



**EXTERNALIZACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS
PROLONGADOS: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON SÍNDROME DE
CAPGRAS**

Dr. Juan Jesús Muñoz García

Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios

**EXTERNALIZATION IN LONG CARE PSYCHIATRIC UNITS: PARANOID
SCHIZOPHRENIA WITH CAPGRAS SYNDROME**

Dr. Juan Jesús Muñoz García

Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Dr. Juan Jesús Muñoz García
Rehabilitación del Área de Salud Mental
Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios.
Teléfono de contacto: **91 893 00 01 – Ext. 449**
e-mail juanjesus.munoz@sjd.es

Agradecimientos: Dedicado a todo el conjunto de pacientes que, pese a las dificultades derivadas de su enfermedad mental, son capaces de sobreponerse a las mismas y luchar por un futuro mejor.

Externalización en unidades de cuidados psiquiátricos prolongados: esquizofrenia paranoide con síndrome de capgras

En este caso clínico se presenta la evaluación y tratamiento que se realiza dentro de un marco rehabilitador en una enfermedad mental grave y duradera. Concretamente, se expone un caso con un diagnóstico principal de Esquizofrenia Paranoide que en el contexto de un Síndrome de Capgras realiza una conducta violenta en su domicilio que deriva en diferentes ingresos, destacando el ingreso en un psiquiátrico penitenciario y, posteriormente, a partir de una medida de seguridad, en una Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados.

Tras cuatro años de ingreso en la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados en los que el paciente realiza diversas terapias, y con la finalidad de posibilitar una reinserción comunitaria con garantías, se realiza un plan individualizado de rehabilitación que supone la adhesión del paciente a diversos procedimientos terapéuticos individuales y grupales que terminan en un entrenamiento intensivo de un año de duración dirigido a la externalización del paciente.

Palabras Clave: Esquizofrenia Paranoide, Síndrome de Capgras, Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados, Rehabilitación Psicosocial y Externalización

Externalization in Long Care Psychiatric Units: Paranoid Schizophrenia with Capgras Syndrome

This case presents the evaluation and treatment that is performed in rehabilitation with severe and durable mental illness. Specifically, we have a case with a diagnosis of paranoid schizophrenia (with Capgras Syndrome) that makes violent behavior at home resulting in different incomes, highlighting admission to a psychiatric prison, and after, by a security measure, in a Long Care Psychiatric Unit. After four years in Long Care Psychiatric Unit where the patient performs various therapies, and in order to enable a secured community reintegration, we made an individualized rehabilitation plan concentered in various individual and group therapeutic procedures that ending in intensive one-year training to externalization.

Keywords: Paranoid Schizophrenia, Capgras Syndrome, Long Care Psychiatric Units, Psychosocial Rehabilitation and Externalization

Externalización en unidades de cuidados psiquiátricos prolongados: esquizofrenia paranoide con síndrome de capgras

Introducción

El abordaje de las enfermedades mentales graves y duraderas (EMGD) como los trastornos psicóticos, bipolares u otras patologías análogas representa una problemática que requiere de intervenciones holísticas que tengan en cuenta tanto los aspectos clínicos como los psicosociales de la enfermedad.

Estas intervenciones se han visto reforzadas por el marco rehabilitador surgido a partir de la Reforma Psiquiátrica Española del año 1986 que condujo a una progresiva desinstitucionalización que intentó normalizar la situación de estas personas. La pretensión inicial era evitar la estigmatización de las personas con enfermedad mental y esto conllevaba, tácitamente, la eliminación de determinados dispositivos o marcos de intervención, siendo el hospital psiquiátrico tradicional uno de los principales objetivos de este cambio. Pese a que se fue produciendo el cierre progresivo de diferentes hospitales psiquiátricos, lo cierto es que en el momento presente se ha producido un punto de inflexión empezando a ampliarse el número de camas en Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP) –antiguamente denominadas Unidades de Larga Estancia-, circunstancia que puede interpretarse de diversas formas pero que, en todo caso, subraya la necesidad de estos dispositivos.

Sin embargo, la existencia de estos dispositivos no debe ser concebida como una antonimia de las posibilidades de rehabilitación psicosocial. Únicamente hay que tener en cuenta que la UCPP ha de acometer una serie de transformaciones estructurales y funcionales que deriven en unas mayores posibilidades de sumergirse dentro de una filosofía psiquiátrica comunitaria.

Desde algunas UCPPs se han puesto en marcha diferentes actuaciones que, con mayor o menor profundidad, han intentado revertir esta situación maximizando las posibilidades de reinserción en aquellos casos en que se considere como posibilidad más óptima según, por y para el paciente. La rehabilitación psicosocial como concepto ha sido definido por diferentes autores: “*la rehabilitación de usuarios crónicos pretende reconvertir, aumentar o mantener la capacidad funcional*” (Alanen, 1991); “*logro de la completa ciudadanía de los usuarios: política, civil y económica*” (Equipo de Trieste, en Saraceno y Montero, 1993); “*mejorar los déficit en habilidades presuntamente causantes del deterioro en el funcionamiento psicosocial y/o modificar el ambiente promoviendo conductas adaptativas*” (Anthony y Liberman, 1992); y, en nuestro país, ha sido definida como “*aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible*” (Rodríguez, 1994).



Tradicionalmente, el Hospital Psiquiátrico fue considerado un entorno generador de cronicidad (Goffman, 1961). Contrario a esto, el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos siempre se ha caracterizado por su trabajo con los sectores más desfavorecidos de la sociedad.

En esta línea, el abordaje de la EMGD es uno de sus pilares fundamentales y, partiendo de la máxima de mejorar continuamente la atención a los pacientes se inició, hace unos cuatro años y medio, un trabajo denominado Proyecto de Rehabilitación en Unidades de Larga Estancia (Proyecto REULE) que consistió en un análisis minucioso del hospital profundizando en un conjunto de medidas que reforzasen el marco terapéutico rehabilitador (Muñoz, Manzano, de la Hera, Rivera, Chamorro et al., 2011).

El modelo rehabilitador del Proyecto REULE ha seguido los principios básicos que debe tener cualquier proceso de rehabilitación psicosocial, es decir, normalización del usuario, contextualización, individualización, continuidad, coordinación y evaluación (García, de las Heras y Peñuelas, 1994; Rodríguez, 1997). Las diferentes medidas enmarcadas dentro del Proyecto REULE pretenden disminuir los factores de riesgo del “*hospitalismo*” maximizando los factores de protección de un modelo rehabilitador. Mediante la formación de grupos homogéneos de pacientes, se estimula la creación de espacios arquitectónicos y modelos de funcionamiento semejantes al espacio natural. También se ha compartimentado el global de pacientes hasta llegar a la máxima individualización posible. Se han introducido figuras como el tutor de caso y facilitado y posibilitado las intervenciones familiares. Otra medida importante es el incremento tanto cualitativo (introduciendo nuevos perfiles profesionales/asistenciales) como cuantitativo de los ratios de personal rehabilitador y, en definitiva, se han ido implementando otras medidas ya adoptadas con diferentes niveles de éxito por otras instituciones pero que facilitan la asunción del modelo rehabilitador (Molina, 2003).

Quizá una de las medidas más interesantes es la de la reorganización de los pacientes del centro, que ha derivado en la creación de una estructura estratificada de “sub-dispositivos” dentro de una UCPP de gran tamaño. El estrato más alto de estos dispositivos es el denominado Hogar de Entrenamiento Intensivo (HEI) donde un máximo de ocho usuarios reciben un entrenamiento para su externalización, bien sea al medio natural o un dispositivo intermedio (pisos, mini-residencias, etc.) durante un año y por parte de un psicólogo clínico, una terapeuta ocupacional, una DUE y un técnico de integración social (ver Muñoz y Manzano, 2010).

Es precisamente este el contexto que justifica la presentación de un caso clínico de EMGD tratada desde el Hospital Psiquiátrico en un marco compatible con la psiquiatría comunitaria que finalmente logra la externalización a un dispositivo intermedio (piso tutelado). La presentación de su Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) con las propuestas terapéuticas y la resolución del caso es un claro ejemplo de las posibilidades rehabilitadoras del hospital psiquiátrico como entorno de abordaje intensivo de la EMGD.

Descripción del Caso

Motivo de Ingreso y Expectativas

El ingreso de PJJ en el Centro San Juan de Dios se produjo con fecha 3 de febrero de 2004, por Orden Judicial para cumplimiento de medida de seguridad. Presentaba numerosos ingresos por antecedentes de trastornos conductuales y agresividad que se veían agravados por el consumo de tóxicos (opiáceos, alcohol y cannabis), así como por el abandono de la medicación psicótropa. El diagnóstico efectuado era de esquizofrenia paranoide. Con fecha 3 de julio de 2002 el paciente fue conducido a la Urgencia Psiquiátrica de un Hospital General Madrileño tras haber agredido a su madre con arma blanca en el contexto de una descompensación psicótica (mantenía un sentimiento de perjuicio contra los extraterrestres y pensó que su madre había sido suplantada por ellos). Cabe reseñar que dichos acontecimientos pudieron estar mediatizados por el abandono de la medicación prescrita en las semanas previas a este incidente, situación que agravó la sintomatología alucinatorio-delirante. La descompensación psicopatológica del paciente en el momento de la agresión y la merma manifiesta de su capacidad para percibir y entender la realidad valoradas por los especialistas pertinentes motivaron que en el juicio realizado se procediese a la absolución del paciente y a la imposición de medidas de seguridad.

Cuando el paciente es preguntado por sus expectativas de futuro considera que le *“gustaría vivir los años que le restan lo más cómodo posible y lo mejor que pueda”* sin añadir ningún objetivo concreto que plasme dichas expectativas.

Como metas a corto plazo plantea seguir con el tratamiento y colaborar con los diferentes profesionales que le tratan. También considera que debe *“aprender cosas del hogar que me valdrían y no tanto realizar una tarea ocupacional”*. En todo caso, dice que podría plantearse realizar, a largo plazo, una tarea ocupacional/laboral consistente en soldar. Cabe señalar que en ese momento muestra una alta disponibilidad para la colaboración en las diferentes propuestas terapéuticas que se le realicen, si bien muestra un rechazo inicial superficial a todo lo referido a actividades laborales, quizá mediatizado por el miedo a no responder a los objetivos que se le planteen.

Atendiendo a las expectativas familiares, se realizó una entrevista con su hermano XJJ en noviembre de 2008. En dicha entrevista quedó patente la buena disponibilidad familiar a la colaboración en la evolución del caso. Ahora bien, pese a que PJJ había *“sido perdonado”* por su madre por los hechos acaecidos en el pasado, en la entrevista con XJJ quedó clara la dificultad percibida por la familia de reincorporación al medio familiar, algo en consonancia con la gravedad de los sucesos acaecidos. XJJ manifestó que es posible que su hermano pudiera estar fuera de un centro de larga estancia pero que habría que incidir, sobre todo en un *“control riguroso de los fármacos”*.

A corto plazo, el hermano consideraba que debe lograrse un buen control y adherencia al tratamiento farmacológico, *“que siga sin tomar alcohol y drogas”*. También planteaba que le gustaría que se consiguiera pronto la autorización para que PJJ pudiera salir del recinto hospitalario acompañado por miembros de su familia. Como meta a largo plazo

considera que sería idóneo que “mi hermano pudiese estar en un piso supervisado o protegido”. La familia se comprometió a colaborar, en la medida de lo posible, en cualquier actividad que se les propusiera desde un ámbito terapéutico.

Descripción del Problema

Enfermedad actual

PJJ tenía un diagnóstico de ingreso en el Centro San Juan de Dios de esquizofrenia paranoide. En el momento de la evaluación desde un nuevo marco rehabilitador (finales de 2008), el paciente mostraba un estado residual de dicho cuadro psicopatológico no apareciendo apenas sintomatología positiva que estaba muy atenuada y manifestándose, preferentemente, sintomatología residual.

Exploración psicopatológica

Durante los 6 días en que se realizó la evaluación con entrevistas de entre 1 y 2 horas de duración, se mostró calmado, abordable y colaborador, si bien fue evidente cierto recelo a la hora de exponer hechos concretos del pasado, que finalmente contó. Aparentaba su edad y su aspecto era aliñado.

No se apreciaban alteraciones cuantitativas del movimiento excepto un ligero enlentecimiento carente de cualquier tipo de repercusión funcional. Desde un punto de vista cualitativo tampoco aparecían alteraciones. La expresividad estaba discretamente reducida mostrando hipomimia, resultando una disminución de su expresión facial.

En cuanto al nivel de alerta, atención y orientación, no se registraron alteraciones que derivasen en repercusión funcional. Bien orientado auto y alopsíquicamente. Déficit leve en la capacidad de concentración con estrechamiento atencional, problemas ligeros en atención selectiva y en la vigilancia. Referente a la memoria, no se apreciaban problemas significativos exceptuando la memoria de trabajo (capacidad para memorizar y manipular información a corto plazo).

En el momento de la evaluación no aparecían alteraciones en la percepción de imágenes mentales ni engaños perceptivos, si bien cabía señalar que en el pasado hubo alucinaciones auditivas y visuales. Según PJJ, las auditivas eran en forma de murmullos por lo que cabría calificarlas de simples, si bien tras el análisis del historial se encontró evidencia de que también eran complejas en forma de órdenes dirigidas hacia su persona. El origen subjetivo de estas voces, dada su egosintonía, era externo y eran introducidas en su cabeza por extraterrestres. Presentaba una discreta crítica ante estos hechos y señalaba que “no sé si serían ciertas o no”, aunque terminaba corrigiéndose y señalando “creo que sí lo eran entonces, pero ya no las escucho hace tiempo; a mí ya me han dejado por imposible...”.

En todo caso señalaba que es su enfermedad la culpable de que realizase el acto violento hacia su madre. Lo cierto es que estas circunstancias estuvieron mediatizadas por el “mal de Capgras” ya que consideraba que, tanto su padre como su madre habían sido suplantados por un doble, en este caso un ser extraterrestre y que no eran realmente ellos. Esto le hacía ver a sus padres como extraños lo que generaba una ideación delirante en torno a esa



ilusión. De la misma forma, la percepción de que su madre era un ser extraterrestre y que le “estaba fastidiando” supuso el motivo desencadenante de su agresión.

En la evaluación realizada no se encontraron alteraciones del lenguaje significativas: buena prosodia, cualidad del habla, escritura y lectura. Tampoco aparecían alteraciones de la forma de pensamiento, existiendo en su discurso conexiones lógicas entre palabras, frases y oraciones que se mostraban dirigidas hacia una meta, emitiendo palabras y frases apropiadas que comunicaban contenidos significativos.

Atendiendo al contenido del pensamiento, no se podía hablar de la existencia de delirios cristalizados o sólidos que pudieran causar repercusión funcional significativa. Ahora bien, se asumían unos contenidos que se presentaban a modo de ideas sobrevaloradas respecto a la idea de la existencia de los extraterrestres (“puede ser que existan en otros planetas...o galaxias pero yo nunca los he visto”). No obstante, en el pasado fue presumible la existencia de una ideación delirante referencial en torno a su familia y el supuesto control por parte de los extraterrestres, delirios extravagantes (posible implicación de los extraterrestres en su operación de fístula), delirio persecutorio (a cargo de los extraterrestres), ilusión/delirio de Capgras, y delirio de lectura e inserción del pensamiento.

No aparecieron alteraciones anímicas. Ánimo eufémico sin manifestaciones de ansiedad ni preocupaciones relevantes. Cierta desconexión/frialdad emocional con respecto a los sucesos pasados. Relevante es el hecho de que no se objetivaron manifestaciones de ira u hostilidad excepto cierta tendencia a utilizar la ironía o sarcasmos. Ahora bien, en el pasado, amén de la conducta violenta respecto a su madre que motivó el ingreso en nuestro centro, tuvo diversos enfrentamientos verbales e incluso alguna agresión física respecto a su padre.

Por lo que respecta a las funciones fisiológicas, no había afectación en el sueño, pero sí en la ingesta. Tendencia a la pica y conducta polidípica que generaba potomanía, no de excesiva gravedad (entre 4 y 5 litros diarios), pero sí susceptible de intervención.

Nivel intelectual normal según apreciación clínica y confirmado en exploración profunda. Explorando su área social y relaciones interpersonales se encontró tendencia a permanecer aislado.

En la evaluación no se evidencia consumo de sustancias psicótropas desde, al menos, tres años y medio, siendo la última sustancia de consumo el THC. Sin embargo, su historial de consumo era amplio, habiendo consumido en el pasado “tripis” (alucinógenos), cocaína, éxtasis, alcohol y heroína algo que fomentó una patología dual que derivaba en incumplimientos terapéuticos y agravamiento de la sintomatología psicótica.

Síntomas más prominentes de enfermedad actual:

La evaluación mediante la PANSS (Kay, Fiszbein y Opler, 1997) evidenció una sintomatología positiva situada en el percentil 15, negativa en el 25, 15-25 en psicopatología general y, por último, en la escala compuesta una puntuación centil de 50. La escala informaba, por tanto, de un diagnóstico de síndrome mixto desde un punto de vista restrictivo y negativo desde un punto de vista inclusivo.

Atendiendo a los síntomas positivos sólo se señaló la existencia de leve sintomatología delirante relativa a la presencia de un síntoma de lectura/eco del pensamiento y discreta referencialidad que no alcanzaban repercusión funcional. También se reseñó la presencia de manifestaciones indirectas de hostilidad que tampoco suponían un problema significativo y que se manifestaban, como ya ha sido señalado, como sarcasmos.

Respecto a la sintomatología negativa había retracción social, conversación con poca iniciativa y el pensamiento era levemente rígido con tendencia a mantener sus posturas independientemente de que se le ofrecieran evidencias en contra.

Nivel de insight disminuido con escasa planificación del futuro. Ligera indecisión en la conversación quizá motivada por su defensividad y tendencia a la evitación de participación en actividades sociales.

Inicio de la enfermedad y evolución temporal

El primer documento psiquiátrico de PJJ procedía del año 1986 y se refería a un informe de un capitán médico alumno de psiquiatría, quien diagnosticó una “psicosis reactiva psicógena”. Este ingreso se produjo cuando PJJ estaba realizando el Servicio Militar y, al parecer, se debió a un “cambio brusco en su conducta”, aunque el diagnóstico inicial fue el de un síndrome depresivo.

A los dos meses de estos hechos se informó de una “historia que comienza hace unos meses durante su servicio militar con cuadro procesual agudo”. Se describía ideación delirante, gran autismo y trastornos afectivos, concluyéndose el diagnóstico de un “cuadro procesual agudo”. Esto motivó que dejase el Servicio Militar con 6 meses de antelación a la finalización natural prevista. Se mencionaban síntomas y signos como que el paciente veía que “a su alrededor estaban ocurriendo cosas anormales que le mosqueaban...” o que “mis compañeros eran mandados contra mí”, así como que “mi persona estaba allí turbada no sé por quién” y “pienso que han hecho un poco como para ver como reaccionaba, y que yo me enterara que mi padre no era mi padre”. Se añadía que el paciente refería que su “padre me mandaba mentalmente hacer cosas como movimientos; tengo la corazonada de que mi padre no es mi padre porque yo soy rubio y él no lo es”. Debido a incumplimiento terapéutico y a la persistencia de “extrañeza y rareza conductuales estando con frecuencia como en el limbo y realizando comentarios y conductas inadecuadas” fue ingresado en un hospital de la Comunidad de Madrid.

El siguiente informe clínico del que disponíamos era de 1995 y procedía de otro Hospital. Se informaba de múltiples ingresos previos por reagudizaciones de su psicosis esquizofrénica. Se volvía a informar de forma irregular en el tratamiento ambulatorio ya que, de hecho, no se ponía el modecate mensual que tenía pautado, no tenía conciencia de enfermedad y los ingresos eran precipitados por estas circunstancias y el consumo comórbido de opiáceos. Seguidamente, tuvo algún episodio violento en el domicilio familiar y volvió a ingresar (tan solo diez días después del anterior alta) por presentar un nuevo episodio de agresividad dirigida hacia su padre así como insomnio, irritabilidad, alucinaciones auditivas, etc. La familia relacionaba que el empeoramiento había coincidido con un abandono de la medicación e ingesta de alcohol.

En 1996 el equipo de valoración de incapacidades, considerando el cuadro clínico residual de una esquizofrenia paranoide con las consiguientes limitaciones orgánicas y funcionales y analizadas las secuelas y las tareas realizables por el paciente calificó a PJJ con una invalidez permanente en el grado de incapacidad permanente absoluta, susceptible de ser revisada con posterioridad.

Continuando con el análisis del curso de la enfermedad, con fecha de abril de 1999 se emitía un nuevo informe en su Hospital de referencia. En dicho informe se menciona que el paciente asistía a terapia de grupo dos veces en semana y que tenía un mal cumplimiento terapéutico.

Las circunstancias que motivaron el informe forense para valorar el grado de imputabilidad de PJJ tras haber estado ingresado en un centro penitenciario, fue en el año 2002. PJJ, aquejado de un Síndrome de Capgras, había apuñalado a su madre. La ideación delirante subyacente era la de la presencia de un grupo de extraterrestres desde hacía 10 o 12 años. Se informa de que el paciente siempre pensó que su padre no era tal y que había sido raptado por otra familia. El apuñalamiento a su madre fue porque creyó que ésta era una extraterrestre. Tras herir a su madre llamó a la policía. En el momento de esa exploración persistían las creencias delirantes en torno a su madre.

Nuevamente, su Hospital de referencia emitió un informe en marzo de 2004 donde se mencionaba la existencia de un delirio en el paciente por el cual pensaba en la existencia de seres extraterrestres que estaban invadiendo la tierra con fines malignos para destruirla y que “entraban en el cuerpo de diversas personas a las que controlan su voluntad y que pasan por ciudadanos normales, siendo dañinos extraterrestres”. Este delirio de existencia de extraterrestres se veía acompañado de numerosas experiencias paranoides, alucinatorias y de telepatía con esos seres extraterrestres y con otros que, junto a él “estaban evitando la destrucción del mundo”. A raíz de este informe se solicitó su ingreso en el Centro San Juan de Dios.

Conciencia de enfermedad

El paciente era capaz de mencionar su diagnóstico diciendo que padecía una “psicosis paranoide”. Cuando se abordaba su sintomatología especificó que había “tenido síntomas de cosas raras, por ejemplo, creer en extraterrestres que poseían a mi madre”. Referente al tratamiento farmacológico, lo enunciaba en términos irónicos, hablando de “pastilleo” y manifestaba que era “demasiadas pastillas”. Se cuestiona la realidad de sus pensamientos calificables como patológicos (p. e.: “dudo que puedan ser reales o no mis pensamientos”).

No obstante, conocía bien su medicación, siendo capaz de describir correctamente la mayoría de los nombres de los diferentes tratamientos que utilizaba, aunque no sabía la función de los mismos. El número de incumplimientos terapéuticos previos y su rechazo a la medicación invitaban a pensar en poca capacidad para la auto-administración de la medicación en un eventual proceso de alta.

Tratamiento farmacológico

En el momento de la evaluación su tratamiento era: biperideno 4mg (1-1-0), diazepam 5mg (1-1-1), zuclopentixol intramuscular 200mg (1 cada 7 días), metformina 850mg (1-0-0) y atorvastatina 20mg (2-0-0).

Factores de Riesgo, ingresos previos, protección y pródromos:

Se podían hipotetizar como factores de riesgo de descompensación psicótica y/o recaída así como de mal pronóstico terapéutico:

- Estilo cognitivo de afrontamiento negativista: tendencia a negar la existencia de estresores.
- Intensa abulia y apatía: escaso interés en el desarrollo y/o realización de actividades terapéuticas y, muchos menos ocupacionales.
- Círculo social limitado: tendencia al aislamiento y a relaciones sociales superficiales.
- Restricciones derivadas del régimen de internamiento: el régimen de internamiento por un periodo no superior a once años podía suponer, tácitamente, un “punto de destino” en el sentido de marcar un periodo mínimo de internamiento y no lo que en realidad designaba, es decir, un periodo máximo de internamiento en el que alcanzar objetivos rehabilitadores.
- Expectativas poco realistas y superficiales de PJJ respecto a sus posibilidades de recuperación e hipotética vida autónoma en el futuro
- Rechazo a los tratamientos psicofarmacológicos: pese a que no planteaba problemas en su toma, mostró suficientes indicadores de mala adherencia terapéutica ya que tenía posibilidades de no tomar los tratamientos médicos.

Podían considerarse factores de protección frente a una descompensación psicótica y/o recaída, así como de buen pronóstico terapéutico:

- Pensión de buena cuantía económica
- Estabilización lograda respecto al consumo de tóxicos: el consumo de tóxicos en el Centro San Juan de Dios disminuyó drásticamente y en la época de evaluación estaba en un estadio de cambio en el consumo adictivo de mantenimiento.
- Escasez de sintomatología positiva debido a la buena respuesta a los tratamientos psicofarmacológicos: apenas mostraba sintomatología positiva.
- Implicación familiar y existencia de un tutor legal muy colaborador: la entrevista realizada a XJJ mostraba a una persona muy implicada en la mejora y progreso del trastorno de su hermano

Prerrequisitos básicos

Atendiendo a diferentes áreas relacionadas con capacidades mínimas se encontró lo siguiente:

- Lectura y escritura, operaciones aritméticas elementales: buen nivel en lectura y escritura. Ninguna dificultad para la realización de operaciones aritméticas sencillas.
- Capacidad verbal suficiente como para mantener una conversación funcional: ninguna alteración comunicacional que le pudiera impedir mantener conversaciones con un discurso fluido y variedad semántica.

- Mantener la atención el tiempo suficiente como para realizar tareas cotidianas o afrontar situaciones de interacción: presentaba un déficit leve en tareas “finas” de evaluación de las capacidades atencionales.
- Conocimiento de temas de actualidad: PJJ, según sus palabras, no leía ningún periódico. Sin embargo, sí escuchaba la radio siendo sus emisoras principales Cadena Dial, Cadena 100 y Kiss FM. Añade que le gustaba más la televisión que leer y que de la programación, lo que más le interesaba eran los documentales de animales.
- Orientación espacio-temporal: bien orientado espacio-temporalmente.
- Psicomotricidad (gruesa y fina): no mostraba afectación funcional significativa.

Funcionamiento cognitivo

El paciente obtuvo en el WAIS-III (American Psychological Corporation, 1997) un CI total de 86 que clasificaba su inteligencia en un rango normal-bajo. Esta puntuación se descompone en el CI verbal y el CI manipulativo donde respectivamente obtuvo unas puntuaciones de 88 y 87. Por tanto, no se apreciaba una diferencia significativa entre los componentes verbales y manipulativos de su CI total en la Escala, por lo que su CI de 86 era significativo y podía ser interpretado como una exacta representación del rendimiento total de PJJ. La inteligencia del paciente era muestra de un rendimiento similar tanto en la vía de la comprensión y expresión verbal como en su forma no verbal con dibujos o materiales concretos, obteniendo en ambas nivel normal-bajo.

Como punto fuerte en la prueba apareció la prueba de figuras incompletas y como puntos débiles la de aritmética y la de cubos. Figuras incompletas implicaría buena capacidad de memoria visual, mientras que aritmética se refiere a la capacidad para la comprensión de símbolos verbales, así como capacidad de concentración. Por último, cubos se referiría a la percepción visoespacial, así como una capacidad de organización motriz adecuada. Añadir que se realizó un cálculo del deterioro neuropsicológico que, aunque mostraba un porcentaje del 23,68, subjetivamente se infiere que no había tal deterioro, sino más bien una disminución muy ligera del funcionamiento previo en consonancia con su diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Actividades de la vida diaria y autocuidado

El rendimiento mostrado en estas parcelas fue el siguiente:

- Aseo e higiene y vestido: no se detectó ningún problema en lo referido al aseo e higiene, realizando todos los días correctamente el aseo personal. Para ninguna de las tareas necesitaba supervisión ni insistencia por parte del equipo terapéutico excepto para el afeitado diario, para lo que se hacía “un poco el remolón”. Del mismo modo, cambiaba de vestimenta a diario sin ningún tipo de supervisión.
- Hábitos de salud (sueño, alimentación, ejercicio físico y consumo abusivo de sustancias): no presentaba problema relacionados con el sueño. Por otro lado, tenía problemas de sobrepeso e hipercolesterolemia en tratamiento. Tendía a picar entre horas (p. e.: “bocatas de salchichón con mantequilla, palmeras de chocolate, etc.”), por lo que se hacía evidente la necesidad de pautas en temas de alimentación. Asimismo, habría un problema de gravedad leve-moderada de potomanía, consumiendo entre cuatro y cinco litros diarios de agua. Fuma un

paquete y medio diario de tabaco y tomaba entre 3 y 5 cafés diarios. Finalmente, señalar que no realizaba ningún tipo de ejercicio físico.



Competencia personal y afrontamiento: manejo emocional

Se tuvieron en cuenta diferentes aspectos relativos a sus respuestas emocionales y afrontamiento del estrés:

- Posible trastorno / alteración de ansiedad y posible trastorno / alteración del estado de ánimo: no había trastorno de ansiedad en el momento de la evaluación. Manifestaba que no se encontraba nervioso.
- Dificultades para controlar la ira: en el momento de la evaluación no se apreciaron problemas para controlar la ira. Aunque las manifestaciones agresivas en el pasado fueron intensas y frecuentes, en el presente sólo podríamos hablar de hostilidad sobrecontrolada.
- Estímulos discriminativos: las diferentes situaciones que evocaban en el paciente reacciones ansioso-afectivas y/o ira estaban relacionadas con su situación de internamiento y con dificultades con otros compañeros.
- Capacidad de afrontamiento: el estilo cognitivo a la hora de afrontar problemas que caracterizaba a PJJ era negativista.
- Nivel de autoestima: no presentaba problemas de autoconcepto ni de autoestima.
- Capacidad para la solución de problemas y/o toma de decisiones: PJJ presentaba un estilo cognitivo rígido.

Habilidades sociales

PJJ mostró una baja capacidad para expresar enfado o disconformidad, lo que afectaba a su habilidad para expresar sentimientos negativos justificados o desacuerdo con otras personas. Sería una persona a quien constaría mostrar discrepancias y preferiría callarse aquello que le supone una molestia con tal de evitar posibles conflictos con los demás. En el resto de habilidades sociales, a saber, capacidad conversacional y/o habilidades comunicacionales básicas, defensa de sus derechos como consumidor, capacidad para decir no y cortar interacciones y capacidad para realizar peticiones, así como capacidad para relacionarse con el sexo opuesto no mostró dificultades significativas.

Integración comunitaria: autonomía básica y social

El nivel de funcionamiento del paciente en las áreas de autonomía básica fue el siguiente:

- Autonomía básica:
 - Manejo del hogar: el paciente contaba que hasta su ingreso en el centro vivía en el domicilio familiar. Dicha vivienda actualmente está habitada sólo por la madre.
 - Manejo y administración del dinero: contaba que “todo lo que ingreso lo gasto”, siendo evidente su escasa planificación del gasto y su mal concepto del dinero. Aunque mostraba conocimiento del valor de los productos básicos no era capaz de administrarse convenientemente.
 - Capacidad para usar el transporte público: conocía perfectamente los medios de transporte público y estaba capacitado para su uso.

- Competencia y autonomía para ir a lugares y ciudades desconocidas: perfecta capacidad para manejarse en lugares no habituales. Conocía los medios de transporte necesarios para ir a diferentes lugares y realizaba una adecuada estimación del coste.
- Autonomía social:
 - Resolución de trámites burocráticos: la incapacitación permanente absoluta así como el nombramiento de un tutor legal impedía que PJJ pudiera realizar gestiones legales por sí solo, aunque funcionalmente se consideraba posible su capacitación para ello.
 - Ocio y tiempo libre: no realizaba actividades sociales o de ocio reconocidas. Se mostraba pasivo en la realización de cualquier tipo de actividad.
 - Orientación sociocultural: aunque manifestaba no tener mucho interés y/o motivación por las noticias y los temas de actualidad, estaba al día de los diferentes acontecimientos relevantes que sucedían en la época de evaluación.

Área académica y laboral

El máximo nivel académico que había obtenido el paciente había sido el graduado escolar. Esta titulación la obtuvo en una escuela de adultos. En la infancia tuvo un rendimiento académico irregular con repetición de cursos y dejando sus estudios hacia 8° de EGB, que es cuando obtuvo un certificado de escolaridad. PJJ no precisó la edad en que obtuvo el graduado escolar aunque señaló que fue con una edad superior a 30 años.

Su experiencia laboral había sido de peón de albañil, fontanero, electricista y conserje. La profesión de albañilería (en la categoría de peón) la ejerció esporádicamente y siempre acompañado de su padre. En cuanto a la fontanería había llegado a ejercer de ayudante, siendo el trabajo que había desempeñado la mayoría del. Mostró escaso interés en el desempeño de tareas ocupacionales y/o laborales.

Red de apoyo: medio familiar y social

PJJ consideraba que de su familia tenía mejor relación con su hermano XJJ, quien sería su persona de mayor confianza. En la entrevista también contó que tenía una hermana a quien transmitía la mayoría de sus quejas. Cuando se preguntó por el resto de sus otros dos hermanos, PJJ señaló que tenían menos implicación.

Respecto a otras personas que conformen la red social del paciente, PJJ no tenía contacto con sus antiguas amistades que estaban vinculadas al consumo de drogas y en el hospital apenas se relacionaba con otros pacientes de forma voluntaria.

Objetivos del Plan Terapéutico y Tipos de Intervención

El objetivo final del PIR del paciente era su reinserción en un dispositivo intermedio tipo piso tutelado. Como aspecto más urgente a intervenir, en la evaluación inicial se consideró motivar al paciente para la consecución del anterior objetivo ya que ni siquiera lo contemplaba como apetecible. En este sentido, se realizaron 6 entrevistas motivacionales de 45 minutos de duración en las que se abordó su problema familiar pasado y se contrastó la dificultad que podría suponer el intentar un proceso rehabilitador encaminado a la reinserción en su antiguo hogar frente a un proceso dirigido a insertar a través de un piso y con soporte

socio-sanitario. Pese a las reticencias iniciales, la progresiva explicación de las ventajas e inconvenientes y el proceso de toma de decisión que realizó el usuario en la última entrevista condujeron al inicio del plan individualizado de rehabilitación.



Asimismo, su problema de potomanía también era un área de interés urgente. Añadidas a las entrevistas motivacionales anteriormente reseñadas se realizó un contrato conductual específico de cara a responsabilizar al paciente de sus eventuales mejorías o empeoramientos. En dicho contrato, el paciente se comprometió a llevar un registro de la cantidad de agua ingerida. Por otro lado, se implementaron estrategias como acordar que nunca llevase encima botellas de agua de un tamaño superior a medio litro y que durante el mes inicial de su plan se realizase controles de peso que serían de horario aleatorio en virtud de la decisión del equipo de enfermería y que, en principio, eran a razón de dos controles diarios. Posteriormente se fueron demorando en el tiempo y realizando con una frecuencia máxima de dos veces semanales pero manipulando las horas del registro y el número de veces, de tal forma que, en ocasiones, se pesaba una sola vez (algo carente de utilidad salvo abuso masivo de agua) pero en otras se pesaba hasta cuatro veces diarias. El mes previo al alta al recurso intermedio se suprimieron estos controles como forma de normalización previo a su reincorporación comunitaria. Cabe señalar, que la evolución fue muy positiva durante los primeros 5 meses reduciendo el consumo a un máximo de dos litros y medio o tres diarios. No obstante, en la fase final fue sorprendido esporádicamente con botellas de mayor tamaño. En todo caso, pese a estos “deslices”, lo cierto es que el paciente tendió a regularizar sus registros de peso y fue notable la mejoría en este área.

Referente a los objetivos específicos de rehabilitación, se plantearon los siguientes, responsabilizándose a diferentes profesionales socio-sanitarios (psiquiatra, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, trabajador social, DUE y técnico de integración social) de su consecución:

- Estabilización psicopatológica a través de la reducción de su sintomatología: mejora de la sintomatología negativa y atenuación de las manifestaciones caracteriales paranoides en la medida de lo posible a través del ajuste de su tratamiento psicofarmacológico:
 - Aunque ya se ha señalado el tratamiento psicofarmacológico que tenía el paciente en el momento de la evaluación, cabe señalar que durante su plan rehabilitador se consiguió una importante mejora en esta área vinculada al distanciamiento temporal de su fármaco inyectable (zuclopentixol ®), que paso a una pauta de cada quince días frente a los siete iniciales.
 - Como aspecto significativo de esta mejora, conviene señalar que nunca hubo variación de este tratamiento hasta la implementación del plan rehabilitador y que la progresiva inmersión en terapias psicosociales junto a los tratamientos médicos establecidos influyeron en una reducción de manifestaciones paranoides y reactancia a cualquier propuesta terapéutica.
- Aumento de la motivación hacia la rehabilitación:
 - Independientemente del proceso inicial motivador se realizaron diversas entrevistas (entre 15 y 20 de unos 20 minutos de duración) durante todo el plan rehabilitador encaminadas a incrementar la vinculación del paciente a su proceso y en las que se reforzaban los logros conseguidos y estimulaba a seguir avanzando.
 - A lo largo del abordaje terapéutico se observó que PJJ buscaba el contacto con el resto de usuarios del dispositivo de externalización y mejoró

- notablemente sus contactos con el personal del centro, mostrándose inclusive afectuoso y agradecido por todo lo que iba consiguiendo.
- Lograr un *insight* adecuado que permitiese comprender al paciente la necesidad de tratamiento psicofarmacológico con la menor supervisión posible:
 - Aunque este suele ser uno de los aspectos más controvertidos en el abordaje de las psicosis, la evaluación inicial condujo a la persecución de sólo asegurar que comprendiese lo imprescindible del tratamiento farmacológico. Este objetivo se logró en varias fases:
 - Terapias grupales: psicoeducación, psicoterapia cognitivo-conductual de síntomas positivos y educación para la salud. Estas terapias fueron implementadas en tres años y cada una constaba de 28 sesiones de unos cuarenta y cinco minutos de duración. Los grupos nunca tenían más de 8 usuarios. El primero de estos grupos abordaba los conceptos básicos de la enfermedad mental en general y la psicosis en particular. En este último caso, y a modo informativo, los pacientes eran instruidos en concepto de esquizofrenia, tipos, etiopatogenia, factores de riesgo y protección, etc. En la psicoterapia cognitivo-conductual, mediante el trabajo con el modelo A-B-C de Ellis se pretendía la minimización de las consecuencias negativas de esta sintomatología productiva. Estos dos procesos grupales fueron llevados a cabo por un psicólogo clínico. Por último, un DUE se encargaba del grupo de educación para la salud y en esta terapia se trabajaban aspectos como dieta equilibrada, hábitos saludables y, sobre todo, era un paso previo a un entrenamiento individualizado en manejo del pastillero y conocimiento exacto de los fármacos pautados por parte de los usuarios.
 - Terapia individual: en consultas individuales se vinculó la existencia de sintomatología positiva al consumo de tóxicos y a la no toma de los fármacos oportunamente. Además, se vinculó el deterioro en la calidad de vida del paciente a no seguir una pauta farmacológica adecuada. Estas entrevistas eran realizadas indistintamente por psiquiatra y/o psicólogo clínico de referencia. Por último, en el dispositivo de externalización, el DUE responsable entrenó en el manejo del pastillero y en los efectos de los tratamientos.
 - En esta área, aunque en el momento de la evaluación era de las que presentaba un pronóstico más reservado, en el sentido de que aunque tomaba los fármacos la impresión era de ser un comportamiento motivado por su ingreso involuntario. Sin embargo, ya en los meses previos a la externalización se detectaron frases espontáneas como “tengo que tomar las pastillas que eso es imprescindible” o, en referencia a otro compañero “toma el tratamiento que si no luego vienen los problemas...”. En el momento actual la mejora ha sido notable y hay una alta fiabilidad en el cumplimiento de su plan farmacológico.
 - Motivación del paciente en el desarrollo de una actividad ocupacional e implementación de la misma:
 - PJJ, hasta el momento de comienzo de este plan rehabilitador, siempre se había mostrado reacio a participar en terapias y, mucho más, a seguir actividades ocupacionales/laborales regladas. El trabajo motivador inicial y la percepción de un objetivo realista contribuyeron a una incorporación a los programas terapéuticos que derivó en las mejoras que se van reseñando.

lavado, plancha, cocina, etc...; sino también que fuese capaz de gestionar el momento idóneo de las mismas y se administrase económicamente (esto último en colaboración con una trabajadora social).

Estos objetivos fueron ordenados en tres fases:

1. Motivación al cambio y abordaje de su problema de potomanía.
2. Terapias grupales: habilidades sociales, psicoterapia cognitivo-conductual, etc.
3. Entrenamiento para una vida autónoma.

En resumen, la consecución de los objetivos se realizó a través de la implementación de terapias individuales y grupales (educación para la salud, psicomotricidad, psicoeducación, psicoterapia cognitivo-conductual, autocontrol, lavado y plancha, cocina...) durante un período de unos tres años. Conforme se iban cumpliendo unos objetivos se pasaba a otros que implicaban mayor autonomía hasta que en el año 2011 pasó al Hogar de Entrenamiento Intensivo donde durante un periodo de un año recibió un entrenamiento destinado a que fuese absolutamente autónomo en una eventual externalización y haciendo especial hincapié en sus habilidades de limpieza, cocina, planificación del gasto, gestión del tiempo libre, relaciones con otros compañeros (un total de cinco) y otros aspectos relacionados con su integración social y comunitaria. Del mismo modo, complementario a terapias psicoeducativas propias de la fase previa de intervención, se entrenó al paciente en la autoadministración de medicación y control de otras variables somáticas (p. e.: glucemia).

Situación Actual

En el presente PJJ lleva externalizado en un piso tutelado dependiente de la UCPP desde hace prácticamente un año. Su proceso rehabilitador se ha concretado en diferentes acciones que han permitido que, pese a la orden de internamiento inicial, se reincorpore al medio externo en menos tiempo del inicialmente previsto. El citado piso cuenta con la supervisión durante un período de máximo una hora semanal (distribuida en dos visitas) por parte de un técnico de integración social y coordinada por un psicólogo clínico. Acude de forma regular a un Centro de Día donde pese a un periodo de retenciones iniciales ha logrado integrarse desarrollando tareas que le resultan satisfactorias.

Por otro lado, es absolutamente autónomo para la toma de medicación y muestra claros indicadores de conciencia de enfermedad en el sentido de mostrar buen conocimiento y adherencia a su medicación. Inclusive ha habido mejoras en sus hábitos alimenticios.

Referente a su autonomía, es absolutamente independiente y realiza adecuadamente todas las tareas y actividades necesarias para llevar una vida autónoma. En el ámbito relacional también se han producido mejorías, entablando una buena amistad con alguno de sus compañeros del piso tutelado.

Por último, los niveles de satisfacción subjetiva del paciente son elevados y se muestra muy agradecido por los progresos de su caso y por el trabajo rehabilitador que se ha realizado en su caso.

Discusión y Conclusiones

La Reforma Psiquiátrica Española supuso un cambio en el marco de atención a la EMGD, señalando al hospital psiquiátrico como un posible marco generador de cronicidad y/o como un entorno donde difícilmente se podrían llevar a cabo procesos rehabilitadores. Según Goffman (1961) los hospitales psiquiátricos serían incompatibles con la reinserción debido a que:

- La institución absorbe parte del tiempo e interés de sus miembros proporcionándoles un mundo propio, lo que supone un deterioro de los usos normativos de convivencia básicos y de la capacidad de tomar decisiones.
- Obstaculiza la interacción social con el exterior, especialmente en instituciones cerradas y alejadas de núcleos urbanos.
- No procura separaciones entre los ámbitos fundamentales de la vida: dormir, trabajar y recrearse.
- Separa radicalmente el mundo de los pacientes del mundo del personal cuidador.
- Debilita progresivamente los lazos del paciente con su familia o red social natural.
- Supone una falta de estimulación que deteriora el proceso de comunicación.

Dentro de esta línea argumental parece lógico que el hospital psiquiátrico, en caso de querer ser útil en una perspectiva comunitaria, debe redefinir sus intervenciones pasando de un modelo “asilar” a un modelo rehabilitador. La génesis de modelos rehabilitadores de intervención implica no perder de vista la desinstitucionalización pero tampoco obviar la necesidad de entornos estructurados con intervenciones individualizadas no sujetas a utópicos plazos temporales u oníricas alternativas de alta para aquellos casos de mayor vulnerabilidad bio-psico-social (Maestro y Jiménez, 2002). Estos postulados superan posiciones que relacionan la incurabilidad con el contexto institucional (Lamb y Bachrach, 2001) y también amparan la posibilidad de asunción de un modelo rehabilitador para aquellos casos que difícilmente son abordables en dispositivos de baja supervisión y/o que afectan a los sectores más desfavorecidos ya sea por la propia sociedad o por la propia organización y definición de los dispositivos asistenciales sanitarios o sociales.

Por ello, los hospitales psiquiátricos pueden ser concebidos como un entorno rehabilitador para aquellas patologías que necesitan un tratamiento rehabilitador de carácter intensivo y en un marco protegido. El Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos ha implementado diversas estrategias organizativas y terapéuticas que se concretan en un modelo de trabajo estratificado de menor a mayor independencia en aspectos psicosociales orientado a la reinserción comunitaria (Muñoz y Manzano, 2010; Muñoz et al., 2011). Se persiguen objetivos como que la persona con EMGD pueda conseguir la mayor habilitación posible con una incorporación progresiva en el medio natural (Kohn, Levac, Caldas, Vicente y Andrade, 2005; Sáiz y Hernández, 1998).

Mediante la presentación de este caso clínico, se ha pretendido mostrar un ejemplo paradigmático de lo que sería un posible proceso rehabilitador en una UCPP. Partiríamos de una persona con EMGD que, como resultado de su psicopatología –Mal de Capgras- realiza un acto violento en su domicilio. Las consecuencias son su internamiento en centro penitenciario y, posteriormente, en la UCPP a través de una medida de seguridad. Desde la UCPP se implementó un Plan Individualizado de Rehabilitación orientado a lograr la reinserción a un dispositivo intermedio mediante una completa identificación de las

necesidades del paciente y diseñando programas específicos de atención y soporte. Todo ello finalizó en un entrenamiento intensivo realizado en un dispositivo creado a tal efecto donde se mejoraron aquellos aspectos que garantizarían una completa autonomía del paciente. En el momento presente, el paciente reside en un piso tutelado alejado del hospital psiquiátrico y acude regularmente a un centro de día. Tiene un nivel alto de satisfacción por los logros alcanzados, aspecto que es extrapolable a sus familiares.

El caso sería un ejemplo evidente de que la aportación de cuidados óptimos en un entorno residencial adecuadamente diseñado (Lamb y Bachrach, 2001) podría ser una estrategia fundamental de cara a la reinserción de la persona con EMGD y redefinir la importancia de las UCPPs no como marcos generadores de cronicidad, sino como entornos donde aportar un marco rehabilitador a patologías especialmente graves. En el debe quedaría la necesidad de maximizar la coordinación de estos dispositivos con las diferentes redes socio-sanitarias.

Referencias Bibliográficas

- Alanen, Y. O. (1992). Tratamiento y rehabilitación de las psicosis esquizofrénicas: el modelo finlandés de tratamiento. *Boletín Informativo de Salud Mental*, 3, 9-46.
- Anthony, W. A. y Liberman, R. P. (1992). Principles and practice of psychiatric rehabilitation. En R. P. Liberman (ed.), *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Allyn and Bacon.
- García, J., de las Heras, B., Peñuelas, E. (1997). *Rehabilitación psicosocial: conceptos y estrategias*. Oviedo: K. R. K.
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and others inmates*; edición en castellano – *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu-Murguía.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Lamb, R. L. y Bachrach, L. L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52, 1039-1045.
- Maestro, J. C. y Jiménez, J. F. (2002). Las necesidades de hospitalización prolongada. *Monografías de Psiquiatría*, 14, 20-25.
- Molina, J. de D. (2003). El papel del hospital de larga estancia en el proceso de rehabilitación. *Norte de Salud Mental*, 17, 7-13.
- Muñoz, J. J. y Manzano, J. M. (2010). El desempeño psicosocial como criterio facilitador de la rehabilitación psicosocial en una unidad de cuidados psiquiátricos prolongados. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 10, 73-89.

Muñoz, J. J., Manzano, J. M., de la Hera, M. I., Rivera, A., Chamorro, L. y Plaza, P. (2011). Rehabilitación psiquiátrica en un hospital de cuidados psiquiátricos prolongados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(112), 615-629.



Rodríguez, A. (1994). Sobre la rehabilitación psicosocial: Reflexiones y perspectivas. *Boletín AMRP (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial)*, 0, 4-9.

Saraceno, B. y Montero, F. (1993). La rehabilitación entre modelos y práctica. En V. Aparicio (coord.), *Evaluación de servicios en salud mental* (pp. 313-321). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

The Psychological Corporation (1997). Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (versión española). TEA Ediciones: Madrid.