobre la historia evolutiva del individuo, en el sentido de si son habilidades que *nunca tuvo*, si *las tuvo y las perdió*, o si *las tuvo y las mantiene*. Normalmente los pacientes esquizofrénicos crónicos con una historia *premorbida* pobre, poseen un nivel muy bajo de competencias. No obstante, en cualquier caso es necesario identificar el nivel (aunque sea mínimo) de habilidades que haya tenido o tenga un sujeto, por varios motivos:

1. Al establecer los objetivos de tratamiento es conveniente partir siempre del nivel de competencia conductuales del sujeto (Lieberman, 1988).
2. Analizar las competencias del individuo es importante, pues frecuentemente sirven como alternativas positivas a conductas disfuncionales, con la ventaja de que forman parte del repertorio conductual del sujeto y no hace falta enseñárselas, en todo caso incrementarlas.
3. El desarrollo de los comportamientos adaptativos del sujeto puede reducir la probabilidad o utilidad funcional de las conductas-problema relacionadas con ellos (Haynes, 1983).
4. Los objetivos del tratamiento no sólo consisten en la reducción o eliminación de conductas-problema, también se dirigen a la recuperación o rehabilitación de habilidades que el sujeto manifestara antes de la *aparición* del trastorno y que en la actualidad le facilitasen el funcionamiento en su medio. Para ello es necesario analizar su nivel *premorbido* de habilidades.

En este apartado también se consideran los recursos del sujeto, necesarios para una adecuada integración a su contexto social. Y nos referimos tanto a recursos materiales, como a recursos no materiales: economía, vivienda, condiciones de la vivienda, estudios, trabajo, situación legal, etc.

e) Nivel de actividad actual.

Es importante conocer la situación laboral actual del sujeto y obtener información sobre su posible historia en este terreno. Es importante distinguir entre habilidades de búsqueda de empleo y habilidades de mantenimiento de empleo. La motivación ante posibles actividades laborales ó prelaborales, etc. Del mismo modo se procederá con el área de los estudios: situación actual, historia, dificultades posibles, motivación, etc.

También se obtendrá información sobre otras actividades que pueda estar desarrollando el sujeto. Una forma de hacerlo es a través de la exploración de un día típico de su vida. Esto consiste en la obtención de una descripción detallada por parte del paciente y/o de algún familiar sobre las actividades que realiza desde que se levanta por la mañana hasta que se acuesta. Es normal estudiar vacíos días de muestra; por ejemplo, las actividades que realiza durante días laborales y días festivos. Esto permite alcanzar una información concreta muy interesante sobre los niveles de actividad a del sujeto, lo que hace y lo que no hace a lo largo de la jornada, así como sobre aquellas áreas que puedan estar afectadas o en las que funcione adecuadamente.

f) Apoyo familiar y social.

El apoyo socio-familiar es un elemento de gran importancia en la vida de cualquier ser humano, pero adquiere mayor relevancia cuando se trata de personas con niveles de autonomía no totalmente plenos. En este apartado es interesante conocer cuál es la situación familiar, si la familia realiza función de apoyo, si sabe realizarla, cómo son las relaciones en el ambiente familiar, la predisposición de la familia a colaborar en el tratamiento de su familiar, el tipo de relación establecida entre el sujeto y cada miembro de su familia, las actividades que realizan juntos, las habilidades comunicativas y de resolución de problemas familiares, el conocimiento que la familia tiene sobre los comportamientos esquizofrénicos y sobre cómo potenciar y desarrollar conductas de competencia en el paciente, conocer la situación económica de la familia y la posible existencia de otros problemas importantes. Toda esta información puede ser útil tanto para valorar la participación de los familiares en programas de psicoeducación familiar, como para modificar todas aquellas pautas relacionales deficitarias en cuanto a resolución de problemas, comunicación y desarrollo de la autonomía del usuario; asimismo, puede ser importante para el desarrollo de unas relaciones más gratificantes y que cumplan una función de apoyo. No se trataría por lo tanto, de la *simple* identificación de constructos que no estuvieran operativizados en conductas presentes y actuales.

En cuanto a posibles apoyos sociales no familiares, se tratará de identificar cuáles son las personas con las que el usuario se relaciona, la frecuencia con que lo hace, el motivo de los contactos, la calidad de los mismos, etc.

Descripción de las conductas-problema

De la exploración efectuada en las áreas mencionadas se obtendrá un listado de problemas. Habitualmente los sujetos describen sus problemas en términos globales y ambiguos: Además es frecuente, sobre todo en pacientes con una historia psiquiátrica larga, la utilización de conceptos derivados de modelos psiquiátricos o psicodinámicos que dificultan el análisis de sus problemas psicosociales en términos de conductas y situaciones en las que ocurren. Por esta razón es importante enseñar al paciente a que describa sus problemas en conductas, de modo que sea capaz de especificar qué *hizo*, *pensó* y *sintió* cuando se presentó el problema. En este sentido es útil preguntarle por ocurrencias concretas del problema, por ejemplo las ocasiones más recientes en que éste ha tenido lugar, ello facilita que se centre en hechos concretos y no en abstracciones, y le permite ofrecernos descripciones más detalladas y precisas de las conductas-problema dada la proximidad temporal entre el suceso y su narración.

El siguiente paso consiste en *operativizar* las conductas-problema utilizando como parámetros, medidas de frecuencia, intensidad, duración y latencia (Lieberman, 1988).

La *frecuencia* se refiere a las veces que la conducta aparece; por ejemplo, número de veces que el paciente se ducha a la semana, de verbalizaciones delirantes realizadas durante un período de tiempo, etc.

La *intensidad* de un problema es la magnitud y gravedad con que se presenta. Normalmente es difícil medir de forma objetiva, por ello suelen utilizarse escalas de valoración subjetiva como las propuestas por Wolpe (1973). Por ejemplo, valoración del nivel de *ansiedad* asociado a alucinaciones auditivas que experimenta un sujeto, según una escala ordinal de diez puntos, en la que cero puntos se refiere a ausencia de *ansiedad* y diez puntos al nivel de máxima intensidad en esas situaciones.

La *duración* es la cantidad de tiempo utilizada en la realización de una conducta concreta. Por ejemplo, el tiempo que un sujeto permanece aislado en su cuarto, el número de horas que duerme durante el día, etc.

La *latencia* es la cantidad de tiempo que transcurre hasta que el paciente responde o actúa, después que se le hace una pregunta o se le da una instrucción para realizar un comportamiento.

La operativización de las conductas con los parámetros recién comentados permitirá distinguir entre *excesos conductuales*, como cuando un paciente verbaliza que al salir a la calle escucha muy frecuentemente voces con contenidos desagradables; y *déficits conductuales*, por ejemplo un paciente *esquizofrénico* sabe cómo formular preguntas durante una conversación, pero lo hace con una frecuencia muy baja, con lo que sus conversaciones con otras personas parecen muy poco fluidas.

Posteriormente, es decir una vez definidos operativamente los *síntomas esquizofrénicos* o conductas-problema,

será necesario diseñar técnicas específicas de evaluación (fundamentalmente de observación, auto-observación, y autoinformes), a partir de las cuales se obtenga una *muestra representativa* de las mismas. Es importante tener presente la fiabilidad y validez de las medidas efectuadas. La fiabilidad se refiere a la exactitud y constancia en los procedimientos de medida utilizados. En este sentido es conveniente que los datos se recojan siempre de forma similar, es decir con los mismos instrumentos y criterios de observación. La validez se refiere a que los datos recogidos midan lo que se pretende medir. En general, las medidas directas de la conducta son más válidas que las medidas indirectas, y más las realizadas en contextos naturales que las llevadas a cabo en contextos de *laboratorio*; así, una valoración de las habilidades de comunicación entre un padre y su hijo *esquizofrénico* será más válida si se observa directamente cómo interaccionan en su medio natural, que si se les observa en una situación de interacción simulada o que si se les evalúa a partir de los informes verbales aportados durante una entrevista.

Análisis funcional de las conductas-problema

Tradicionalmente la evaluación ha ido dirigida a identificar problemas de conducta, entendiendo a ésta bien como manifestación externa de constructos hipotéticos de carácter biológico, mental o simplemente conceptual; bien como problema en sí misma, pero descontextualizada del medio donde tiene lugar. Desde esta perspectiva no se ha tenido en cuenta que los comportamientos se dan en un contexto social y que por sí mismos no son ni sanos ni patológicos, ni correctos ni incorrectos, sino que éstos son juicios o valoraciones que se realizan en función del marco social donde se desarrollan (Ribes, Díaz, Rodríguez & Landa, 1990; Hayes & Hayes, 1992). Por lo tanto, el objetivo de la evaluación e intervención, desde el punto de vista psicológico, no es la conducta aislada, sino la conducta en interacción con el contexto social en que se produce. Por eso, el análisis funcional se refiere a la descripción de las interrelaciones existentes entre las conductas del sujeto y todas aquellas variables con ellas relacionadas. Según Ribes *et al.* (1990), para la realización de un análisis funcional hemos de considerar dos niveles distintos de análisis: el microcontingencial y el macrocontingencial.

a) Análisis microcontingencial.

Se refiere a lo que tradicionalmente se ha llamado análisis funcional propiamente dicho, y consiste en la descripción de las relaciones que se dan entre las conductas-problema y sus antecedentes y consecuentes.

Antecedentes: son aquellas variables ante las cuales es más probable la ocurrencia de la conducta-problema. Pueden ser de distinta naturaleza: *sociales* (personas y grupos), por ejemplo un sujeto *esquizofrénico* puede que

realice sus actividades de aseo personal sólo cuando su padre se lo dice, y que en presencia de la madre no lo haga, o puede ser mayor la frecuencia de alucinaciones auditivas cuando el paciente está sólo que si está hablando con otras personas; *físicos* (lugar, elementos materiales, ruidos, etc.), así en algunos casos y debido a una determinada historia de aprendizaje personal, el sonido de las bocinas de los coches puede relacionarse con un incremento en las alucinaciones auditivas de un sujeto; *cognitivos* (autoverbalizaciones, expectativas y atribuciones), por ejemplo, al anochecer un paciente se siente preocupado tras decirse así mismo: «*olvidé tomar las pastillas del mediodía, así volveré a ponerme enfermo*»; y *fisiológicos* (taquicardia, sensación de cansancio físico, cefalea, mareos, sudoración, sueño, sensaciones interoceptivas en general), por ejemplo un paciente se encuentra adormilado debido a los efectos de una dosis neuroléptica algo elevada y no participa activamente durante una conversación.

Consecuentes: son aquellos eventos que siguen a la ocurrencia de la conducta y que tienen efectos cuantitativos sobre la misma. Estos efectos pueden consistir en el incremento de la probabilidad de emisión de la conducta (reforzamiento) o en su disminución (castigo y extinción).

En relación a las consecuencias que incrementan la probabilidad futura de ocurrencia de una conducta caben distinguir las de carácter *reforzador positivo y negativo*. Dentro de las primeras existen dos tipos: refuerzos externos y auto-refuerzos. Los refuerzos externos son aquellos cambios ambientales que modifican la probabilidad de aparición de una respuesta y pueden ser físicos o sociales; por ejemplo, un sujeto esquizofrénico está aislado en su habitación y le llevan la comida, o una persona está verbalizando conductas delirantes y sus interlocutores le prestan atención. Los auto-refuerzos son aquellos refuerzos que el sujeto se administra así mismo tras la emisión de una conducta (Kazdin, 1975). Los auto-refuerzos pueden ser externos, como por ejemplo cuando un paciente ve su programa favorito de televisión después de haberse aseado; o internos, como cuando un paciente sale a pasear a la calle sólo y se dice: «*estupendo, así voy a superar mi miedo a salir de casa*».

En cuanto a las consecuencias de carácter reforzador negativo habría que considerar la reducción o desaparición de estimulación aversiva tras la emisión de determinada conducta; así es el caso de un sujeto que al marcharse de una situación social normaliza su frecuencia cardíaca y desaparecen sus palpitaciones.

Sobre variables que pueden suponer un decremento en la probabilidad de emisión de una conducta es preciso considerar la aparición de consecuencias *aversivas*, como por ejemplo cuando un paciente expresa una opinión y sus allegados le critican; y la *ausencia* de consecuencias de carácter reforzador, por ejemplo, un individuo realiza un comportamiento adaptativo y no se le presta ninguna atención.

Otro nivel de valoración de los consecuentes se refiere a si éstos son inmediatos a la aparición de la conducta o si por el contrario existe cierta demora entre ambos. Recordemos que si un estímulo reforzador no sigue inmediatamente a la conducta, puede perder su función reforzante (Domjan y Burkhard, 1986). Otro elemento importante a tener en cuenta en la valoración de la relación conducta-consecuencia es el tipo de programa de reforzamiento que esté teniendo lugar (Domjan y Burkhard, 1986; Skinner, 1953).

Como ya se ha señalado el análisis funcional facilita la obtención de información sobre las relaciones existentes entre las conductas o *síntomas esquizofrénicos* y determinadas variables ambientales u orgánicas. Dicha información es un elemento importante de cara al establecimiento de hipótesis explicativas sobre el mantenimiento o desarrollo de las conductas-problema. Para que esto sea posible es preciso que la información recabada proceda de una *muestra representativa* de las ocurrencias del problema. Es importante subrayar que realizar la evaluación conductual de los problemas psicológicos exclusivamente en base a la entrevista, suponé que el paciente *esquizofrénico* nos referirá una *media global* de cómo ocurren sus problemas y siempre desde un punto de vista retrospectivo. A lo sumo y centrándonos en las últimas ocasiones en que se ha producido el problema, obtendremos reportes verbales por parte del paciente o de sus familiares sobre uno o varios ejemplos recientes. Pues bien, hay que decir que *no* es a partir de tal información sobre la que deben realizarse análisis microcontingenciales *definitivos*. Esta es una información que probablemente sugerirá algunos de los aspectos en los que, al menos en una fase inicial, habrán de centrarse los métodos de evaluación que vayan a ponerse en marcha y que serán los que en definitiva aportarán la muestra requerida para poder elaborar hipótesis sobre posibles relaciones funcionales, pero en sí misma no es una información suficiente para establecer dichas hipótesis. Para la obtención de una muestra representativa será necesario el establecimiento de estrategias de observación o de auto-observación a partir de las cuales se recogerá información actual y precisa respecto a las ocurrencias de la conducta-problema.

b) Análisis macrocontingencial.

Se refiere al conjunto de prácticas o comportamientos sociales en las que están enmarcadas las conductas-problema y que definen las valoraciones que de esas conductas hacen los sujetos que viven en ese entorno. Es decir, el análisis de las macrocontingencias se refiere a todos aquellos valores o creencias expresadas verbal o conductualmente por el grupo de referencia del sujeto, y que si bien no determinan causalmente sus conductas-problema, si las posibilitan tanto en un sentido positivo como negativo. Por lo tanto, este nivel de análisis macrocontingencial es de suma importancia a la hora de establecer objetivos de intervención con los usuarios ya que facilitará la comprensión de cuáles son

los comportamientos con más probabilidades de éxito en un contexto determinado. Así pues, se tratará de obtener información sobre las prácticas sociales dominantes (creencias, normas, costumbres) en el entorno del paciente que puedan estar relacionadas con sus conductas-problema o con comportamientos adecuados cuyo desarrollo esté indicado.

Formulación de hipótesis explicativas

La evaluación culmina con el establecimiento de una hipótesis explicativa que permita comprender la situación actual del sujeto y que facilite la definición de una serie de objetivos específicos de intervención.

El establecimiento de la hipótesis se logra en buena medida de la información obtenida a partir de la muestra de análisis funcionales de las conductas-problema. Como señalábamos anteriormente es importante que esta muestra sea representativa y que recoja todas aquellas secuencias funcionales posibles en que aparece la conducta-problema, pues ésta no ocurre siempre de la misma forma. Una misma topografía conductual puede estar mantenida por diferentes variables en situaciones distintas, lo cual supondría la necesidad de poner en marcha distintas estrategias terapéuticas. Imaginemos por ejemplo que una persona sufre alucinaciones auditivas del tipo «*te vamos a matar*» y que tras un proceso de autoregistro, se identifica que éstas aparecen, primero, cuando el sujeto discute con un familiar, segundo, cuando el sujeto está sólo e inactivo, y tercero, cuando el sujeto tiene que acudir a alguna actividad ocupacional, evitando así ir. Pues bien, aunque la conducta alucinatoria sería siempre la misma («*te vamos a matar*»), las variables con ella relacionadas serían variadas y requerirían de distintas estrategias de intervención, que en nuestro ejemplo podrían consistir en mejorar la capacidad de resolución de problemas en la familia, establecer planes de actividades para el paciente y tras estudiar posibles dificultades del mismo en esa hipotética actividad ocupacional favorecer su asistencia. Asimismo, es importante contemplar información sobre variables relacionadas con la *no manifestación* de las conductas-problema, ya que ello puede ofrecer pistas sobre competencias personales o estímulos socio-ambientales *incompatibles* con la emisión de los *síntomas positivos o negativos*. Como vemos, una buena hipótesis normalmente es producto de la obtención de una información precisa y actual. No obstante no es fácil determinar cuándo la muestra es representativa, aunque lógicamente cuanto mayor sea, más alta será la probabilidad de que incluya a la mayoría de variables relacionadas. Por tanto, alcanzar una numerosa muestra de ocurrencias del problema y realizar el análisis funcional de cada una de ellas, mostrará las distintas secuencias funcionales de la conducta evaluada y permitirá el establecimiento de hipótesis.

Otra cuestión muy importante es que una hipótesis explicativa va a tratar de integrar a todas las conductas-problema de la situación global y actual del sujeto y a las variables

con ellas relacionadas. En consecuencia va a permitir identificar las *conductas-problema-clave* a modificar, pues no se trata de incidir directamente en todas y cada una de las conductas-problema listadas, sino sólo sobre aquellas que estén dificultando el funcionamiento psicosocial del sujeto en su medio y que a su vez puedan estar manteniendo a otras conductas-problema. Pongamos un ejemplo, imaginemos que en un sujeto hemos identificado una serie de conductas-problema, que hemos llevado a cabo análisis funcionales de las mismas y que la información obtenida la hemos integrado dentro de una hipótesis explicativa de la situación actual del individuo. Supongamos que hemos identificado como conducta-problema *clave* unas deficitarias habilidades sociales. Pues bien, podríamos hipotetizar que de su modificación (siguiendo con el supuesto), podrían derivarse cambios en otras conductas-problema tales como reducir el aislamiento social, facilitar la participación en actividades, reducir la ansiedad asociada a situaciones sociales y con ello reducir la probabilidad de aparición de alucinaciones o ideas delirantes en dichas situaciones.

Es sólo un ejemplo, pero con él queremos señalar que en trastornos con múltiples problemas comportamentales como ocurre en el caso de los trastornos esquizofrénicos, es muy importante afinar sobre cuáles son las intervenciones más eficaces y más eficientes, y para ello es básico la identificación de las conductas-problema-*clave* y de las variables con ellas relacionadas.

Intervención

Una vez establecidas cuáles son las conductas-problema *clave* y cuáles son las variables mantenedoras a modificar, diseñaremos una intervención específica para la problemática del individuo basada en las hipótesis establecidas. Un enfoque comporta mental del abordaje de los trastornos esquizofrénicos, lleva implícito una renuncia expresa a la aplicación de técnicas de intervención ajenas a una previa evaluación individualizada de la que deben derivar. Así por ejemplo, no se aplicará entrenamiento en habilidades sociales simplemente porque una persona se encuentre aislada, o no se entrenará en técnicas de relajación sólo porque sufra problemas de *ansiedad*. Cualquier diseño de intervención estará en relación a las variables que en la formulación global de la hipótesis explicativa se hayan establecido como variables a modificar, por ser variables *clave* en la situación actual de la persona. Este tipo de metodología de trabajo es preferible a cualquier administración de programas y/o paquetes de intervención estandarizados. Se pone el énfasis en la evaluación individual globalizadora y en una intervención no dirigida a modificar conductas en sí, sino a instaurar la nueva conducta en el entorno donde vive el sujeto (Perona & Cuevas, 1991); esto trasciende la simple administración de entrenamientos o técnicas *en los despachos* y tiene importante relación con la generalización de resultados.

Debido a la complejidad de estos trastornos (largos períodos de intervención y seguimiento, continuidad asistencial requerida, necesidad de recursos sociales variados, etc.), es difícil concebir la intervención desde el punto de vista de un sólo profesional de la salud, pues a lo sumo le ofrecería un tratamiento parcial y no integral, y lo vería periódicamente sólo un rato en su consulta. Es por lo tanto precisa, la intervención de equipos multidisciplinares comunitarios que ordenen y coordinen sus esfuerzos y conocimientos dentro de un plan individualizado de trabajo con el usuario (Cuevas, Perona & Arévalo, 1992).

Evaluación de los resultados y seguimiento

La evaluación es un proceso continuo, útil para determinar y para valorar la eficacia de nuestras intervenciones, y para la identificación de nuevos problemas que puedan surgir a lo largo de procesos de evaluación e intervención tan complejos y prolongados como son los llevados a cabo con los trastornos esquizofrénicos.

En cuanto a los resultados de nuestras intervenciones deberán evaluarse a dos niveles: primero, aplicando las mismas pruebas utilizadas, en la fase de evaluación inicial mediante auto-informes del paciente y su familia, observaciones y auto-registros, y comparando los resultados *antes, durante y después*; segundo, valorando si los resultados positivos se manifiestan sólo en nuestro centro de trabajo o si se han generalizado al contexto donde vive el sujeto que es realmente donde se dirige el foco de la intervención.

En cuanto al seguimiento varias cuestiones a comentar. La primera es que no basta con conseguir una modificación, sino que ésta debe de mantenerse en el tiempo, por lo tanto la realización de evaluaciones periódicas empleando las mismas técnicas que en momentos pasados permitirá valorar este tema. La segunda cuestión es que trabajar con personas con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia hace recomendable mantener contactos periódicos con ellas, en los que además de constatar el mantenimiento de logros pasados, sea posible el establecimiento de nuevos objetivos más ambiciosos, bien porque el sujeto pueda asumir más roles sociales, bien porque han aparecido nuevos recursos que faciliten su integración socio-laboral. Además es posible la detección de nuevas situaciones problemáticas que requieran nuevos entrenamientos del individuo y/o su familia. Por último se garantiza la relación usuario-dispositivo de salud mental, imprescindible en la atención comunitaria.

Conclusiones

Los *trastornos esquizofrénicos*, al igual que cualquier problema en el que esté implicada la conducta humana, son susceptibles de un proceso de evaluación e intervención conductual. Para ello es precisa la definición operativa de las conductas *esquizofrénicas* y su análisis funcional. Uná evaluación individual en estos términos posibilitará una

comprensión funcional de las conductas *esquizofrénicas* y el diseño de estrategias de intervención con probabilidad de éxito. Los instrumentos de evaluación en los *trastornos esquizofrénicos* no difieren de los de cualquier otro tipo de problema conductual, pero es recomendable adaptar las técnicas a la realidad cotidiana y capacidades del usuario y de sus familiares, de modo que es preferible la confección de técnicas de evaluación *a medida* (auto-informes, observaciones, auto-registros) que la administración de pruebas estandarizadas y en muchas ocasiones poco válidas para los contextos socio-culturales en los que trabajamos. La evaluación ha de dirigirse a las habilidades y conductas que se deben desarrollar o eliminar de cara a las exigencias a las que el sujeto debe de responder en su contexto, y a los roles que debe de asumir, por lo tanto también es preciso evaluar las características de dicho contexto, esto es fundamental pues no se trata de modificar conductas desde un punto de vista topográfico, sino que el objetivo es producir todas aquellas modificaciones que faciliten el mejor nivel posible de funcionamiento psicosocial del individuo en su entorno. El énfasis de la evaluación se pondrá en el presente, aunque también es importante hacer un recorrido por la biografía del sujeto para precisar si determinadas conductas adaptativas e inadaptativas nunca se llegaron a manifestar, o llegaron a manifestarse y luego desaparecieron, o se mantienen desde siempre. También es importante señalar el relevante papel que la familia puede jugar tanto en la fase de evaluación como en la de intervención, por lo que serán elementos a evaluar y tener en cuenta durante todo el proceso. Otro aspecto que hay que considerar, es que un ser humano, sea cual sea su nivel de funcionamiento psicosocial, es siempre susceptible de mejoras, por lo que es también muy importante mantener un seguimiento indefinido de las personas con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia toda vez que ello posibilitará en el futuro el establecimiento de nuevos objetivos que quizás en el pasado no fue posible marcar. Por último, señalar que problemas socio-comportamentales tan heterogéneos y complejos como los que presentan personas con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia requieren de la atención de equipos multidisciplinares y de carácter eminentemente comunitario que aborden conjuntamente el caso dentro de un plan individual de trabajo.

Referencias

- Al-Issa, I. (1977). Social and cultural aspects of hallucinations. *Psychological Bulletin*, 84 (3), 570-587.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3ª Ed. revisada). Washington DC: APA. (*DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. 1988).
- Andreasen, N.C., Smith, M.R., Jacoby, C.G., Dennert, J.W., & Olsen, S.A. (1982). Ventricular enlargement in schizophrenia: Definition and prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 139, 297-301.

- Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for *Psychiatric Rehabilitation*.
- Beckman, H., & Haas, S. (1980). High dose diazepam in schizophrenia. *Psychopharmacology*, *71*, 79-82.
- Bentall, R.P., Jackson, H.F., & Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of schizophrenia: some implications of validity arguments of psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, *27*, 303-324.
- Brockington, I.F., Kendell, R.E., & Leff, J.P. (1978). Definitions of schizophrenia: concordance and prediction of outcome. *Psychological Medicine*, *8*, 399-412.
- Carpenter, W.T., McGlashan, T.H., & Strauss, J.S. (1977). The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. *American Journal of Psychiatry*, *134*, 14-20.
- Chapman, L.J., & Chapman, J.P. (1988). The genesis of delusions. En T.F. Oltmans, & B.A. Maher (Eds), *Desilusional beliefs*. Nueva York: Wiley.
- Ciampi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, *136*, 413-420.
- Ciampi, L. (1984). Is there really a schizophrenia. The long-term course of psychotic phenomenon. *British Journal of Psychiatry*, *145*, 636-640.
- Crow, T.J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? *British Medical Journal*, *280*, 66-68.
- Crow, T.J. (1984). A reevaluation of the viral hypothesis: Is psychosis the result of retroviral integration at a site close to the cerebral dominance gene? *British Journal of Psychiatry*, *145*, 243-253.
- Crow, T.J., MacMillan, J.F., Johnson, A.L., & Johnstone, E.C. (1986). The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: II; A controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *British Journal of Psychiatry*, *148*, 120-127.
- Cuevas, C., & Perona, S. (1991). Intervención clínica y/o rehabilitadora en los trastornos esquizofrénicos: algunas reflexiones. Comunicación presentada en las *XVI Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría*. Granada.
- Cuevas, C., & Perona, S. (1992). Entrenamiento en habilidades sociales en una unidad de rehabilitación psicosocial. En F. Gil, J.M. León, & L. Jarana (Eds.), *Habilidades sociales y salud* (pp. 101-110). Madrid: Eudema.
- Cuevas, C., Perona, S., & Arévalo, J. (1992). El abordaje del trastorno esquizofrénico crónico desde la unidad de rehabilitación de salud mental «Virgen del Rocío». *Hygia*, *21*, 5-9.
- Domjan, M., & Burkhard, B. (1986). *The principles of learning and behavior*. Nueva York: Brooks-Cole. (Principios de aprendizaje y conducta. Madrid: Debate. 1990).
- Hayes, S.C., & Hayes, L.J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: the example of cognition. *Behavior Therapy*, *23*, 225-249.
- Haynes, S. (1983). Behavioral assessment. En M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack (Comps.), *The Clinical Psychology Handbook*. Nueva York: Pergamon Press.
- Herron, W.G., Schultz, C.L., & Welt, A.G. (1992). A comparison of 16 systems to diagnose schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, *48* (6), 711-721.
- Kazdin, A.E. (1975). *Behavior modification in applied settings*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press. (Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas. México: Editorial Manual Moderno, 1978).
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., & Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. En D. Rosenthal, & S.S. Kety (Eds), *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon.
- Leff, J., & Vaughn, C. (1980). The interaction of life events and relatives. Expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis: *British Journal of Psychiatry*, *136*, 146-153.
- Liberman, R.P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Ungjaerde, O. (1982). Effects of the benzodiazapine estazdam in patients with auditory hallucinations: A multicentre double-blind cross-over study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *63*, 339-354.
- Obiols, J.E., & Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Owen, R., Owen, F., Poulter, M., & Crown, T.J. (1984). Dopamine D2 receptors in substantia nigra in schizophrenia. *Brain Research*, *299*, 152-154.
- Perona, S., & Cuevas, C. (1991). El papel del entrenamiento en habilidades en rehabilitación psicosocial. Comunicación presentada en las *XVI Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría*. Granada.
- Persons, J. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, *41*, 1252-1260.
- Ribes, E., Díaz, E., Rodríguez, M.L., & Landa, P. (1990). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. En E. Ribes (Ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano* (pp. 113- 131). México: Trillas.
- Rosenthal, D. (1971). Two adoption studies of heredity in schizophrenic disorders. En M. Bleuler, & J. Angst (Eds.), *The origins of schizophrenia*. Berna: Huber.
- Ruiz-Vargas, J.M. (1989). *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Shepherd, G. (1991). Planning the rehabilitation of the individual. En F.N. Watts, & D.H. Bennett (Eds.), *Theory and practice of psychiatric rehabilitation* (pp. 329-348). Chichester: Wiley.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: MacMillano (*Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella. 1970).
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). Influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, *129*, 125-137.
- Vizcarro, C. (1988). Evaluación de la esquizofrenia. En R. Fernández Ballesteros, & J.A.I. Carrobles (Eds.), *Evaluación Conductual* (pp. 596-636). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Warner, R. (1985). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Watts, F.N., & Bennett, D.H. (1990). *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica*. México, D.F.: Limusa. (Orig. 1983).
- Wing, J.K., Cooper, J.E., & Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric syndromes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy (2 Ed.)*. Nueva York: Pergamon Press. (*la práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas, 1977).