

# **CONSCIÈNCIA DE DESCONNEXIÓ**

## **L'*INSIGHT* EN EL TRASTORN ESQUIZOFRÈNIC**

---

### **TREBALL DE FINAL DE GRAU EN PSICOLOGIA**

**SÁNCHEZ PERAL, Cristina**

Curs: 2014 - 2015

Àngel Serra Jubany

Grau en Psicologia

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic

Vic. Maig 2015

**Agraïments:**

*Agraeixo, en primer lloc, als participants d'aquesta recerca Anna Urbea, José Manuel Santos i Marta Rodríguez, per la seva disposició en participar-hi, mostra inequívoca de la vocació en la seva professió.*

*D'altra banda, agrair al tutor referent, Àngel Serra, tota la dedicació en el llarg procés que ha ocupat aquesta recerca, la motivació brindada en els moments necessaris i la seva comprensió i recolzament en el transcurs d'aquest projecte.*

**RESUM:** Els principals objectius d'aquesta recerca són els d'aprofundir en el coneixement de l'*insight* en l'esquizofrènia i observar quina és la seva presència en el tractament de persones que pateixen aquest trastorn des de diferents àmbits professionals en salut pública. Per a assolir aquest objectius, s'ha realitzat una extensa recerca bibliogràfica on es tracta el concepte d'*insight*, les seves característiques i conseqüències, els elements del trastorn esquizofrènic que dificulten la presa de consciència, l'avaluació de la dimensió d'*insight* i el tractament psicològic en esquizofrènia per a millorar l'*insight*. Pel que fa a la metodologia de la recerca, s'ha optat per la utilització de la entrevista semiestructurada com a instrument de recollida de dades adreçada a diferents perfils professionals dins els serveis de salut mental pública: Un psicòleg clínic del servei d'Osona Salut Mental, una infermera de psiquiatria de l'Hospital de Dia d'Adults del servei d'Osona Salut Mental i una psiquiatra de l'Hospital de Dia Infanto-Juvenil de l'Hospital Sant Joan de Déu. En l'apartat de discussió i conclusions es descriuen les principals aportacions d'aquesta recerca.

**Paraules clau:** Trastorn esquizofrènic, *insight*, falta d'*insight*, presa de consciència.

**ABSTRACT:** The main research objective is to make an in depth study into the term 'insight' in schizophrenia and assess its presence in the treatment of people suffering from this disorder within different professional fields in public health. To reach this goal an extensive literature search on the term 'insight' has been completed. Its characteristics and consequences, the schizophrenic disorder elements that hinder self-awareness, a revision of evaluation scales of insight and the psychological schizophrenia treatment to improve insight. About the research methodology, the semi-structured interviews were chosen as an instrument of data collection. Participants interviewed correspond to different professional profiles within the mental health public services: A clinical psychologist of "Osona Salut Mental" Department, a psychiatric and mental health nurse, working in Day Hospital for Adults in "Osona Salut Mental" Department, and a psychiatrist in a Children's and Adolescents Day Hospital in "Hospital de San Joan de Déu". The main contributions of this study will be shared in the discussion and conclusions section.

**Key words:** Schizophrenic disorder, insight, lack of insight, self-awareness.

## CONTINGUT

1. INTRODUCCIÓ .....	6
2. MARC CONCEPTUAL .....	8
2.1 Aproximació al terme de salut .....	8
2.2 Presa de consciència o <i>insight</i> .....	10
2.2.1. Definició i concepte.....	10
2.2.2. Característiques i conseqüències.....	12
2.2.2.1. Concepte Dinàmic.....	13
2.2.2.2. Multidimensionalitat.....	13
2.2.3 Adquisició i desenvolupament de l' <i>insight</i> .....	16
2.3 Elements del trastorn esquizofrènic vinculats a la falta d' <i>insight</i> .....	20
2.3.1 Simptomatologia .....	20
2.3.2 Dèficits cognitius .....	22
2.3.3 Clínica depressiva.....	23
2.3.4 Altres factors .....	25
2.3.4.1 Teràpia farmacològica .....	25
2.3.4.2 Fases del trastorn esquizofrènic.....	25
2.3.4.3 Adherència, aliança i habilitats terapèutiques .....	26
2.3.4.4 Funcionament social .....	29
2.3.4.5 Curs i pronòstic .....	30
2.4 Avaluació i mesura de l' <i>insight</i> .....	31
2.4.1 ITAQ.....	31
2.4.2 SAI.....	31
2.4.3 SUMD.....	31
2.4.4 EICB.....	32
2.5 Tractament psicològic per millorar l' <i>insight</i> en el trastorn esquizofrènic.....	34
2.5.1 Avaluació inicial dels símptomes.....	34
2.5.2 Tractament farmacològic .....	36
2.5.3 Tractaments específics.....	37
2.5.3.1 Teràpia cognitiu conductual.....	38
2.5.3.2 Psicoeducació .....	40
2.5.3.3 Intervenció familiar .....	41
2.5.4 Intervencions rehabilitadores.....	42
2.5.4.1 Rehabilitació cognitiva .....	42
2.5.4.2 Entrenament en H.H.S.S i vida diària.....	43

3. OBJECTIUS .....	44
4. METODOLOGIA.....	45
3.1 Els participants .....	45
3.2 L'entrevista .....	46
3.3 Procediment.....	47
5. RESULTATS .....	49
6. DISCUSSIÓ.....	56
7. CONCLUSIONS .....	60
8. BIBLIOGRAFIA .....	61

## 1. INTRODUCCIÓ

Tota investigació o treball de recerca comença amb una pregunta que es pretén contestar o que ajuda a introduir-se en un tema per a conèixer més sobre aquest. En aquest cas, la pregunta inicial que va generar tota aquesta investigació va ser: La consciència de malaltia d'una persona amb esquizofrènia afecta al seu estat d'ànim? A partir d'aquesta pregunta inicial, van derivar d'altres com: Si s'és més conscient, es pateix més? És té en compte la consciència de malaltia a l'hora de tractar al usuari amb esquizofrènia? I quina prioritats té?

Aquesta recerca s'endinsa en l'estudi de la consciència de malaltia o *insight* en esquizofrènia. L'objectiu en el qual es focalitza, és el d'aprendre sobre aquest tema a partir d'una extensa recerca bibliogràfica i observar si aquesta realitat conceptual també és present a la pràctica a partir de l'entrevista a diferents professionals sanitaris que tracten amb usuaris amb trastorn esquizofrènic.

L'extensiu marc conceptual que ocupa aquesta recerca reflecteix l'objectiu de conèixer en profunditat l'entitat de l'*insight*, terme al qual caldria donar més importància en l'àmbit de la psicologia clínica. La recerca en termes pràctics té una extensió més reduïda donada la necessitat de concentrar els resultats d'aquesta de manera més breu i significativa. En els annexos, però, es pot visualitzar tot el treball, en la seva extensió, que se'n deriva de la recerca pràctica.

A partir d'aquest punt, el treball està estructurat de la següent manera: En primer lloc, trobem el marc conceptual en el qual es parla del terme de salut, del significat de l'*insight*, dels elements del trastorn esquizofrènic vinculats a la característica manca d'*insight* en l'esquizofrènia, de com avaluar aquesta entitat i quin tractament oferir per a promocionar un *insight* òptim.

Més endavant, en el marc pràctic es parlarà de la metodologia, on s'esmentaran quins han estat els participants de l'estudi, a través de quina eina s'ha pogut extreure la informació necessària i quin ha estat el procediment per a poder arribar a obtenir resultats a partir de les dades recollides. A continuació, a partir de les dades obtingudes es resumiran els resultats observats seguint la mateixa estructura que l'eina de recollida de dades per a facilitar la comprensió d'aquests.

Per últim, en l'apartat de les discussions es compararà la recerca més conceptual amb la recerca de caràcter més pràctic. Es descriuran les coincidències i similituds que s'han observat així com també es farà esment d'aquells punts on no coincideix la informació provinent dels dos tipus de fonts de l'estudi. Es descriuran també les limitacions que ha sofert l'estudi que no s'havien contemplat abans del desenvolupament d'aquest.

## 2. MARC CONCEPTUAL

### 2.1 Aproximació al terme de salut

Per a introduir el marc teòric que es presentarà a continuació sobre la consciència de malaltia en els usuaris amb trastorn esquizofrènic, és necessari que s'exposi el concepte de salut i, en concret, de salut mental, que ha anat evolucionant al llarg del temps fins l'actualitat.

A partir dels anys 1980 el model biomèdic va entrar en crisi, present des de l'època d'Hipòcrates. Aquest model considerava que la salut era l'absència de malaltia a partir dels fonaments del reduccionisme biològic i el dualisme cartesià. L'usuari que necessitava atenció mèdica havia d'actuar com una figura passiva dins del procés de malaltia.

A partir del model anterior i amb els canvis i avenços científics i de les corrents psicològiques, va començar a desenvolupar-se el model biopsicosocial, plantejat per George Libman Engel per primer cop i desenvolupat per Lalonde, Strupp, Handley i Lahonda. En l'actualitat, la psicologia s'apropa cada cop més a la salut de la persona des d'una perspectiva que contempla tots els seus components com a interrelacionats, on la part psicosocial de la persona –en interacció amb els components biològics- pren un rol rellevant en els processos de salut. Aquesta deixa de definir-se com a absència de malaltia i es dona un pes important al desenvolupament de la salut a partir de les pràctiques que l'usuari pot dur a terme, fet que el fa prendre protagonisme. Per tant, pot afirmar-se que es fa un gran salt des del model patogènic fins al salutogènic i es comença a desenvolupar una visió desmedicalitzadora on l'usuari hi té un gran paper.

Una persona sana ja no es considerarà com aquella que no pateix malalties, sinó que, passarà a ser la que mantingui un equilibri entre els seus components biològics, psicològics i socials. Per tant, l'abordatge des de diferents disciplines serà necessari per a promoure la salut de l'esser humà.

Els diferents autors que van desenvolupar el model biopsicosocial de la salut, van proposar els elements bàsics que constitueixen aquest enfocament per a poder complir els objectius d'aquest:

Segons Lalonde (1974), els quatre elements bàsics que tenir en compte per tal de mantenir un nivell òptim de salut són la biologia o sistema constitutiu de base, l'estil de vida, l'entorn i el sistema d'assistència sanitària.



Strupp i Handley (1977) van considerar tres dimensions com a bàsiques per a la salut mental de l'individu dins un model multicomponencial, el qual aborda tant l'adaptació social i l'estructura de la personalitat de l'individu, com el seu benestar subjectiu, és a dir, la percepció que té el mateix individu tant de la seva adaptació social com de la seva estructura de la personalitat.

Jahoda (1958) descriu la salut com un "atribut personal que caracteritza i proporciona valor a un individu, estable o durador, influït pel context social, espacial i temporal i estructurat en un continu, entre dos extrems, un positiu o òptim de salut i un negatiu, de malaltia". Per tant considerava la salut com un contínuum en el qual aquesta no representava l'absència de malaltia, sinó que hi havien molts més factors a tenir en compte.

Aquestes definicions tenen en consideració tots els elements importants i bàsics que envolten a l'individu i que influeixen directament en el seu estat de salut d'una manera o altra, per tant, els autors ofereixen una visió global i integradora, des del model biopsicosocial, que considera tots els aspectes que són presents i poden comprometre la salut. A més, s'inclou la importància de la subjectivitat de l'individu, la contemplació de la percepció de la persona com una nova característica a considerar dins el model biopsicosocial i que el model anterior no estimava.

Totes aquestes concepcions venen referenciades per la OMS (Organització Mundial de la Salut) que considera la salut mental com "un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i és capaç de fer contribucions a la seva comunitat." (O.M.S, 2013). La concepció que té aquest organisme sobre la salut mental, per tant, podria afirmar-se que tracta tots els elements a considerar en la persona, així com el benestar físic, el mental i el social. A més, dona a entendre que actualment es desacredita totalment la concepció sobre la malaltia entesa com absència de malaltia o afeccions.

La Psicologia Clínica i de la Salut, que és l'àrea d'on partirà aquesta recerca que s'està introduint, es vincula al model biopsicosocial per a la prevenció, promoció i tractament del contínuum salut-malaltia, que comença a tractar la qualitat de vida de les persones dotant-les d'eines per a l'aprenentatge i el desenvolupament d'estratègies que millorin el seu benestar integral i la percepció d'aquest, donat a que l'individu pren un paper protagonista i la seva subjectivitat, entesa en termes bio-psico-socials, influeix directament sobre la seva qualitat de vida.

Per finalitzar amb la introducció al concepte de salut mental, des del el meu punt de vista cal enfocar la Psicologia Clínica i de la Salut com una eina en benefici de l'usuari i destacar que ha d'estar sempre orientada a millorar la qualitat de vida de cada individu concret, adaptant tots els tipus de recursos possibles considerant la persona com a beneficiari d'ells. Des d'aquest posicionament i, prenent com a model el Cognitiu-Conductual, es realitzarà el següent treball de recerca que gira al voltant de la consciència de malaltia en persones que pateixen trastorn esquizofrènic.

## **2.2 Presa de consciència o *insight***

### **2.2.1. Definició i concepte**

Pel que fa al terme *insight*, ha estat utilitzat durant molt de temps en el camp exclusiu de la Psicologia Psicodinàmica o Psicoanalítica. Des d'aquest enfocament ha estat considerat com una de les finalitats bàsiques a assolir durant el tractament perquè implicava arribar als canvis psicològics desitjats amb l'únic ús d'eines per a l'autoconeixement.

Actualment, des del punt de vista del paradigma cognitiu-conductual en la Psicologia Clínica i de la Salut, també utilitza el terme *insight* com a sinònim de presa de consciència. Aquest paradigma, ha estat escollit com a model psicoterapèutic per a la recerca següent ja que, a més de ser l'enfocament amb eficàcia empírica notable en la practica de la psicologia clínica en l'actualitat (Guia de Pràctica Clínica del National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) i amb una presència majoritària en centres públics de salut mental; serveix com a eina objectivable que promou canvis positius en la persona amb tractament i plans concrets d'intervenció que s'ajusten a cada individu. (Olivares, J. i cols. 2012).

Amb les següent definicions i caracteritzacions de l'*insight*, ens referirem a la consciència aplicada al trastorn mental i, més concretament de trastorn esquizofrènic, amb tots els elements que aquesta comporta.

Segons l'Oxford Advanced Learner's Dictionary (OALD, 2010), el mot *insight* es defineix com: 1/ La capacitat d'obtenir una comprensió precisa y profunda d'alguna persona o d'alguna cosa. 2/ En termes psiquiàtrics, una persona amb malaltia mental pren consciència sobre el fet que les seves experiències mentals no es basen en la realitat externa, sinó interna.

El terme de “consciència de malaltia” o *insight* s’ha caracteritzat de maneres diverses des de la vessant clínica. En un inici, s’apreciava l’*insight* com una entitat estàtica, on el nivell de consciència sempre es el mateix, no té canvis ni fluctuacions, per tant, o l’individu es dota d’ella o no n’és capaç de fer-ho. A més, també es considerava la consciència de malaltia en termes unidimensionals, segons els quals es definia el terme *insight* únicament com a consciència d’estar malalt, de patir un trastorn, i deixava de banda altres aspectes al voltant dels quals la presa de consciència també és rellevant en el trastorn.

Per fer un apunt sobre els trastorns mentals en general, aquests es poden definir com una consolidació en el temps d’un problema de caire psicològic que produeix patiment a la persona i, a més, interfereix en la seva vida diària de manera significativa. S’ha de tenir en compte, a més, que el marc cultural i històric influeix molt en la caracterització de les malalties mentals i, per tant, aquestes són enteses de maneres diferents segons la cultura o l’època històrica en la qual es manifesti un trastorn en un individu.

A més, el tema que ha tingut una notable polèmica alhora de classificar els trastorns per a una millor coneixença, detecció i tractament d’aquests ha estat la classificació categorial contra la dimensional. Eysenck va posar en dubte la valoració del trastorn per categories –on aquest hi era en la seva totalitat o no hi havia presència d’ell-. Actualment, la concepció del trastorn psicològic pren un significat més dimensional, és a dir, que dins un trastorn poden haver-hi diferents graus d’afectació en individu, es considera com un contínuum. Aquesta concepció, ajuda a flexibilitzar i adaptar més l’atenció a l’usuari.

Amb l’aclariment del que s’entén per trastorn mental i tornant al concepte d’*insight* dins el trastorn esquizofrènic, es pot afirmar que la falta de consciència de trastorn és un dels símptomes més freqüents i que afecta més als individus que pateixen trastorns psicòtics i, en concret esquizofrènia. Segons l’estudi més actual sobre la consciència de malaltia realitzat a la Quarta Edició del Manual Diagnòstic i Estadístic de l’Associació Americana de Psiquiatria (DSM-IV 1994), al voltant d’un 60% de les persones que pateixen trastorn esquizofrènic tenen una falta d’*insight* entre moderada i greu.

Si prenem com a referent l'actualització del terme *insight*, i la manca d'aquest en molts processos de malaltia mental, és adequat definir-la com una falta de consciència del trastorn que es pateix, però, també s'ha de considerar la falta d'*insight* sobre les conseqüències que aquest implica a nivell biopsicosocial. D'aquesta manera, es pot evitar reduir la realitat multifactorial del trastorn amb concepcions que considerin només algunes parts de la presa de consciència en els trastorns psicològics i, en concret, en esquizofrènia.

La concepció d'*insight*, que podria caracteritzar-se també com "percepció del trastorn", es comença a entendre com una estructura combinada, que compren tant el fenomen de visió, comprensió o coneixement com les construccions realitzades pel pacient, el clínic i la interacció entre ells en el procés de tractament (Marková i Berrios, 1995).

### **2.2.2. Característiques i conseqüències**

Actualment, segons una nova conceptualització moderna reformulada per Marková i Berrios (2005) que discerneix de l'antiga caracterització de l'*insight*, exposada al contacte inicial amb el terme i que desenvolupa més àmpliament el concepte de construcció o estructura combinada, ens apropem més a "la comprensió que té un pacient de la naturalesa i les causes dels seus problemes mentals", per tant, és a la que se li donarà rellevància per a definir les característiques de la presa de consciència centrada en els individus que pateixen trastorn esquizofrènic.

A continuació es defineix l'*insight*, segons la catalogació esmentada com un concepte dinàmic o mutable i multifactorial (Martínez, Moreno, Soriano, 2004), les quals són característiques intrínseques d'aquest:

### **2.2.2.1. Concepte Dinàmic**

La consciència de malaltia, lluny de ser una entitat estable en el temps pel que fa als nivells de presa de consciència, és molt fluctuant i variable en els individus que pateixen trastorn esquizofrènic.

L'individu amb trastorn esquizofrènic, al llarg de l'evolució d'aquest tipus d'afectació no es dota sempre del mateix nivell de consciència de patir el trastorn. Encara que aquests puguin prendre consciència del fet que, en un passat, hagin patit les alteracions que produeix l'esquizofrènia i patint les mateixes alteracions en el present, poden no ser conscients de que aquestes han tornat a aparèixer en un nou brot, per tant, poden ser incapaços de detectar una recidiva encara i presentar un brot agut.

Així també, pot succeir que una persona amb trastorn esquizofrènic sigui conscient de que està patint aquest trastorn en l'actualitat però, no sigui capaç de recordar i reconèixer la seva afectació en el passat. Per tant, el "shock" emocional pot arribar a ser molt major en alguns casos per l'impacte que pot suposar patir una recidiva sense tenir-ne consciència d'aquesta, sense recordar haver passat per un anterior brot psicòtic.

Si es considera l'*insight* com una entitat dinàmica, en constant canvi pel que fa als seus nivells, s'hauria de tenir en compte que és molt necessari un suport psicoterapèutic de llarga durada, paral·lelament a altres tractaments -com podria ser el psicofarmacològic- així com també comptar amb altres recursos.

### **2.2.2.2. Multidimensionalitat**

Tradicionalment es coneixia l'*insight* com una entitat unidimensional que tenia en compte només la consciència de estar malalt o patir un trastorn, per tant, la multidimensionalitat d'aquest terme no sempre ha estat considerada.

Donat que els símptomes del trastorn esquizofrènic tenen un caràcter molt divers i impacten sobre varies condicions de la persona -fet que es podria definir com una afectació en termes biopsicosocials en l'individu- és necessari considerar també la consciència de malaltia com a present en diferents camps, és a dir, com a concepte multidimensional i així entendre la realitat dels símptomes i la capacitat de prendre consciència d'ells i de les afectacions que se'n deriven.

Per tant, apareix la necessitat de tenir en compte que la presa de consciència contempla més d'un factor, entre els quals s'hi troba també, la consciència de patir un trastorn mental. L'*insight* té presència en més d'una àrea, però no necessàriament es troba en totes elles al mateix temps ni en el mateix nivell en cadascun dels individus afectats per l'esquizofrènia. El concepte multidimensional de l'*insight* recau en les àrees que es presentaran a continuació, per tant, podria dir-se que assolir una consciència plena entorn l'afectació que pateix la persona ha de considerar ineludiblement els factors següents:

a) Consciència de patir un trastorn mental

El primer element on s'ha de incidir en el desenvolupament de l'*insight* de la persona per poder desenvolupar-lo també en les altres dimensions, és la presa de consciència de l'individu de patir un trastorn mental, en aquest cas un trastorn esquizofrènic.

La consciència de tenir trastorn esquizofrènic, és tracta d'una entitat mutable, que fluctua al llarg del temps i, per tant, s'ha de treballar-hi amb molta profunditat amb la intervenció psicoterapèutica.

És important remarcar la necessitat de promoure el desenvolupament de consciència de patir un trastorn mental com a punt de partida per a treballar l'*insight* en els individus amb trastorn esquizofrènic, ja que, sense la consciència de patir el trastorn és molt difícil promoure l'*insight* en les altres àrees.

b) Consciència de les seves repercussions socials

El trastorn esquizofrènic és un dels que comprèn més repercussions en l'àmbit social de la persona, donat que els símptomes positius, però sobretot els negatius i residuals, impedeixen a la persona seguir amb el funcionament social que podia haver mantingut abans de la manifestació del trastorn. Els psicofàrmacs utilitzats, a més, també tenen efectes en la persona que no contribueix, en alguns casos, en mantenir conservades relacions interpersonals. Aquest fàrmacs, a més, poden tenir repercussions en el físic de les persones que els prenen, fent-los augmentar de pes considerablement. Aquest, podria considerar-se un altre element que afecta a l'autoestima i a l'autoconcepte de la persona que influeix directament en la percepció de les seves capacitats de interrelació amb el seu entorn, provocant encara més inseguretat.

Aquest tipus d'afectació psicològica sol relacionar-se amb un aïllament social, però, molts cops no es viu així per part de la persona afectada. És usual que l'individu no reconegui que el trastorn que pateix tingui repercussions sobre la seva vida en termes personals i socials i, per tant, aquesta falta de consciència el pot conduir a no actuar per a millorar aquesta situació d'interrelació personal i no voler posar en joc les seves habilitats socials –en cas de que estiguin mínimament conservades- o no considerar que necessitar entrenar en elles.

c) Associació dels símptomes al trastorn

Pel que fa a la simptomatologia que va lligada al trastorn esquizofrènic -que serà presentada a continuació-, una falta d'*insight* en aquesta dimensió pot manifestar-se en l'individu de manera que no reconegui la presència de símptomes que es deriven del trastorn –sobretot la simptomatologia negativa- o, per altra banda, que sí reconegui i identifiqui algun dels símptomes, però no els atribueixi al trastorn.

Sovint, en el trastorn esquizofrènic, i sobretot en el subtipus paranoide, la causa d'aquests símptomes són interpretats pels individus com a procedents de terceres persones o d'algun tipus de màgia, fenomen religiós o supersticiós.

Aquest fenomen que comprèn un *insight* doble: el de la consciència dels símptomes i el de l'associació d'aquestes al trastorn; es provocat pel gran ventall de símptomes característics del trastorn esquizofrènic que interfereixen en la totalitat de l'activitat de la persona.

Aquests símptomes es podrien classificar dins el paradigma biopsicosocial si es considera que interfereixen en tots els dominis de la persona, tant fisiològica o orgànicament, com social i psicològicament. A més, els símptomes es manifesten i afecten de manera diversa segons el moment en el qual es troba la persona que pateix el trastorn, esdevenint símptomes fluctuants i sovint amb manca de semblança amb les vivències anteriors d'aquests, fet que dificulta encara més l'*insight* sobre els símptomes i la presa de consciència sobre la seva atribució a la malaltia .

d) Consciència de necessitat de tractament

En la demanda de tractament psiquiàtric i/o psicològic en persones afectades pel trastorn esquizofrènic, solen ser les famílies d'aquestes les qui troben necessari algun tipus d'ajuda externa. Per tant, són les que acudeixen als serveis de salut mental junt amb la persona afectada -si es troba en una fase no aguda- o les que porten a urgències a l'individu afectat en cas de fase aguda.

La falta de consciència de necessitat de tractament també es vincula sovint amb l'adherència terapèutica que aquets tipus de pacients poden arribar a assolir, tant a tractaments psicoterapèutics com a tractaments psicofarmacològics. Per aquests motius, des del primer contacte amb l'individu s'ha de fomentar l'aliança terapèutica a través de les habilitats del terapeuta per a promoure i mantenir l'adherència al tractament per part de l'usuari amb trastorn esquizofrènic.

### **2.2.3 Adquisició i desenvolupament de l'*insight***

Fins a aquest moment ha estat presentat el concepte de multidimensionalitat i dinamisme de l'*insight* en el trastorn esquizofrènic i s'han introduït com podrien influir en general els símptomes d'aquest trastorn en l'individu, així com altres elements en la seva òptima presa de consciència. És important, però, considerar la necessitat d'entendre la malaltia com un procediment i, en concret, el trastorn com procés de canvi el qual s'ha de motivar terapèuticament.

El primer pas a dur a terme, és la comunicació de les males notícies en salut, com és el cas de transmetre a la persona que pateix un trastorn. Aquest és un punt essencial a l'hora de l'afrontament de l'individu sobre aquest tipus de pèrdua, així com també en la presa de consciència sobre, en aquest cas, tots els elements en que el trastorn afectarà. La comunicació de que es pateix un trastorn mental greu, com ho és la esquizofrènia, altera dràsticament i negativament la visió que el pacient té del seu futur i pot trencar les expectatives o plans de futur que sovint queden alterats negativament.

Al 1984, Robert Buckman va desenvolupar un protocol per a comunicar males notícies en salut, que actualment encara es pren com a referent. Aquest contribueix a minimitzar el patiment de la persona i ajudar-la a afrontar i prendre consciència de la seva pèrdua de salut quan la malaltia o trastorn interfereix en la seva quotidianitat. El protocol consta de sis passos a tenir en compte que seran breument explicats:

1. Preparació del context: S'inclouen tots els aspectes relacionats amb el moment més adequat, el lloc, el professional o professionals, els individus presents, etc. També és important fer una avaluació de l'estat emocional del pacient i el seu entorn per explorar si és el moment més adequat per donar la mala notícia.



2. Descobrir que sap l'usuari: L'individu pot tenir hipòtesis pròpies o sospites del que li esta passant. Per a saber quanta informació té el pacient, sovint es realitzen preguntes obertes i indirectes mantenint una escolta activa i captant tots els missatges verbals i no verbals que transmet. És molt important captar la percepció de gravetat que té el pacient sobre la seva afectació que el fa acudir a la consulta (amb o sense voluntat pròpia) i quina percepció té sobre com pot arribar a afectar al seu futur. Aquest pas pot arribar a ser molt complicat tractant amb usuaris amb esquizofrènia.
3. Descobrir que vol saber l'usuari: És difícil saber fins a quin punt vol saber la persona sobre la seva afectació i quanta informació pot entendre i assimilar, i encara més si es tracta d'un trastorn psicòtic com l'esquizofrènia. No es aconsellable realitzar la pregunta directament o donar tota la informació de cop, sinó que s'ha d'oferir en petits fragments.
4. Compartir la informació: Un cop sabem el que el l'usuari coneix, vol conèixer i pot assimilar, és important partir d'aquesta base. El llenguatge utilitzat ha de ser sempre comprensible per a l'individu, dosificant la informació i repetint aquella que es creu més rellevant. Es poden utilitzar també suports en paper així com esquemes i fulletons per a que l'usuari i el seu entorn estiguin ben informats.
5. Respondre als sentiments del pacient: S'ha de procurar identificar, reconèixer i respectar els sentiments del pacient. El professional que comunica la mala notícia, que en aquest cas hauria de ser psicòleg (o psiquiatre), a de mantenir una escolta activa constant, oferir mostres d'empatia i considerar la importància dels silencis coma eina imprescindible per a que s'expressin les emocions.
6. Planificació i seguiment del procés: El professional s'ha de mostrar disponible per a qualsevol demanda a preocupacions o preguntes que puguin sorgir en l'usuari o el seu entorn més pròxim. S'ha de procurar fomentar el recolzament familiar cap a l'usuari afectat dotant-los recursos i mecanismes d'afrontament, a més, és important que el professional ajudi a integrar a la persona en grups d'iguals que puguin fomentar la seva socialització.

Un cop explicat el model de com comunicar les males notícies, i si ens mantenim en la noció de trastorn com un procés dinàmic, així com ho és l'*insight*, es podria fer un paral·lelisme amb el procés de pèrdua, ja que el patiment d'un trastorn mental provoca una pèrdua significativa en la persona. La pèrdua vinculada al procés de dol, però, no s'ajustaria en la seva totalitat al procés que es viu quan l'individu és informat de que pateix un trastorn. Per aquest motiu, es molt més adequat esmentar el Model Prochaska i DiClemente del Procés de Canvi Terapèutic com a possible referent aplicat a una superior entesa i una millora de l'adquisició i l'evolució de l'*insight*.

Aquest model va ser formulat per a tractar conductes addictives, però que, a la llarga, va extrapolat-se a altres processos terapèutics en diferents trastorns.

El model del Procés de Canvi Terapèutic, també anomenat Transteòric (Prochaska, 1999), es divideix en tres dimensions que estan interrelacionades. Aquestes dimensions són: els estadis, el procés de canvi i el model dels nivells de canvi.

Pel que fa als estadis, aquests es refereixen a les fases per les que l'usuari passa durant un procés de malaltia, en aquest cas, de trastorn mental, fins arribar al canvi. Aquests són els següents:

1. Precontemplació: L'usuari no n'és conscient de la importància i les repercussions que esta tenint la seva afectació o simplement no vol canviar el seu estil de funcionament. Aquesta fase, és on l'*insight* sol trobar-se un grau molt reduït o absent en totes les dimensions que aquest involucra així com la motivació per al canvi, que és nul·la en aquesta fase.
2. Contemplació: En aquesta fase, que en el cas dels usuaris amb trastorn esquizofrènic comporta molt de treball terapèutic per a arribar-hi, l'usuari reconeix que té una sèrie de problemàtiques que repercuteixen en la seva vida diària i pot començar a plantejar-se petits canvis. En aquest punt l'*insight* sovint augmenta en algunes dimensions d'aquest, però s'ha de tenir en compte que en trastorns psicòtics és molt variable.
3. Preparació: És comença a plantejar un pla terapèutic individual, que pot ser construït amb l'ajuda de l'usuari i el seu entorn més proper. Aquest pla terapèutic ha d'incloure algunes fites realistes que pot anar assolint l'usuari de manera que aquest comenci a realitzar canvis cada cop més importants.

En usuaris amb trastorn esquizofrènic, pot costar arribar al punt de que vulguin fer canvis en la seva manera d'actuar, per això, el suport professional, familiar i social són bones eines per a fomentar els canvis positius.

4. Actuació: En aquest punt, els petits canvis ja han anat sorgint i cada cop poden plantejar-se noves fites juntament amb l'usuari, l'*insight* a partir d'aquest punt sol ser major, encara que sempre variable segons l'estat del pacient respecte al trastorn esquizofrènic que pateix.
5. Manteniment: La fase de manteniment sol tenir dificultat en aquest tipus d'usuaris, donat que no sempre poden estar estabilitzats, però, si l'individu es troba en una fase residual de l'esquizofrènia, s'ha de fomentar el treball en aquest estadi per a mantenir una òptima consciència de malaltia i en la mesura del possible, evitar recidives.
6. Finalització: Aquesta fase no sol ser assolible en el cas dels usuaris que pateixen un trastorn esquizofrènic, donat que actualment es considera un trastorn crònic que ha de ser tractat al llarg de la vida i, donat el caràcter dinàmic i multidimensional de l'*insight*, sempre hi ha objectius en els que treballar en general i en concret, com en la presa de consciència.

Per últim, cal tenir en compte que, en tot procés de canvi terapèutic interfereixen en gran mesura les variables de l'usuari, així com ho són les expectatives, l'actitud, l'atenció, la relació terapèutica, etc. Aquestes variables influeixen en la conducta de l'usuari al marge del procés terapèutic, per tant, poden influir en el tractament de la seva situació. A més de les variables independents que poden influir, s'han de considerar els nivells de canvi, és a dir, totes aquelles parts on s'han de produir canvis per a que la persona pugui arribar a millorar la situació, aquestes nivells són: el cognitiu, l'interpersonal, el sistema familiar, els conflictes interpersonals i el situacional.

## **2.3 Elements del trastorn esquizofrènic vinculats a la falta d'*insight***

La falta d'*insight* en el trastorn esquizofrènic, com s'ha descrit amb anterioritat, és un constructe complex caracteritzat per la seva multidimensionalitat i el seu dinamisme, és a dir, és una entitat composta per diversos elements que conformen la presa de consciència d'aquest tipus de trastorn i que, a més, acostuma a fluctuar en l'evolució d'aquest.

L'*insight* o presa de consciència es considera, habitualment, com a un element essencial dins de tots els processos de salut mental que impliquen una intervenció dirigida a algun tipus de trastorn. El trastorn esquizofrènic, però, es dota d'una sèrie de característiques que provoquen que aquesta presa de consciència no sigui tan accessible com en altres tipologies de trastorns i que, per tant, s'hagi de potenciar molt més per a un desenvolupament òptim de l'entitat complexa que és l'*insight*.

A continuació, es realitzarà un breu anàlisi dels elements característics del trastorn esquizofrènic que s'han de considerar en la intervenció amb usuaris com a elements diana a ser tractats per a poder, a partir d'aquest punt, desenvolupar una presa de consciència òptima.

### **2.3.1 Simptomatologia**

Pel que fa als símptomes que acompanyen al trastorn esquizofrènic, s'han agrupat de manera consensuada en dos grans blocs: la simptomatologia positiva i la negativa. La distinció entre aquest dos grups de símptomes en l'esquizofrènia, va formular-se per primer cop per Zubin (1985) i l'origen d'aquesta terminologia en conceptes "positiu-negatiu" va estar plantejada per Hughlings Jackson.

Per fer un apunt i diferenciar aquest dos tipus de símptomes, es pot descriure la simptomatologia positiva com aquella caracteritzada per experiències que no havien aparegut abans de patir el trastorn, que són provocades per un funcionament excessiu i distorsionat dels processos normals. Aquestes poden ser idees delirants, al·lucinacions, desorganització conceptual, del comportament i del llenguatge, excitació, sensació de grandiositat, hostilitat, suspicàcia i prejudici (PANSS-P).

La simptomatologia negativa, en canvi, es defineix com tots aquells canvis en la persona que poden definir-se a través de la pèrdua, la disminució o el dèficit dels processos que la persona desenvolupava anteriorment amb normalitat. Aquests poden manifestar-se en forma de embotiment o aplanament afectiu, retraïment emocional, contacte pobre o abúlia, retraïment social, dificultats en el pensament abstracte, absència d'espontaneïtat i fluïdesa en la conversa i pensament estereotipat o alògia (PANSS-N).

Pel que fa a la relació amb la simptomatologia positiva i negativa amb la manca d'*insight* o presa de consciència en el trastorn esquizofrènic, van ser realitzats diversos estudis inicials els quals no trobaven relacions significatives entre aquests elements. Des del Model Psicopatològic, es va considerar l'*insight* com un element de la psicopatologia general de l'esquizofrènia aïllat dels demás, Cuesta i Peralta (1994) afirmaven que la manca d'*insight* era independent a la simptomatologia positiva o negativa que acaba de ser descrita i van denominar-la com una entitat "bàsica i primària" dins del procés del trastorn esquizofrènic.

El fet que, a partir de multitud d'estudis inicials no es trobessin correlacions significatives entre la simptomatologia positiva i negativa i la falta d'*insight*, ha estat relacionat amb la falta de consideració dels seus aspectes essencials: la multidimensionalitat i el seu caràcter dinàmic. Els estudis més recents, per tant, consideren aquests aspectes de la realitat de l'*insight* i, per això, es comencen a utilitzar eines que puguin mesurar-lo realment, com poden ser instruments multidimensionals i estudis longitudinals que puguin captar la capacitat de canvi de l'*insight*.

Segons Smith i cols. (2004), a partir de realitzar un estudi amb 50 usuaris amb esquizofrènia amb observació just després de donar-se l'alta i amb seguiment de sis mesos, van concloure que l'*insight* sí estava vinculat a la simptomatologia i, a més, van aprofundir en aquest aspecte argumentant que la consciència no era igual per als símptomes positius que pels negatius: els usuaris mostraven més *insight* cap als símptomes negatius en el moment de l'alta i en el seguiment, per tant, semblaria que aquest roman més estable. En canvi, pel que fa a la simptomatologia positiva, la seva presa de consciència millora durant el període de seguiment.

En la mateixa línia, Chen, Fhkam i cols. (2001), van realitzar un estudi amb 80 usuaris durant el transcurs d'episodis aguts d'esquizofrènia on s'avaluava setmanalment els canvis que es produïen en la presa de consciència. En el moment de l'alta, la majoria tenien resultat pobres en *insight* i les correlacions entre *insight* i simptomatologia clínica eren simples, per tant van concloure que existien altres factors units als nivells de simptomatologia que estaven involucrats als nivells de presa de consciència dels usuaris amb esquizofrènia.

Així també, Mintz i cols. (2003), van arribar a la conclusió que la correlació entre falta d'*insight* i simptomatologia positiva és més forta durant períodes aguts, en canvi, en etapes més estables aquesta correlació no es tan clara.

Tots aquests estudis per tant, ens volen demostrar que l'*insight* és un constructe multidimensional i dinàmic, on no només s'ha d'observar la simptomatologia positiva o negativa, ja que dona com a resultat correlacions pobres.

### **2.3.2 Dèficits cognitius**

Al llarg dels anys, pel que fa a l'anàlisi dels símptomes de l'esquizofrènia, molts estudis s'han basat només en la simptomatologia positiva i negativa. En canvi, molts autors estan d'acord que hi hauria una tercera categorització dels símptomes els quals no són ni positius ni negatius, aquest es descriuen com els trastorns del pensament.

Així com podem categoritzar l'esquizofrènia segons el predomini de símptomes positius o negatius, també apareix una categoria per a l'esquizofrènia amb predomini de símptomes relacionats amb els dèficits cognitius: l'esquizofrènia desorganitzada (anteriorment coneguda com hebefrènica).

Aquest tipus de simptomatologia està caracteritzada per afectacions a nivell del contingut i el curs del pensament, és a dir, de què pensa la persona i, sobretot com aquesta pensa. En l'alteració del contingut del pensament podríem trobar les idees fixes, les preocupacions i temors, les obsessions, etc. i en el curs del pensament, podria observar-se la bradipsíquica, la disgregació, la incoherència, la fuga d'idees, etc. L'atenció, la fluïdesa verbal, la memòria, les funcions executives i la inadequació o aplanament afectiu també són processos bàsics que poden arribar a presentar alteracions dins del trastorn del pensament.

Segons el Model Neuropsicològic, els dèficits cognitius són provocats per la manca o el mal funcionament de determinades zones cerebrals. Així doncs, Williamson (1987) compara les persones amb lesions al lòbul frontal amb els usuaris que presenten un trastorn esquizofrènic trobant grans similituds amb la seva simptomatologia: les persones amb afectació del còrtex orbitofrontal presenten una conducta desinhibida i labilitat afectiva, mentre que aquelles amb la zona dorsolateral afectada, presenten aplanament afectiu i reducció de l'activitat cognitiva i motora. El paral·lelisme entre els símptomes positius i sobretot negatius de l'esquizofrènia i el dany cerebral als lòbuls frontals, per tant, és notable.

La falta de consciència o manca d'*insight*, també podria deure's a l'afectació del lòbul frontal i temporo-parietal en usuaris amb esquizofrènia ja que, aquesta falta de consciència s'assimila clarament a l'anosognòsia en usuaris amb trastorns neurològics (l'Alzheimer o lesions isquèmiques frontoparietals), a més, es troba en àrees molt semblants del còrtex cerebral. Per tant, aquesta manca d'*insight* es correlaciona plenament amb els dèficits neurològics de les persones amb trastorn esquizofrènic. Martínez-Leal i cols (2004), en un metaanàlisi van concloure que en el 72% dels estudis que van revisar, apareixia una relació negativa entre falta d'*insight* i el correcte funcionament cognitiu de les persones afectades i que, s'observen relacions inverses entre la manca d'*insight* i bon funcionament executiu. Aquestes relacions van ser mesurades a partir d'eines multidimensionals d'avaluació, com el SUMD (Amador i cols., Scale to assess Unawareness of Mental Disorders, 1993).

### **2.3.3 Clínica depressiva**

Pel que fa a l'afectivitat o clínica depressiva en els usuaris amb trastorn esquizofrènic, és habitual que aquestes persones presentin alteracions de l'estat d'ànim, aquesta simptomatologia depressiva sol aparèixer després de les fases agudes de l'esquizofrènia i s'ha denominat depressió postpsicòtica.

En els inicis de l'estudi de la clínica depressiva associades a l'*insight* en usuaris esquizofrènics i, des del Model de la Defensa Psicològica postulat per les escoles psicodinàmiques (1990), es va creure que la manca de presa de consciència es produïa per la negació cap al trastorn per part de la persona. Per tant la falta d'*insight* era vista com una manera de defendre's de l'impacte emocional del trastorn de manera evitativa.

Recentment, però, la teoria de Defensa Psicològica no es considera com a explicativa de la falta d'*insight* en aquests trastorns i es consideren com a més vàlides aquelles que la relacionen amb dèficits neuropsicològics i neurocognitius.

En canvi, existeixen estudis recents (Lysayer i cols.2002), que mostren correlacions entre la falta d'*insight* en usuaris que pateixen esquizofrènia i l'ús de mecanismes de defensa i tècniques d'afrontament evitatius i d'escapada. Per tant, una hipòtesis podria formular-se en termes de que, la manca de presa de consciència és un mecanisme per evitar la clínica depressiva que se'n deriva del trastorn esquizofrènic.

Degut a la gran controvèrsia entre els resultats d'aquests diferents estudis, es va arribar a la conclusió que la manera d'entendre l'*insight* i les eines amb les quals s'avaluaven no eren les adequades ni s'ajustaven a la realitat de les seves característiques. Un recent metanàlisi va revisar-se la relació entre clínica depressiva i *insight* amb un total de 26 estudis que van incloure 1871 subjectes, aquest va concloure que existeix una relació positiva entre *insight* i el símptomes depressius en l'esquizofrènia, però que depenia del grau d'*insight* que, com més elevat, més símptomes depressius apareixen. Per a aclarir aquest concepte, Drake i cols. (1985) van afirmar que un 47% dels usuaris esquizofrènics que van cometre suïcidi tenien un nivell molt elevat de presa de consciència sobre la malaltia i els seus efectes negatius.

L'*insight*, per tant, es mou en un contínuum on podríem definir la seva punta inferior com a manca total d'*insight* i la punta superior com a *insight* total sobre la malaltia i, la clínica depressiva podria produir-se en el cas que els nivells d'*insight* no fossin òptims per a la persona, fet que podria produir conseqüències tant greus com el suïcidi.



## **2.3.4 Altres factors**

### **2.3.4.1 Teràpia farmacològica**

Pel que fa al tractament dels usuaris amb trastorns esquizofrènics, i sobretot a aquells que acudeixen als serveis sanitaris en una fase aguda del trastorn -que suposen la major part dels casos-, el primer que es du a terme és un subministrament de fàrmacs neurolèptics (antipsicòtics) per tal d'estabilitzar la persona.

Aquests fàrmacs, per a considerar-se ideals per a la persona, han de complir una sèrie de criteris que es basen en el control dels símptomes, la rehabilitació i la prevenció de recaigudes i acostumen a descriure's de la següent manera: Han de tenir eficàcia en tot tipus de símptomes, han de prevenir recaigudes i el suïcidi, han de ser ben tolerats i tenir baixos índex de toxicitat, han d'administrar-se fàcilment, han de facilitar la rehabilitació funcional i han de ser ben acceptats per l'usuari.

Per aquests motius, els fàrmacs antipsicòtics són necessaris i ofereixen la possibilitat d'estabilitzar a l'usuari per a poder començar a treballar amb els aspectes vinculats amb el trastorn, un dels quals necessàriament ha de ser la presa de consciència d'aquest. Podria dir-se, per tant, que els psicofàrmacs ens ajuden a posar les bases necessàries per a començar a treballar psicoterapèuticament amb les persones i, sobretot, amb les afectades per trastorns esquizofrènics.

### **2.3.4.2 Fases del trastorn esquizofrènic**

Les fases del trastorn esquizofrènic són clarament diferenciables en la majoria de casos, aquestes tenen molta influència en com la persona percep i entén el trastorn que està patint, per tant, és important diferenciar l'etapa en la qual es troba l'individu per tal de saber en quin nivell d'*insight* es pot trobar i fins a quin pot arribar.

Pel que fa a la fase prodròmica, aquesta sol estar influenciada per algunes característiques importants a detectar per tal de fer una orientació diagnòstica el més aviat possible. Segons Costa (1994), en la fase prodròmica es produeix una tendència a l'aïllament social de l'individu, un descens del seu rendiment, falta d'iniciativa i energia, un llenguatge progressivament més empobrit, alteració de la comunicació, riures injustificats, alteracions sensoperceptives, descuit de la higiene personal, manifestacions d'inquietud i preocupació.

En aquest moment, per això, la persona experimenta uns canvis els quals no sap d'on provenen i, possiblement es qüestiona el seu origen, però, no acostuma a atribuir-los a cap tipus de trastorn.

En la fase activa o aguda, es produeixen moltes alteracions que afecten de manera molt més directa i severa a la persona provocant diverses pertorbacions, principalment: pertorbacions del pensament, de la percepció, del llenguatge, de l'afectivitat, pertorbació motriu, motivacional i volitiva, del sistema del jo, de la memòria, atenció i execució i disfuncions socials i ocupacionals. Aquestes alteracions en la persona poden arribar a ser molt agudes, i, per tant, per les seves característiques influeixen directament en la seva presa de consciència entorn al trastorn esquizofrènic que pateix. És un dels moments on possiblement l'*insight* és més pobre i es necessita d'altres recursos paral·lels a la psicoteràpia que ajudin a l'usuari a començar a prendre consciència, un d'aquests, com s'ha comentat anteriorment, acostuma a ser la farmacologia.

Pel que fa a la fase residual, que és aquella que precedeix la fase aguda i es va arribant a ella de manera gradual i gràcies als recursos citats anteriorment, podria assimilar-se a la fase prodròmica i, per tant, és quan l'individu pot estar més receptiu a treballar la presa de consciència sobre el trastorn i evitar així, futures recaigudes o aconseguir que aquestes no siguin tan brusques en termes emocionals.

En resum, és important conèixer la fase en la qual l'usuari es troba per tal de poder entendre quin grau d'*insight* pot tenir en aquell moment i en quin moment seria més lògic començar a treballar aquesta presa de consciència.

#### **2.3.4.3 Adherència, aliança i habilitats terapèutiques**

Una de les definicions més clàssiques de l'adherència al tractament va ser formulada per Haynes al 1979 com el "grau en el qual la conducta de la persona coincideix amb les recomanacions mèdiques i sanitàries". Definicions actuals, però, troben més complex el terme d'adherència i el diferencien del terme compliment, que es refereix més a una actitud passiva de l'usuari davant el tractament. Aquestes noves descripcions troben més lògic entendre l'adherència com un acord entre l'usuari i el professional realitzat entorn una aliança terapèutica amb l'objectiu de realitzar un bon seguiment mutu del pla terapèutic. En vocabulari científic, però, els dos termes s'utilitzen sense diferenciacions semàntiques per raons pràctiques. (Abelleira i Touriño, 2009).

Com s'ha comentat amb anterioritat, l'*insight* és un constructe multidimensional que contempla entre els seus elements aspectes relatius a l'adherència al tractament. La percepció de necessitat de tractament, la cooperació en aquest, la consciència dels seus efectes així com també dels seus beneficis, poden indicar un bon *insight* en aquesta dimensió.

La falta d'adherència, però, no és un problema exclusiu dels trastorns mentals, sinó que, aquest fenomen pot trobar-se en moltes de les afectacions que requereixen un tractament. Aquesta falta d'adherència és potència encara més si el tractament comporta un temps indefinit o molt llarg, com passa amb les malalties cròniques o, per exemple, si és massa complex (Abelleira i Touriño, 2009).

Segons estudis realitzats per Lacro i cols. (2002), un 25% dels usuaris amb trastorn esquizofrènic abandona el tractament en els primers 7-10 dies després de rebre l'alta hospitalària, un 50% ho fa durant el primer any i fins un 75% ho fa durant el segon any. Valverde i cols. (2001), a més, van reconèixer unes pautes que es complien amb la falta d'adherència al tractament. Les més importants que van ser detectades eren: un augment del 40% de les recidives, elevació de la taxa de suïcidis i conductes violentes i un major deteriorament de la qualitat de vida dels usuaris.

Diversos estudis desenvolupats –entre d'altres- (Tail i cols. 2003, Cuffel i cols.1996), no troben finalment una correlació directa entre *insight* i adherència al tractament. Aquests consideren la necessitat de fer un seguiment per a avaluar aquesta relació amb períodes més curts de temps entre avaluacions –donat que l'*insight* és un constructe dinàmic- i controlar altres variables que poden tenir un impacte directe en l'adherència de l'usuari.

Segons Vellingan (2011), però, un pobre *insight* sembla ser un dels majors predictors de la falta d'adherència al tractament. “Les persones no pensen que estan malaltes, o no entenen que quan els símptomes aguts disminueixen la medicació segueix essent necessària”. L'autora, a més exposa altres predictors que semblen influir en la falta d'adherència al tractament. Aquests podrien ser els impediments cognitius que caracteritzen als usuaris afectats per l'esquizofrènia i que, podrien fer que oblidessin prendre la medicació o acudir a una cita mèdica. A més, el fet de no prendre la medicació porta a repercussions posteriors, però aquestes, ja que no són immediates, dificulten l'associació entre falta d'adherència i possible empitjorament i/o rehospitalització.

També, els efectes secundaris dels fàrmacs emprats en aquests trastorns, incentiven, a vegades, la falta de compliment del tractament, ja que molts cops són molestos i desagradables per a l'usuari.

Misdrahi i cols. (2002), estudien quines altres variables podrien influir en aquesta falta d'adherència en usuaris esquizofrènics i descriuen tres grups de factors que s'associen amb aquesta: Les relacionades amb l'usuari i el trastorn, on podem trobar les creences i actituds de la persona en relació al trastorn i al tractament d'aquest, la simptomatologia, la consciència de malaltia, l'abús de substàncies psicoactives i la història d'adherència al tractament. Les relacionades amb el tractament, que contemplen els efectes secundaris de la medicació, les seves expectatives sobre aquest (Austin i Vancouver, 1996) i les pautes farmacològiques seguides. Per últim trobem les relacionades amb el professional i el sistema sanitari, la família i la societat, contemplant l'aliança terapèutica, la psicoeducació, els aspectes d'organització assistencials, el recolzament familiar i l'estigma social.

En aquesta classificació s'observa que en l'adherència al tractament, l'usuari no està sol i no és un element passiu, sinó que necessita al seu entorn –equip mèdic i sistema familiar- per a poder assolir una òptima adherència al tractament. Per aquest motiu, l'aliança terapèutica és un element clau per a que el compliment del tractament s'efectuï. L'aliança terapèutica és definida com “l'element relacional de caràcter actiu propi de totes aquelles relacions que pretenen un canvi, on les primeres interaccions entre l'usuari i el terapeuta són extremadament importants” (Bordin, 1997). En aquesta, les dues parts han de tenir una actitud activa i compromesa davant les responsabilitats que comporta la teràpia i els seus objectius. Horvath i Symonds (1991), arriben a la conclusió que l'aliança terapèutica és un element indispensable que preveu bons resultats terapèutics.

En l'aliança terapèutica, les habilitats del terapeuta són un element fonamental per a formar un vincle sòlid entre usuari i professional, fins hi tot encara més que la modalitat terapèutica des de la qual es treballi (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody i Seligman, 1997). Ha de tenir-se en compte, però, que les diferents habilitats terapèutiques que es descriuran a continuació, per separat, no són suficients per a l'establiment d'una bona relació terapèutica. Bachelor i Horvath (1999), troben que l'empatia i la calidesa són dues de les qualitats rellevants. Les habilitats de exploració i valoració terapèutiques també ajuden a preservar l'aliança (Henry i Strupp, 1994).

La formació i nivell d'experiència del terapeuta van ser considerats elements importants quan la relació era avaluada per els terapeutes, però no tant important quan ho feien els usuaris (Monsen i Havik, 2001). A més, la capacitat per prendre responsabilitats en ruptures relacionals terapèutiques i la metacomunicació cap al pacient en situació de malentès per part del terapeuta semblava afavorir també l'aliança (Safran, Muran i Samstag, 1994). Crowley (2001), va observar que les habilitats socials del terapeuta també influïen positivament en la relació d'aquest amb l'usuari. A partir d'estudis realitzats per Gaston i Ring (1992), va trobar-se que amb usuaris als quals els hi costa més establir bones relacions, les intervencions més específiques els hi causaven majors beneficis, en canvi, en relacions terapèutiques ja establertes positivament, les estratègies més exploratòries ajudaven a mantenir una bona aliança.

Per últim, la Selecció Sistemàtica de Tractaments (Bleuter i Clarkin, 1990), va centrar-se en l'estudi de l'associació entre intervencions del terapeuta i variables de l'usuari en dos grans dimensions: la conducta directiva del terapeuta enfront la resistència de l'usuari i la tendència del terapeuta a dirigir l'atenció a l'acció o a l'*insight*. Va trobar-se que en usuaris més resistents i amb estils d'afrontament internalitzadors, les aliances són més fortes amb terapeutes poc directius i més dirigits cap a la promoció de l'*insight*.

#### **2.3.4.4 Funcionament social**

McGlashan i Carpenter (1981), van trobar correlacions entre l'*insight* i la mida de la xarxa social de la persona amb trastorn esquizofrènic. A més, Fenning i cols. (1996), van afirmar que l'*insight* mostra relació positiva amb l'estat civil de casat de la persona afectada pel trastorn esquizofrènic. En general, el bon funcionament social, ja sigui previ al trastorn esquizofrènic o durant ell, és important per a treballar amb la persona cap a un millor pronòstic i, llavors podrien ser més útils els esforços depositats en la millora de la presa consciència de l'individu.

#### 2.3.4.5 Curs i pronòstic

Pel que fa al pronòstic de l'esquizofrènia, aquest està relacionat amb diversos factors que poden tenir-hi influència. Segons Obiols (2001), el grau de severitat dels símptomes i la recuperació de la funcionalitat l'individu ens donen pistes sobre com aquest trastorn podria evolucionar en cada cas. Aquests signes, però, acostumen a observar-se en les fases més avançades del trastorn i, per tant, no ens ofereixen informació en tots els casos.

Es disposen d'altres indicadors d'un bon pronòstic en l'esquizofrènia que poden ser observats en qualsevol de les fases: el sexe femení, el estat civil de casat, l'absència d'antecedents psiquiàtrics, una personalitat prèvia sana, una bona adaptació social prèvia, un inici tardà del trastorn, l'existència de factors precipitants, el compliment de la medicació, un bon nivell d'intel·ligència, un entorn social i familiar favorable i un bon nivell de desenvolupament socioeconòmic. A més, aquests indicadors també inclouen la consciència del trastorn com a factor de bon pronòstic i, per tant, és fa evident la importància de ajudar a la persona que pateix esquizofrènia a desenvolupar el seu *insight* de manera òptima.

Un altre factor que predisposa a un millor pronòstic de l'esquizofrènia és l'inici d'aquesta. El curs que segueix el trastorn esta totalment influït per la manera d'inici. Pel que fa a l'inici insidiós, és a dir, amb una fase prodròmica complicada, sense una bona detecció precoç, l'evolució del trastorn serà més negativa i tendirà a quedar ancorada a la persona de manera residual. Si l'inici és brusca, pot produir-se una remissió total del símptomes amb certa residualització dels símptomes negatius. El millor pronòstic, per tant, el trobem en inicis bruscos del trastorn esquizofrènic, on serà més fàcil treballar la consciència de malaltia per el seu caràcter més àgil de recuperació de les funcions bàsiques del individu.

## **2.4 Avaluació i mesura de l'*insight***

### **2.4.1 ITAQ**

L'escala ITAQ (Insight and Treatment Attitude Questionnaire), va ser el primer instrument estandaritzat que va permetre l'avaluació de l'*insight* com un constructe continu i dinàmic, formulada per MC Evoy i cols., al 1989. En termes generals, mesura l'actitud de l'usuari pel que fa a l'hospitalització, la medicació i el tractament. (Montaner i cols. 2008). Aquest instrument està format per 11 ítems amb un format de resposta tipus Likert les puntuacions de les quals es mouen del 0 (sense *insight*) al 2 (màxim nivell d'*insight*), els cinc primers ítems mesuren la consciència de malaltia, i els 6 següents mesuren l'actitud cap a la medicació i l'hospitalització, així com també l'avaluació continua. (Mahadun i cols. 2008)

### **2.4.2 SAI**

L'escala SAI formulada per David al 1990, va descriure l'*insight* a partir de tres dimensions: el reconeixement de que es pateix un trastorn, la capacitat de reconèixer certs estats mentals com a patològics i l'adherència al tractament. Aquest instrument, per tant, utilitza l'entrevista com a eina de recollida de dades entorn la consciència de patir un trastorn, l'habilitat per a reconèixer símptomes com les al·lucinacions i deliris i, finalment, la consciència de necessitat de tractament. A més de les preguntes que busquen explorar aquestes tres dimensions, l'escala també consta d'un ítem amb el qual mesurar la capacitat de la persona per a posar-se en perspectiva d'un altre subjecte. Existeix també una versió més llarga d'aquesta escala que permet avaluar el reconeixement del canvi, les dificultats derivades del trastorn i els símptomes clau (Abelleira i Touriño, 2009).

### **2.4.3 SUMD**

L'Escala SUMD o Escala de Valoració de la No Consciència de Trastorn Mental, és un instrument creat per Amador i cols., al 1993. Aquesta escala està estandaritzada i utilitza com a eina de mesura l'entrevista semiestructurada directa amb l'usuari.

Aquesta està formada per tres ítems generals: la consciència dels efectes de la medicació presa, la consciència de les conseqüències socials del trastorn mental que es pateix i la consciència i atribució que l'usuari realitza dels símptomes d'aquest.

L'últim ítem, compostat per 17 ítems-síntoma, permet la valoració per separat de la consciència dels símptomes i de l'atribució que se'n fa de cada un d'aquests.

Aquestes dues subescales són dependents la segona de la primera, ja que si no es mostra consciència sobre un símptoma, no podrà ser mesurada l'atribució que d'aquests se'n fa. Les puntuacions finals, en conjunt, es situen en una escala que va des del número 1 fins al 5, les puntuacions més altes mostren un pitjor nivell de consciència i, per tant, atribucions més incorrectes (Ruiz i cols. 2008).

Existeix també una escala abreviada de l'escala SUMD on apareixen els tres ítems generals i 6 ítems-síntoma on només es valora la consciència i no l'atribució. Les puntuacions finals van del número 0 al 3. En general, la major senzillesa de l'escala abreviada facilita la seva aplicació, encara que en aquesta es perd informació important sobretot pel que fa a símptomes negatius i no es mesura l'atribució en cap d'ells (Ruiz i cols. 2008).

#### **2.4.4 EICB**

L'escala BCIS o Escala d'*Insight* Cognitiu de Beck (EICB), va ser creada per Beck i col·laboradors al 2004. La idea principal entorn la qual està formulat aquest instrument és que, la falta d'*insight* es produeix per una falta d'objectivitat, una pèrdua d'habilitats per a posar l'objectivitat en perspectiva i una resistència a corregir la informació a partir d'altres opinions externes. Per a realitzar aquesta avaluació de manera més íntegra es tenen en compte aspectes de caràcter emocionals i intel·lectuals. L'*insight* emocional es descriu com aquell que atorga a la persona la capacitat de comprensió per a modificar creences errònies i disfuncionals i la seva afectivitat relacionada així com les conseqüències conductuals que tenen aquestes creences. L'*insight* intel·lectual, es descriu com aquell que ajuda a la persona a comprendre els seus símptomes, sense que això repercuteixi a les creences (Gutiérrez-Zotes i cols. 2012). En general, aquest instrument permet fer una avaluació més completa i profunda de l'*insight* i permet una major comprensió de la visió dels usuaris del trastorn que pateixen, així com també del seu sistema d'atribució i interpretació (Montaner Casino i cols., 2008).



L'escala EICB, esta formada per 15 ítems que busquen avaluar com els usuaris perceben la seva pròpia experiència. Dins d'aquests ítems, es troben dues dimensions: la d'auto-reflexió i la d'auto-certesa. El resultat final es calcula a partir de la resta de la dimensió d'auto-certesa a la d'auto-reflexió. La resposta que donen els usuaris es mesura a partir d'una escala de Likert del 0 al 3, essent 0 gens d'acord i 3 totalment d'acord (Gutiérrez-Zotes i cols., 2012).

## **2.5 Tractament psicològic per millorar l'*insight* en el trastorn esquizofrènic**

### **2.5.1 Avaluació inicial dels símptomes**

Una detecció primerenca en els trastorns psicòtics i, en concret en l'esquizofrènia, és beneficiosa per la persona per a prevenir un deteriorament tant biològic, com social i psicològic. Ofereix una millora en el pronòstic, així com també ajuda a disminuir la comorbiditat amb altres trastorns. Ajuda a la persona a recuperar-se de manera més ràpida, a mantenir conservades les seves habilitats psicosocials, així com el recolzament social. També disminueix la necessitat d'hospitalització i les repercussions que aquesta té en la persona (Martínez Leal i cols., 2004).

La detecció en períodes anteriors a l'aparició del trastorn és actualment una tasca a desenvolupar, ja que la detecció en fases prodròmiques està per millorar i aplicar a la pràctica clínica. Hi ha estudis que han aprofundit en aquesta millor detecció precoç (Yung i cols., 1996) i prefereixen denominar als pròdroms com a EMAR (Estat Mental d'Alt Risc). Aquests estadis passen de veure's com a un precursor indiscutible del trastorn psicòtic a valorar-se com un factor de risc en el seu desenvolupament.

Per a poder realitzar des de la pràctica professional una detecció precoç del trastorn, és necessari un estudi diagnòstic inicial que contempli totes les variables necessàries a partir dels criteris de classificació diagnòstica del DSM-V o CIE-11, incloent també història psiquiàtrica i mèdica exhaustives, així com història psicosocial i història d'antecedents psiquiàtrics, avaluació de l'estat mental i exploracions complementaries necessàries. Tot això, amb contacte directe i constant amb la persona afectada i el seu entorn directe, com pot ser la família, per a obtenir, de forma continuada, informació el més fiable possible.

Una detecció i diagnòstic precoç permet al professional començar a intervenir de manera adequada sobre la persona afectada. Els beneficis de tractar el trastorn en els inicis de la seva aparició són evidents. Entre aquests podem trobar el desenvolupament d'una aliança terapèutica sòlida, procurar suport emocional davant les experiències subjectives de la persona i l'entorn directe, així com sobre l'estigma, educar sobre el trastorn i promoure una adherència al tractament psicoterapèutic i farmacològic, així com reduir la resistència a aquests, realitzar un bon abordatge sobre els símptomes individuals, les possibles afeccions de comorbiditat, potenciar l'afrontament i l'adaptació, millorar el funcionament cognitiu, millorar les relacions interpersonals, així com també la reincorporació a les activitats diàries i la recuperació laboral, reduir el risc de suïcidi i, per últim, el risc de recaigudes (McGorry, 2004).

En general, una vegada feta la detecció i el diagnòstic de l'usuari, s'ha de considerar quina o quines intervencions podrien ser més adequades per a la persona. Els factors que s'han de tenir en compte per a realitzar aquesta elecció són: l'estat psicopatològic de l'usuari, el risc d'auto o heteroagressió, la necessitat d'hospitalització, la modalitat de les intervencions requerides, la capacitat d'autonomia de l'usuari, el seu recolzament familiar, l'accessibilitat a recursos socials i les preferències de l'usuari i de la família.

En tot el procés és molt rellevant tenir en compte la comunicació amb el pacient i també amb els seus familiars, en especial durant el primers brots esquizofrènics. Per a fer-ho, s'ha de tenir en compte que la informació que es donarà modificarà de manera notable la percepció de futur del afectat i la seva família. Per això, s'han de seguir unes pautes que ajuda a assimilar millor aquesta mala notícia en diverses fases: a) l'aclimatació permet preparar a la persona per a rebre la notícia, afavoreix l'assimilació d'aquesta i intenta reduir l'impacte emocional que pot tenir. En la fase b) de notificació és on es comunica la informació, s'ha de tenir en compte la importància de no utilitzar tecnicismes ni paraules amb contingut emocional clar, sinó més aviat neutres i comprensibles. Per últim, la fase c) d'acomodació té l'objectiu de reduir l'impacte de la notícia a curt termini, seguir informant, discutir creences, remodelar conductes, etc. En general, aquest model de comunicació de males notícies ajuda a que les persones afectades "recuperin el nivell més alt de qualitat possible després de la informació rebuda" (Gutiérrez i cols., 2002).

A continuació, s'analitzaran les intervencions que més usualment es realitzen per a tractar a l'usuari afectat per trastorn esquizofrènic i centrant l'atenció en la promoció d'una bona consciència de malaltia o *insight*.

## 2.5.2 Tractament farmacològic

Els fàrmacs antipsicòtics acostumen a ser un dels primers tractaments administrats a l'usuari afectat per trastorn esquizofrènic i considerat moltes vegades com a indispensable en el seu tractament, sobretot en primers episodis psicòtics. Aquest fet es deu al difícil maneig que tenen els diversos símptomes que poden presentar-se en aquest tipus de trastorn sense ajuda de fàrmacs, ja que, aquests estableixen a la persona, milloren els seus símptomes i prevenen futurs episodis.

Els fàrmacs antipsicòtics actualment més receptats són els atípics o de segona generació. Aquests ofereixen una efectivitat notable front la clínica positiva, una millor efectivitat front la clínica negativa i cognitiva en vers els antipsicòtics de primera generació o típics, així com menys efectes secundàries de tipus neurològic i un baix perfil d'efectes secundaris negatius. Alguns d'aquests antipsicòtics atípics són la Clozapina, l'Olanzapina, la Quetipina i la Risperidona, a més de la dispensació en comprimits, d'aquests fàrmacs existeix un format d'administració intramuscular que facilita la seva administració i, per tant, també l'adherència al tractament (Guía de Prescripción Terapéutica (GPT), Adaptació espanyola del British National Formulary (BNF, 2010)).

Altres tipus de fàrmacs coadjuvants administrats a les persones que pateixen trastorn esquizofrènic solen ser els eutimitzants, els antidepressius i els ansiolítics, utilitzats per tractar la simptomatologia de l'usuari en profunditat.

El tractament de l'*insight* a partir de la intervenció farmacològica ens mostra que només en una tercera part dels pacients millora la consciència de malaltia. A més, la pobre consciència de malaltia està relacionada amb una adherència baixa al tractament, per tant, si busquem una millora en l'*insight* és evident que es necessiten altres intervencions que complementin la intervenció farmacològica i que reforcin l'adherència a aquesta (Martínez Leal, i cols., 2004).

Els fàrmacs antipsicòtics atípics administrats, a més, poden produir un gran ventall d'efectes secundaris a la persona que els pren: augment de pes, mareigs, hipotensió postural, símptomes extrapiramidals, etc. Els dèficits cognitius presents en la majoria de pacients, com poden ser la falta de memòria i dificultat d'atenció, així com l'afectació de les funcions executives, no estan considerats com a induïts per la medicació, sinó com a símptomes negatius del trastorn esquizofrènic (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009). Els fàrmacs antipsicòtics, però, tampoc semblen ajudar a millorar aquests dèficits per si mateixos, per tant, es torna a fer evident la necessitat de intervencions complementaries, com ho és el tractament psicològic del qual es parlarà a continuació.

### **2.5.3 Tractaments específics**

Abans de començar a tractar les intervencions més concretes en l'àmbit psicològic i social de la persona, és necessari comentar els passos previs, però també paral·lels a aquest tractament més concret.

L'aliança terapèutica, així com el vincle amb el terapeuta (citats en l'apartat 3.4.4), és un component essencial en qualsevol tractament psicològic de llarga durada que busqui canvis permanents en la persona tractada. En l'esquizofrènia es fa encara més evident la necessitat d'una bona adherència al tractament –tant farmacològic com psicoterapèutic- ja que, normalment, un dels símptomes d'aquest trastorn és la falta d'*insight* en general i, en concret, la falta de consciència de necessitat de tractament. Qualsevol tractament ha d'estar establert entorn un vincle del terapeuta amb la persona. Aquest ha d'ajudar a proporcionar una continuïtat en el tractament i atorgar al usuari un paper actiu en el procés terapèutic.

L'elecció del tractament psicològic adient és igual de necessari que l'elecció del tractament farmacològic i, per a que aquest sigui adequat, s'han de tenir en compte les característiques individuals del pacient, la seva situació clínica, les seves necessitats, capacitats i preferències així com també els recursos disponibles, tal i com recomana la Sociedad Española de Psiquiatria (2010).

En general, l'objectiu dels processos terapèutics que seran desenvolupats a continuació són els de seguiment i recolzament en àmbits terapèutics, l'ajuda al pacient i a l'entorn immediat amb el maneig del trastorn, afavorir la recuperació i desenvolupament d'habilitats necessàries per el bon funcionament psicosocial, potenciar la integració de la persona en el seu entorn i la prevenció de riscos com poden ser la depressió, el risc de suïcidi i el risc de deteriorament tant físic com psicològic i social (Gisbert, 2002).

### **2.5.3.1 Teràpia cognitiu conductual**

La teràpia cognitiva-conductal en individus amb esquizofrènia ajuda, en primer terme, als usuaris i famílies a prendre un paper actiu del seu propi procés terapèutic. Ha estat demostrada la seva eficàcia en el tractament de símptomes psicòtics positius com al·lucinacions, símptomes negatius i la depressió comòrbida. Aquest tipus d'enfocament permet desenvolupar una relació col·laborativa entre professional i usuari, fet que facilita la formació del vincle terapèutic i, per tant, l'adherència terapèutica, així com la reducció del risc de recaigudes i d'aïllament social. El treball des de la TCC es tracta d'un procés continu on es qüestiona la realitat de la persona a partir de la formulació de noves hipòtesis alternatives i s'evita la confrontació directa. Aquesta permet a la persona tornar a valorar les seves percepcions a partir de la monitorització dels seus pensaments, sentiments i conductes, la promoció de vies alternatives a aquests i la reducció de l'estrès que provoquen (Turkington i cols., 2004).

En relació als beneficis que comporta utilitzar la TCC combinada amb una atenció estàndard comparada amb l'ús de només l'atenció estàndard, no hi ha diferències significatives en quan a les recaigudes o processos d'hospitalització. La reducció del temps d'hospitalització, però, sí que es mostra amb la TCC. S'observa també un millor funcionament psicològic general a curt i mig termini amb el tractament amb la TCC. En símptomes específics de l'esquizofrènia, la TCC té un major efecte sobre les al·lucinacions que l'atenció estàndard, els usuaris tractats amb TCC semblen obtenir un major grau d'*insight* tant a curt com a mig termini i afavoreix les conductes prosocials de la persona tractada. Si parlem de la TCC combinada amb altres intervencions com podrien ser les intervencions educatives o psicosocials, es mostra una reducció en el número de recaigudes (Jones i cols., Cochrane Database 2004).

Si se li afegeix la TCC a intervencions com poden ser la psicoeducació, la teràpia de suport i l'entrenament en la vida diària, es poden observar millores en els símptomes, sobretot en els positius (Gaudio, 2006). Encara que molts d'aquests canvis que s'observa que la TCC ajuda a realitzar en el tractament de persones amb esquizofrènia es considerin lleus, són significativament molt positius. Aquest fet sembla relacionar la levitat dels canvis amb la gravetat del trastorn (Zimmermann, 2005).

En una revisió de 20 assaigs clínics, (Tarriner i Wykes, 2004), s'arriba a la conclusió que amb la TCC es produeixen lleus millores en els símptomes positius en relació a l'atenció estàndard. A més, es proposa la hipòtesis que l'eficàcia farmacològica pot emascarar l'eficàcia d'altres tipus de tractaments psicològics coadjuvants, es comprova, però, que els pacients que només reben medicació presenten a llarg termini més símptomes residuals.

En una recerca formulada per Penn i cols. (2005), es prova que amb la TCC s'obtenen millors resultats que amb altres intervencions citades amb anterioritat en els diversos assaigs clínics en relació a la reducció del risc de suïcidi, l'hospitalització, els símptomes i la millora de l'adaptació al trastorn i qualitat de vida.

Paral·lelament i dins la TCC, trobem l'Entrevista Motivacional (EM), com a intervenció concreta i complementària. Aquesta es basa en l'anàlisi conductual i ofereix suport a les persones en quan la identificació i avaluació dels guanys i pèrdues que comporta el seu comportament manifest en accions concretes. En resum, es tracta d'una intervenció orientada a la resolució de problemes on el professional es centra en identificar quins són els motius intrínsecs de la persona per a mantenir certes conductes o per a desenvolupar canvis en aquestes. (Rusch i Corrigan, 2002).

El paper de l'usuari és el nucli de la intervenció i el terapeuta ha de fomentar la utilització dels recursos de la persona així com la seva autonomia per a dirigir el procés terapèutic. Es tracta d'ajudar a la persona que pateix el trastorn esquizofrènic a buscar les raons que posin en funcionament altres comportaments més funcionals, és a dir, trobar alternatives a les seves creences i començar a crear altres mecanismes per a canviar les que es creuen disfuncionals. (Cebrià i Bosch, 2000).

En l'Entrevista Motivacional existeixen cinc principis bàsics per a mantenir un estil col·laborador entre ambdues parts: Expressió de l'empatia, promoure el qüestionament, evitar la confrontació, manejar les resistències i fomentar la percepció d'autoeficàcia. En persones que pateixen trastorn esquizofrènic, la falta d'*insight*, el baix compliment terapèutic que comporta i els diversos dèficits cognitius, redueixen en certa manera l'efectivitat de la versió estàndard d'aquesta tècnica. Per això, existeix l'EM amb modificacions específiques per tractar l'esquizofrènia, on es permeten l'ús de la repetició de la informació, la divisió de les seqüències conductuals més complexes en passos més simples i la utilització de fonts d'informació més visuals que ajudin a captar l'atenció i realitzar més empremtes en la memòria (Rusch i Corrigan, 2002). El reforçament progressiu de comportaments i el fet de tenir els objectius presents durant l'aplicació de l'EM, així com l'ajuda de l'entorn familiar, faciliten el comportament actiu de la persona i l'aprenentatge sobre el propi comportament (Palma i cols., 2005).

### **2.5.3.2 Psicoeducació**

La Psicoeducació és l'eina bàsica per a què, tant usuaris que pateixen esquizofrènia com familiars, puguin accedir a informació específica sobre el trastorn i aprendre a desenvolupar tècniques que ajudin al maneig d'aquest. L'objectiu general d'aquesta aproximació terapèutica és la d'informar sobre el trastorn, reduir càrregues familiars innecessàries, disminuir les possibilitats de recaiguda i, en conjunt, millorar la qualitat de vida. A més, s'ha demostrat que la psicoeducació ajuda a millorar l'adherència terapèutica a partir de fomentar estratègies motivacionals i conductuals que permeten a la persona una millor comprensió i compliment dels tractaments implementats, segons consta en la Guia de Pràctica Clínica de l'Esquizofrènia del 2005. Tot això, per tant, ajuda a l'usuari a assumir la presència del trastorn, és a dir, és una eina eficaç per a desenvolupar i consolidar un bon *insight*.

Pekkala i Merinder (2007), avaluen l'eficàcia de la psicoeducació com a aproximació terapèutica en trastorns psiquiàtrics. Es varen considerar com a "breus" els programes de menys de 10 sessions i com a "estàndards" els d'11 o més. Es va concloure que les intervencions psicoeducatives disminuïen el nombre de recaigudes així com de reingrés hospitalari després de 9 a 18 mesos de seguiment de l'usuari. En conjunt, tenint en compte el baix cost d'aquestes intervencions i la brevetat de la seva implementació, es proposa com a un dels programes que ha de formar part del tractament terapèutic com a intervenció complementària.



Pitschel i cols., (2006), van realitzar un altre estudi controlat i aleatoritzat amb 194 usuaris amb trastorn esquizofrènic. Es va dividir la mostra en dos grups: en el primer els pacients i les seves famílies rebien intervencions psicoeducatives. En el segon, el pacient rebia un tractament "estàndard" sense psicoeducació. Les conclusions van ser que, en les intervencions que comptaven amb sessions de psicoeducació, en les que la implicació familiar era present, es millorava considerablement el tractament de l'esquizofrènia. Amb aquest tipus de intervenció, s'aporta a l'usuari i família sobre les causes i efectes del trastorn esquizofrènic que pateix, així com també de les possibilitats de recuperació. Es va comprovar que facilitava el rol actiu dels usuaris i familiars, fet que millorava el vincle i l'aliança terapèutica. Es va considerar necessari, però, ajustar la informació segons les necessitats de l'usuari i la família i l'estat de la situació terapèutica.

### **2.5.3.3 Intervenció familiar**

Com s'ha anat comentant durant la presentació del tractament en esquizofrènia, la família és un element a considerar quan es tracta a una persona afectada per l'esquizofrènia. La família directa és, evidentment, el sistema més afectat donat un diagnòstic d'aquesta dimensió, també és, però, l'eina a través de la qual poder arribar a un millor maneig del trastorn de l'usuari afectat.

Segons la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), els objectius principals del treball amb les famílies són: construir una aliança amb les famílies, proporcionar informació sobre el trastorn, orientar sobre els problemes conductuals i conflictes relacionals, assessorar en la gestió de l'estrès familiar, reduir l'atmosfera familiar adversa, millorar la comunicació familiar, potenciar les habilitats familiars relacionades amb l'anticipació i la resolució de problemes, reduir les expressions d'angoixa i culpabilitat dins la família, ajudar a mantenir unes expectatives raonables en relació al funcionament del pacient, ajudar als familiars a mantenir uns límits i distància adequats i aconseguir canvis desitjats en les conductes familiars i en el seu sistema de creences.

Per a assolir aquests objectius, Falloon i cols., (1993), van proposar la teràpia familiar conductual basada en teories d'aprenentatge i tècniques de desenvolupament d'habilitats. Entre elles es trobaven: l'avaluació de punts forts i febles de cada membre de la família per separat i en conjunt, la formulació d'objectius, l'assaig conductual, el reforçament i l'assignació de tasques per a casa. Aquest tipus de teràpia es du a terme a través de sessions tant conjuntes com per separat pel que fa als membres de la família, on es realitza l'avaluació contínua de la unitat familiar, l'educació sobre l'esquizofrènia, l'entrenament en comunicació i en solució de problemes i les estratègies conductuals específiques. Aquesta teràpia es considera complementària dins de les anteriorment citades i ajuda a reforçar els canvis adquirits en les demés intervencions.

#### **2.5.4 Intervencions rehabilitadores**

Paral·lelament als tractaments més específics citats amb anterioritat, existeixen altres intervencions complementàries que ajuden a la persona a tornar-se a introduir a la seva vida anterior amb la major qualitat de vida possible. Aquestes intervencions es podrien categoritzar dins de les intervencions de caràcter més rehabilitador i d'integració social, amb les quals, conjuntament amb els intervencions anteriors, s'assoliria un tractament holístic de la persona en termes bio-psico-socials.

##### **2.5.4.1 Rehabilitació cognitiva**

Com s'ha anomenat amb anterioritat, els usuaris que pateixen esquizofrènia acostumen a presentar dèficits cognitius que afecten al processament de la informació, a l'atenció, la memòria i a les funcions executives. Tots aquests dèficits semblen estar relacionats amb la simptomatologia negativa que presenta la persona amb esquizofrènia i afecten directament a l'efectivitat que tenen tot el conjunt d'intervencions que es duen a terme per a millorar la seva simptomatologia. Per aquest motiu, és important treballar des de la rehabilitació cognitiva, que es basa en millorar el rendiment de funcions cognitives citades. El treball dirigit a aquest tipus de rehabilitació permet a l'usuari una millor autonomia personal, un millor funcionament psicosocial i, sobretot, un millor funcionament cognitiu (Panades, 2002).

Per a actuar en aquesta direcció, existeixen tres tipus de intervencions rehabilitadores segons la Guia de Pràctica Clínica de l'Esquizofrènia del 2005. Les estratègies restauratives, que ajuden a l'usuari a reduir el dèficit cognitiu subjacent, les estratègies de compensació, on l'objectiu és compensar el dèficit cognitiu i, per últim, les estratègies ambientals, on es cerquen estratègies de l'entorn social del pacient que recordin el tipus de conductes adients d'acord a determinades activitats.

#### **2.5.4.2 Entrenament en H.H.S.S i vida diària**

Les habilitats socials corresponen a una altra de les intervencions rehabilitadores freqüents en el tractament del trastorn esquizofrènic. Aquest tipus d'entrenament acostuma a ser primer individual i amb una aproximació cada cop més grupal a mesura que la persona es veu preparada per a desenvolupar les habilitats adquirides en context. Amb aquest entrenament, es cerca la reducció d'estrès i de les dificultats a l'hora de relacionar-se amb altres persones i així incrementar les capacitats d'afrontament davant situacions socials.

Existeixen, a la pràctica, tres tipus diferents d'entrenament en habilitats socials (Bustillo i cols., 2001): El model bàsic és aquell on les conductes socials complexes són fraccionades en passos més senzills i exemplificades fora del seu context natural a través de *role playing*. El model de resolució de problemes socials es centra en aquells àmbits socials on la persona té més dificultats, ajudant-lo a millorar les seves capacitats de recepció, processament i emissió d'informació. Per últim, el model de resolució cognitiva es centra en la intervenció grupal com a eina d'aprenentatge a partir del qual es tracten de millorar alteracions com l'atenció i la planificació.

Les persones que pateixen trastorn esquizofrènic també necessiten ajuda per a aconseguir introduir-se de nou a la seva vida anterior, ja que la funcionalitat que tenien abans i la capacitat de seguir el seu propi rol ha disminuït. Aquestes tasques acostumen a realitzar-se per part de professionals de la teràpia ocupacional i van dirigides a l'adquisició o la millora d'habilitats relacionades amb les activitats de caràcter tant bàsic com instrumental (AVDB, AVDI). L'objectiu principal és fomentar una millor autonomia de la persona així com una millor qualitat de vida. L'auto-cura, la competència professional, la planificació econòmica, els hàbits alimentaris i de cures en general, són alguns dels elements a potenciar des de l'entrenament a la vida diària. (Modelo de Atención a personas con enfermedad mental grave. Documento de consenso. Madrid: IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.).

### 3. OBJECTIUS

Aquesta recerca pretén assolir l'objectiu general (O.G) i els objectius específics (O.E) següents:

1. Conèixer en profunditat el terme *insight* en el trastorn esquizofrènic. (O.G)
  - 1.1. Aprofundir en el coneixement conceptual de l'*insight*. (O.E)
  - 1.2. Aprofundir en el coneixement de l'*insight* en el trastorn esquizofrènic des de la pràctica clínica aplicada. (O.E)
  - 1.3. Conèixer els principals instruments d'avaluació i es mesura l'*insight* en l'esquizofrènia. (O.E)
  - 1.4. Aprofundir en el tractament psicològic de l'*insight* en el trastorn esquizofrènic. (O.E)

## **4. METODOLOGIA**

Tot seguit es descriuran els aspectes metodològics utilitzats per a assolir els objectius que anteriorment citàvem. En primer lloc, s'assenyalaran les característiques dels participants d'aquesta recerca, més endavant es descriurà l'eina de recollida de dades i, per últim, s'exposarà el procediment dut a terme junt als criteris d'anàlisi de les dades a partir dels sistemes de categorització dels ítems emprats.

### **3.1 Els participants**

En aquesta investigació, la metodologia emprada ha estat determinada, en certa mesura, per la capacitat d'accés als participants. Es va descartar el contacte amb persones que pateixen trastorn esquizofrènic per la dificultat en l'accés a aquest tipus de població. Es va considerar que, donada la delicadesa de la situació a tractar y la variable dificultat de contacte segons en la fase de trastorn que la persona es trobés, les dificultats ètiques en la implementació de les eines metodològiques eren un impediment per a la investigació acadèmica que ens ocupa.

Reconsiderada la selecció dels participants, es va optar per contactar amb professionals que tractessin amb el tipus d'usuaris que buscàvem anteriorment, per tant, podrien donar informació molt rellevant sobre el tema investigat. El que es considera per a escollir la mostra és l'accessibilitat als participants d'aquesta, que cada participant sigui idoni per a la investigació, és a dir, que siguin adequats per a respondre a la naturalesa del fenomen que s'estudia i, finalment, que siguin representatius, és a dir, que s'assemblin als demés individus de la població diana d'estudi –que correspondria a tots els professionals que tracten amb persones amb trastorn esquizofrènic-. A partir d'aquestes premisses, es contacta amb una sèrie de professionals dels quals en donen resposta tres participants finals, aquestes responen a tres perfils professionals diferents que tracten amb usuaris amb esquizofrènia des de l'atenció sanitària:

Un psicòleg clínic que treballa amb usuaris amb trastorn esquizofrènic al servei d'Osona Salut Mental (codificat com R1), una infermera de psiquiatria que treballa amb persones amb esquizofrènia a l'Hospital de Dia d'Adults al servei d'Osona Salut Mental (codificada com a R2), i una psiquiatra que treballa amb persones amb esquizofrènia a l'Hospital de Dia Infanto-Juvenil de l'Hospital Sant Joan de Déu (codificada com a R3).

Aquests professionals participen a l'estudi de manera voluntària i, se'ls hi demana consentiment verbal sobre si volen que els seus noms apareguin a la investigació, tots responen positivament a la pregunta.

### 3.2 L'entrevista

Pel que fa a la mètode de recerca, s'ha fet servir l'entrevista semiestructurada de resposta oberta com a eina d'obtenció de dades. Donat el reduït nombre de participants, s'ha considerat aquesta com l'eina adequada per a obtenir dades consistents en relació a l'estudi.

L'entrevista es caracteritza per estar formada per una sèrie de preguntes prèviament redactades entorn un objecte d'estudi, en aquest cas l'*insight* en l'esquizofrènia. Aquestes preguntes han estat organitzades en quatre apartats<sup>1</sup>: La "fase inicial", que engloba el motiu de derivació, el motiu de consulta, les motivacions, les expectatives, l'inici de la simptomatologia, la manifestació de patiment, la manifestació d'interferència en la vida quotidiana i la manifestació de simptomatologia cognitiva. La "fase de tractament i seguiment" que contempla el protocol de tractament, els objectius terapèutics, l'adhesió al tractament i les habilitats psicoterapèutiques. La "fase de tancament", centrada en el tancament de la relació terapèutica a partir d'ítems del WAI-T, WAI-C, SUMD i EICB i, per últim, la "fase de continguts específics", on s'engloben els temes de consciència de trastorn, consciència de la simptomatologia, consciència de necessitat de tractament, fluctuació de la presa de consciència i consciència d'alteracions en l'esfera social. Cadascuna de les parts de l'entrevista té una significació diferent pel que fa al estudi, aquesta rellevància es mostra en el número de preguntes que té cada apartat.

<sup>1</sup> Per a consultar l'esquema de l'entrevista dirigir-se a la pàgina 3 dels annexos.

Pel que fa a l'apartat de continguts específics, on es parla de l'*insight*, aquest està situat en últim lloc per explorar-lo en profunditat. Les preguntes anteriors a aquest apartat, tenen intenció de captar la importància i presència d'aquest terme dins el treball diari dels professionals amb les persones que pateixen trastorn esquizofrènic, així com també captar informació de tot el procés terapèutic. És per això que, quan es va dur a terme el primer contacte amb els participants, per intentar no induir les seves respostes en els primers apartats de l'entrevista i observar si d'alguna manera sorgia el tema de l'*insight*, no se'ls hi va proporcionar tot l'esquema de l'entrevista. Es va decidir explicar l'objectiu real de l'entrevista un cop acabada aquesta per a no interferir en les seves respostes i, per tant, en els resultats.

### **3.3 Procediment**

Per a facilitar la posterior transcripció de les entrevistes, es va procedir a gravar-les en format àudio. En aquesta gravació, així com en la transcripció, no hi figuren els noms dels participants, però, amb el seu consentiment, si hi són a l'apartat d'agraïments. En el transcurs de l'entrevista no es van prendre notes escrites per a afavorir la fluïdesa d'aquesta, aprofitant que tot el material verbal ja estava essent registrat.

Un cop transcrita l'entrevista en format escrit a partir de l'àudio enregistrat, es va passar a sintetitzar les parts més significatives de les respostes de cadascun dels participants a partir d'una sèrie de categories, creades per l'investigador, les quals reflecteixen les respostes dels participants<sup>2</sup>. S'ha tingut en compte també que les categories siguin el més excloents i independents possible, és a dir, que les respostes només puguin ser col·locades en una de les categories creades. Per a comprovar, sobretot, que les categories són mútuament excloents, i que les categories estan creades d'acord amb la pertinença de l'anàlisi seleccionat i dins del marc teòric, s'ha fet l'ús de la fiabilitat interjutges<sup>3</sup>, és a dir, s'ha comptat amb l'ajuda d'un jutge extern per a que avalués el nivell de "concordança i consistència en la codificació de les categories" (Corbetta, 2007).

<sup>2</sup> Categorització per investigador a la pàgina 31 dels annexos.

<sup>3</sup> Categorització per jutge extern a la pàgina 39 dels annexos.

A més de les respostes donades pels participants, en la formulació de les categories per a cada ítem, s'ha optat per introduir altres possibles categories que podrien haver sorgit en les seves respostes per a, en un futur, poder utilitzar si escau, aquesta eina com un qüestionari tancat com a versió breu de l'entrevista.

Pel que fa a l'avaluació de la eina de recollida de dades a partir de la presència del jutge extern, s'ha trobat un 22'58% de respostes no coincidents amb la categorització de l'investigador (7 ítems de 31), per això s'ha optat per la revisió dels ítems en que les respostes del jutge extern i la categorització feta per l'investigador no coincidien. A partir d'aquesta revisió i amb la reavaluació, es pot dir que les categories esdevenen més excloents i es redueixen les respostes no coincidents a un 9,6%, fet que atorga més significació als resultats obtinguts, amb un 90'4% de coincidència en la categorització dels ítems<sup>4</sup>.

Per últim, en el resum de resultats, es descriu amb precisió que se'n ha extret de les entrevistes realitzades, aquest contingut serà l'eix central de les discussions de la investigació on els seus resultats seran comparats amb la teoria redactada junt a altres reflexions.

<sup>4</sup> Reformulació de les categories a la pàgina 46 dels annexos.



## 5. RESULTATS

Després de la descripció dels resultats realitzada a partir de la categorització de les respostes a les entrevistes, es procedeix a continuació a sintetitzar la informació obtinguda. Els resultats es resumiran segons els apartats a partir dels quals s'estructura l'entrevista per tal de poder recollir millor les respostes obtingudes. L'últim apartat, consisteix en resumir totes aquelles respostes que els participants han emès i que no s'enquaden en les preguntes realitzades.

### A. Fase inicial del contacte terapèutic

Els professionals entrevistats: psicòleg, infermera psiquiàtrica i psiquiatra, acostumen a tractar els pacients una vegada ja s'ha donat la simptomatologia psicòtica. En el cas del psicòleg i la psiquiatra, s'actua quan la simptomatologia que presenta l'usuari encara està molt activa, en canvi, a l'hospital de dia, la infermera psiquiàtrica refereix que normalment ja estan estabilitzats. En tots casos es dona una simptomatologia psicòtica de base. Les persones tractades són derivades, en el cas del psicòleg, des d'un metge de capçalera o des d'urgències. Des de consultes externes o la unitat d'hospitalització en el cas de la infermera a l'hospital de dia d'adults i des d'hospitalització o urgències segons la psiquiatra de l'hospital de dia infanto-juvenil.

Pel que fa a l'assistència als serveis de salut mental, tant el psicòleg com la psiquiatra entrevistats, estan d'acord en que els usuaris acostumen a acudir a través del suggeriment d'un familiar o agent de la comunitat, el psicòleg, també refereix, però, que a vegades hi ha demandes d'assistència pels propis usuaris degut a algun tipus de simptomatologia delirant.

En tots casos, els entrevistats estan d'acord amb què els usuaris realitzen visites individuals però que, moltes vegades, necessiten de l'acompanyament d'un familiar als serveis de salut mental. Tots tres professionals també afirmen que es realitza atenció terapèutica tant a usuaris com a familiars.

Tots els professionals entrevistats coincideixen en dir que l'etapa en la qual acudeixen els usuaris als serveis assistencial és el brot psicòtic. El psicòleg i la psiquiatra concreten que els pròdroms són difícils de detectar, per això hi ha baixa demanda d'assistència en aquesta etapa de l'esquizofrènia.

Psicòleg i psiquiatre afirmen que el psiquiatre és el professional que realitza la primera atenció a l'usuari amb esquizofrènia, mentre que la infermera explica que tots els professionals que fan una primera atenció provenen del servei d'urgències.

El motiu inicial pel qual es demana ajuda és, segons la infermera i la psiquiatra: la por, sobretot als símptomes positius i el malestar que refereix l'usuari. Segons el psicòleg, els motius acostumen a estar relacionats amb la simptomatologia delirant, però afirma que normalment la demanda d'ajuda no es fa per part de l'usuari, sinó per altres agents de la comunitat, per tant, aquest primer contacte no acostuma a ser voluntari.

Les expectatives inicials que es depositen en els professionals, segons el psicòleg, són negatives per part dels usuaris. Segons la infermera són expectatives enfocades a la retirada de medicació i la psiquiatra afirma que els familiars tenen unes expectatives molt altes vers els professionals sanitaris, esperen que el professional ho solucioni tot i ràpid.

Pel que fa a l'expressió del patiment, el psicòleg afirma que normalment el patiment no es manifesta en un moment inicial i, si es fa, aquest està relacionat amb la simptomatologia delirant. La infermera afirma que el patiment es relaciona directament amb la reinterpretació que l'usuari fa de la realitat i la psiquiatra afirma que el patiment acostuma a estar encobert en la majoria dels casos.

El psicòleg nega que, en un moment inicial, els usuaris refereixin interferències de la seva simptomatologia en la seva vida diària, mentre que tant la psiquiatra com la infermera de l'hospital de dia afirmen que sí. La primera diu que de forma personal i social i la segona només de manera social.

En els primers contactes amb els usuaris, la infermera explica que els usuaris no posen en dubte les seves percepcions. El psicòleg afegeix que no és així si són primers brots i la psiquiatra que ho comencen a fer quan ella fa el primer contacte.

Segons el psicòleg, els usuaris no associen en un primer moment els símptomes amb el trastorn, ja que no tenen ni consciència de malaltia ni de problema. D'acord la infermera, tampoc associen els símptomes amb el trastorn que pateixen, això els hi crea desconfiança envers el seu entorn. La psiquiatra afirma que quan arriben al servei, comencen a fer associacions i, que abans, el fet de no tenir aquesta capacitat els hi generava malestar i por.

## B. Fase de tractament i seguiment

En relació al protocol que es realitza un cop diagnosticada la persona, ja en una fase de tractament, el psicòleg remarca la importància de la psicoeducació, treballar el vincle i la consciència de malaltia. La infermera manifesta que el protocol farmacològic és, en primer lloc, el més important a seguir i la psiquiatra argumenta que no es segueix un protocol marcat, sinó que s'adeqüen a cada persona segons les seves necessitats, seguint una atenció similar en casos d'esquizofrènia. A partir d'aquest punt, llavors, el vincle i l'adherència al tractament són els passos d'intervenció més importants a seguir tant per el psicòleg com per la psiquiatra. El tractament psicològic, en general, és el més important per a la infermera, que afirma que és el pas més important per a tractar els símptomes i la consciència de malaltia a partir de l'administració de fàrmacs que ajudin a treballar-los.

Tots tres professionals creuen en la importància del tractament farmacològic de base en aquests tipus de trastorns i expliquen que també és important que a partir d'aquest es treballi el funcionament de la persona en la seva vida diària.

En el tractament, els objectius terapèutics més sovint establerts són, per al psicòleg, el maneig de la malaltia, l'adherència, l'afrontament dels símptomes i el desenvolupament en la comunitat. La infermera argumenta que es segueix la línia en la qual treballa el psicòleg o psiquiatra, és a dir, els objectius proposats per ell. Mentre que, la psiquiatra, afirma que l'objectiu més important és dur la persona a la normalitat. Aquests objectius són, segons el psicòleg, aplicats a partir del vincle que es forma amb l'usuari i, a partir del treball interdisciplinar, segons la infermera i la psiquiatra.

Pel que fa a l'assistència a les visites programades o a l'hospital de dia, el psicòleg no veu diferència amb l'absentisme que hi ha també en altres malalties mentals que tracta. La infermera explica que és un punt en el que s'ha de negociar en termes d'horaris i normes i que al principi els hi costa complir-los. Segons la psiquiatra, la família és molt important per a que la persona acudeixi al servei d'hospital de dia infanto-juvenil.

Per últim, a l'apartat de tractament i seguiment, les habilitats que es creuen més importants en un professional per a una bona adherència al tractament són la paciència, el vincle, l'empatia i potenciar l'autonomia tant per el psicòleg com per la psiquiatra. Mentre que per a la infermera la normalització de la situació i el fet de no caure en l'estigmatització de l'usuari són les habilitats més importants que desenvolupar com a professional.

### C. Fase de tancament

En relació als indicadors que mostren millora de l'usuari i, per tant, plantegen una alta en diferents serveis de salut mental, el psicòleg argumenta que aquests són: el desenvolupament en la comunitat, símptomes controlats que no afecten emocionalment, bons hàbits i una autonomia personal notable. La infermera psiquiàtrica afirma que quan els usuaris estan cansats de acudir al servei i tenen més ganes de ser fora és perquè han millorat i tenen capacitat de reincorporar-se a la seva vida anterior. L'assoliment dels objectius anteriorment plantejats, que no presentin símptomes i que existeixi un bon funcionament social i personal són els indicadors que la psiquiatra considera importants per a una alta en els serveis de salut mental.

Pel que fa als casos d'altres voluntàries o trencament de relació terapèutica voluntària, el psicòleg afirma que tots aquests casos tenen en relació una mala vinculació terapèutica. Tant la infermera com la psiquiatra expliquen que el procés que es du a terme és, si la persona està descompensada, un ingrés a planta i, si es veu que la persona pot tenir una autonomia en la seva reincorporació a la vida quotidiana, es planteja una alta progressiva amb un seguiment ambulatori.

En el tancament de la relació terapèutica, el psicòleg i la psiquiatra afirmen que les altes progressives i/o visites cada cop més espaciades, són importants per a veure si la persona es capaç de continuar amb els canvis proposats durant la relació terapèutica. La infermera afirma que primer de tot, la persona ha de veure per si mateixa que els canvis són positius per a ella i, després, és important seguir treballant sempre des de consultes externes. En relació a com es percep que l'usuari sí és capaç de seguir amb aquests canvis, el psicòleg afirma que l'afrontament als estressos és essencial, la psiquiatra creu que s'han de sentir realment responsables del seu procés de millora i la infermera creu que sempre es necessari el seguiment per a reforçar aquests canvis.

#### D. Continguts específics

En tant a l'apartat de continguts específics, aquest vol explorar el constructe de consciència de malaltia, terme central d'aquesta investigació.

En referència al tema de l'ingrés, tant la psiquiatra com el psicòleg expliquen que aquest mai es recorda positivament, però que s'entén la seva necessitat quan s'adquireix certa consciència de necessitat de tractament. La infermera afirma que és la medicació la que ajuda a la persona a saber que hi ha hagut una descompensació i que es necessita tractament. Per tant, podem observar que, en general, tots tres professionals estan d'acord en que a partir del tractament (tant psicològic com farmacològic) es desenvolupa la consciència, d'almenys, la necessitat de tractament.

Pel que fa a la percepció de la malaltia per part de l'usuari que la pateix, la infermera afirma que aquesta no és estable i va variant al llarg de les fases del trastorn. La psiquiatra creu que l'associació dels símptomes amb el trastorn depèn del moment del trastorn i que, per a aquesta associació es mantingui més o menys estable, és necessari treballar la consciència. El psicòleg explica que per a que hi hagi una consciència de trastorn i dels seus símptomes, moltes vegades es necessiten segones recaigudes i que, gràcies a la consciència de necessitat de tractament, es poden comprendre les relacions entre símptomes i el trastorn que es pateix.

Les respostes donades pels professionals en relació a la consciència de malaltia i necessitat de tractament i la seva consistència en el temps són: variables segons el psicòleg i la psiquiatra, afirmen que desapareixen quan es dona un brot però després no es comencen a treballar des de zero. La infermera afirma que sí varien, però que pot haver-hi consciència de tractament sense consciència de malaltia i viceversa.

El psicòleg, en relació a la percepció que té l'usuari cap al professional, explica que sí els veuen com a elements necessaris en la seva recuperació i com a capaços de entendre el que els hi passa, però que sempre s'ha de treballar des de l'empatia i donant bones pautes. La infermera també ho afirma, ella veu que els usuaris se senten entesos i troben que no els jutgen. La psiquiatra explica que aquesta percepció cap al professional varia segons la fase del trastorn, però que, un cop el trastorn està controlat, poden arribar a establir molta confiança amb el professional.

Els elements que més dificulten la presa de consciència sobre el trastorn en persones que pateixen esquizofrènia són el coeficient intel·lectual baix, les males dinàmiques familiars, el consum de tòxics i l'edat d'inici primerenca del trastorn, segons el psicòleg.

Pel que fa a la infermera, els elements més incapacitants per a la presa de consciència són l'estigma i la dificultat de discernir entre allò real i allò fals. Ho són els símptomes positius, sobretot al·lucinacions i deliris per a la psiquiatra.

La percepció que té l'usuari que pateix un trastorn esquizofrènic sobre el seu entorn i sobre les actituds dels altres vers ells, solen ser errònies o exacerbades. Així doncs el psicòleg explica que les males interpretacions que aquests usuaris realitzen sí depenen de la fase del trastorn en el qual es troben i que, aquestes percepcions, també poden encapsular-se. Segons la infermera i la psiquiatra, també depèn de la fase i que, amb el brot, aquesta mala interpretació pot tornar, encara que ja hagi estat treballada, però pot recuperar-se la capacitat de reinterpretar l'entorn social de manera més ajustada.

En relació a la necessitat de fomentar la consciència de malaltia, el psicòleg explica que és necessari un equilibri adequat d'aquesta, massa consciència de malaltia podria portar a un estat d'ànim depressiu així com un dèficit d'aquesta no ajudaria a un bon maneig del trastorn. La psiquiatra explica que amb la consciència de malaltia s'eviten les recaigudes i, per tant, el deteriorament de les funcions de la persona, a més, afirma que es millora d'adherència però que s'ha de tenir molta cura en, al treballar la consciència del trastorn, no caure en etiquetar a la persona. Segons la infermera amb el treball de la consciència s'eviten recaigudes, però si aquesta és molt elevada pot portar a patir trastorns depressius associats i perill de suïcidi.

Les eines més utilitzades pel psicòleg entrevistat per a fomentar la presa de consciència en els usuaris que pateixen esquizofrènia són: el vincle, la psicoeducació i buscar el què realment la persona vol treballar com a objectius terapèutics. Per a la infermera aquestes són: el vincle, la teràpia grupal i individual i el treball amb la família. La psiquiatra utilitza els grups psicoeducatius de pares i adolescents per a treballar la presa de consciència.

Per últim, se'ls hi ha preguntat als entrevistats sobre els serveis de salut mental en els quals exerceixen la seva professió i, en concret, quines eines es faciliten des d'aquest per a la promoció de la presa de consciència. Per part del psicòleg, que treballa en el Servei d'Osona Salut Mental a consultes externes, explica que el servei confia en el treball dels seus professionals i demana tractaments basats en l'evidència empírica que comportin bons resultats. Segons la infermera psiquiàtrica, que treballa al Servei d'Osona Salut Mental a l'Hospital de Dia d'Adults, el servei li dona molta importància i facilita grups de teràpia grupal i individual així com també recolzament familiar. La psiquiatra, que treballa a l'Hospital de Dia Infanto-Juvenil de Sant Joan de Déu, explica que al servei existeix la unitat de primers brots i que, des d'aquest, es faciliten grups per a pares i nens així com també rehabilitació neurocognitiva.

#### E. Informació extra dels participants

En aquest apartat, es comenten les respostes complementaries que han donat els participants en les entrevistes. S'ha considerat anomenar-les per la importància del contingut d'aquestes respostes.

El psicòleg clínic afirma que el procés terapèutic es tanca quan la persona no es veu tant impactada per els símptomes positius que pateix a partir del trastorn. Per tant, d'aquesta informació podem extreure la importància d'ajudar a la persona a que afronti els seus símptomes, a que en redueixi el seu impacte emocional i no tant enfocar l'atenció terapèutica en eliminar-los. El psicòleg també ens explica que "l'esquizofrènia no és una malaltia i per això es tant difícil d'explicar". A partir d'aquí, argumenta que la consciència o *insight*, "és una dimensió, un constructe molt complicat i variable, cada persona és diferent en aquest sentit i això es difícil de visualitzar teòricament". També ens explica que encara i les diferències interpersonals de l'*insight*, aquesta manca és present en totes les persones que pateixen esquizofrènia de manera total o parcial. Per últim, el psicòleg esmenta una de les últimes teràpies en esquizofrènia: la d'acceptació i compromís, que millora la consciència de malaltia en la persona i l'ajuda a acceptar-la i a superar-se.

La psiquiatra afirma que per el treball de la consciència és necessari provocar canvis generals en la vida de l'usuari, i després, amb una intervenció més concreta en els símptomes i amb psicoeducació es va promovent un *insight* en nivell òptims.

## 6. DISCUSSIÓ

En l'apartat següent es realitzaran comparacions entre la recerca de caràcter més conceptual amb la informació obtinguda del contacte amb els professionals en l'àmbit de la pràctica clínica, descrivint les coincidències i similituds que s'han observat així com també es farà esment d'aquells punts on no coincideix la informació provinent dels dos tipus de fonts de l'estudi. Es reflexionarà sobre idees futures, així com també es faran referències a l'actualitat i, per últim, es descriuran les limitacions que ha sofert l'estudi.

En relació als objectius generals del treball, que són a grans trets els de conèixer en profunditat el terme *insight* en l'esquizofrènia i observar la seva presència i significació en la pràctica clínica, a continuació es relacionaran entre ells.

*El model* multicomponencial de Strupp i Handley (1977), que aborda el benestar subjectiu de la persona, pot relacionar-se amb la multidimensionalitat del terme *insight*, característica principal que contempla la consciència sobre patir un trastorn, l'associació de símptomes a aquest, la consciència sobre les seves repercussions socials i sobre la necessitat de tractament.

Eysenck destaca la necessitat d'atorgar als trastorns un significat dimensional, on cada individu és diferent dins l'afectació d'un trastorn en concret. Els participants de l'estudi que ens ocupa, a través de l'entrevista, també han destacat la importància d'entendre l'*insight* com a un terme dinàmic, que varia dins un contínuum i on cada persona es situa dins d'uns nivells diferents de presa de consciència que cal tenir presents a l'hora de intervenir terapèuticament, tenint presents les diferències individuals i els canvis que pot patir la presa de consciència al llarg del trastorn en un mateix individu. Aquesta descripció que fan els professionals entrevistats sobre l'*insight* coincideix amb la recollida al marc conceptual: l'*insight* com a concepte dinàmic i multifactorial (Martínez, Moreno i Soriano, 2004).

A nivell personal, la multidimensionalitat de l'*insight* ha estat el terme més novedós per a mi. Crec que la dimensió de consciència de trastorn és la més important pel fet que possibilita desenvolupar les altres dimensions de l'*insight*. Aquesta dimensió, però, segons la meua perspectiva, es veu molt limitada per l'estigma que la societat imposa a les malalties mentals, que dificulta molts cops que la persona arribi a tenir un bon maneig, en totes les dimensions, del trastorn que pateix.



Els professionals entrevistats també refereixen una gran manca d'*insight* en els usuaris afectats amb trastorn esquizofrènic, coincidint amb aquesta afirmació amb el darrer estudi de la presa de consciència realitzat: al voltant d'un 60% de les persones que pateixen trastorn esquizofrènic tenen una falta d'*insight* entre moderada i greu.

Pel que fa a la comunicació del diagnòstic d'esquizofrènia a l'usuari afectat, en la recerca pràctica no s'hi ha aprofundit i no s'han obtingut informacions rellevants entorn al concepte. S'ha de tenir en compte, però, la necessitat de seguir un protocol en aquesta direcció (Buckman, 1984) i, així proporcionar a la persona i al seu entorn ajuda en termes de comprensió i bon maneig i del trastorn des de l'inici del contacte terapèutic.

En relació als elements del trastorn esquizofrènic que dificulten als individus a adquirir nivells òptims d'*insight*, segons la recerca conceptual, els més clars són la simptomatologia positiva i negativa, els dèficits cognitius i la clínica depressiva. Els entrevistats han destacat com a elements predisposants d'un baix *insight*: un coeficient intel·lectual baix, un entorn familiar disfuncional, el consum de tòxics, l'edat d'inici primerenca i l'estigma. En aquest punt, la recerca conceptual s'ha situat en descriure elements més aviat biològics derivats del trastorn, mentre que els professionals entrevistats han referit també elements de l'entorn de la persona.

Abelleira i Touriño (2009), expliquen que en quant a l'adherència al tractament no s'hi troben grans diferències entre els trastorns mentals i altres afectacions de la salut, sinó que un tractament de durada llarg i/o indefinida i complex és el que més dificulta aquesta adherència. Els professionals entrevistats han coincidit en dir que no troben diferències entre els usuaris amb trastorn esquizofrènic i altres tipus de trastorns mentals pel que fa a l'adherència al tractament, que en la majoria de casos presenta dificultats. Aquest fet pot tenir a veure amb la comuna i freqüent característica de tractament indefinit i/o complex.

Al llarg de les entrevistes als professionals, aquests destaquen també la importància del vincle en el tractament psicològic de l'individu amb esquizofrènia en general i en l'adherència al tractament en concret. Aquesta informació coincideix amb la recerca conceptual, on l'aliança terapèutica correlaciona de manera positiva amb els bons resultats terapèutics (Horvath i Symonds, 1991) i ajuda a millorar l'adherència al tractament (Bordin, 2007).

En quant a les eines d'avaluació i mesura de l'insight anomenades en l'apartat conceptual (ITAQ, SAI, SUMD i EICB), aquestes no s'han anomenat en la part pràctica donat a que no es tenia accés a individus proclius a la seva aplicació. Encara i així, podria haver-se preguntat als professionals entrevistats sobre el coneixement i utilització d'aquestes eines en la seva activitat professional.

Tant en la recerca conceptual com en la part pràctica en les entrevistes amb els professionals, es considera la necessitat d'una detecció precoç del trastorn esquizofrènic. Aquesta implicaria una disminució de la necessitat d'hospitalització, una recuperació més ràpida i una menor comorbiditat amb altres trastorns, així com una major conservació de les habilitats socials (Martínez Leal i cols., 2004). En aquest sentit, els professionals entrevistats expliquen la necessitat una detecció precoç en el pròdrom del trastorn. Alguns estudis realitzats per Yung i cols. (1996), prefereixen utilitzar el terme EMAR (Estat Mental d'Alt Risc) i no "pròdrom" considerada com a etapa precursora inequívoca del trastorn esquizofrènic. A nivell personal prefereixo el terme EMAR, ja que aquest no determina que la persona hagi d'estar "sentenciada" a un posterior trastorn o brot esquizofrènic, sinó que només defineix un alt risc que, vist d'aquesta manera, pot treballar-se abans de que es produeixi el possible trastorn per a que disminueixi el risc i arribar a nivell de normalitat sense que aquest acabi d'aparèixer mai. En general, crec és un terme del qual s'hauria de fer-ne més ús en l'àmbit de la salut mental.

Pel que fa a les limitacions de l'estudi, en primer lloc cal anomenar la dificultat de contacte de professionals especialitzats en trastorns esquizofrènics en l'àrea de salut mental. Per aquest motiu, la mostra de participants ha estat més aviat reduïda i s'ha optat per un estudi qualitatiu que aprofundeix en l'obtenció d'informació dels participants a través de l'entrevista semi-estructurada. Una de les limitacions més evidents, però, ha estat el procés de redacció del estudi que ens ocupa. Aquest ha estat limitat per qüestions personals que han dut a haver de realitzar una pausa en la realització del treball, fet que ha implicat haver de reprendre el projecte després d'un temps, allargant així el període d'elaboració del TFG des de la proposta inicial fins la presentació final.

En quan a aportacions de l'estudi a l'actualitat i, prenent com a referència el cas de l'estudiant agressor de l'institut Joan Fuster a Barcelona (abril 2015), es fa evident la necessitat d'una detecció precoç dels trastorns psicòtics en fases "prodròmiques" (o "EMAR's") per a evitar agressions auto i heteroagressives entre d'altres perills que suposa un trastorn sever. La identificació de conductes estranyes per part de familiars, però també de les institucionals mèdiques -com pot ser un metge de capçalera- implicaria una atenció primària en termes de salut mental que podria ajudar a l'individu i a l'entorn a prendre consciència de l'afectació i, per tant, suposaria un maneig molt més efectiu del trastorn present en l'individu evitant així arribar a situacions límit. En general, pel que fa a la conscienciació sobre la Salut Mental a Catalunya i a la resta de territori nacional, encara necessita molt desenvolupament.

D'aquest estudi, a més, s'ha generat un primer model de qüestionari de resposta tancada, sorgit a partir de la categorització de les respostes en varis ítems (annexos, pàg. 31) que podria ser aplicat a un col·lectiu més extens de professionals. Tenint en compte que el caràcter de la eina de recollida de dades seria més breu, per tant, suposaria una aplicació més fàcil degut a la disponibilitat de temps dels professionals que són diana d'estudi en aquest tipus de projecte.

Com a últim apunt, durant la redacció del treball s'ha evitat parlar de "pacient/s", substituint el terme per el "d'usuari/s" o "individu/s". Aquesta tendència més aviat personal, reflexa una visió de la salut on la persona afectada està implicada en el seu procés de millora de manera activa. En aquesta direcció, també s'ha procurat denominar a aquests usuaris o individus com a persones que pateixen esquizofrènia o trastorn esquizofrènic i mai com a "esquizofrènics", ja que personalment és un terme pejoratiu que estigmatitza a la persona encasellant-la només dins d'aquest trastorn, sense tenir en compte altres de les seves qualitats i aptituds.

## 7. CONCLUSIONS

- L' *insight* és una dimensió psicològica complexa, caracteritzada per els termes de dinamisme i la multidimensionalitat, que fluctua i canvia al llarg del procés o fases de la malaltia
- Convé tenir en consideració, per a l'abordatge psicoterapèutic, el nivell òptim d'*insight*. Un baix *insight* provoca un difícil maneig de la malaltia, però un *insight* massa desenvolupat pot provocar trastorn depressiu associat i perill de suïcidi.
- La intervenció farmacològica, es considerada imprescindible en l'inici del tractament per a les persones afectades d'esquizofrènia
- La qualitat del vincle entre usuari i professional i l'adherència al tractament, són les variables que més ajuden als usuaris a desenvolupar uns nivells d'*insight* òptims.
- La psicoeducació, es considera una estratègia d'intervenció psicològica que facilita el desenvolupament de la consciència de malaltia i de la seva simptomatologia associada.
- Donada la fluctuació característica de l'*insight* així com també la necessitat de control de medicació administrada, és important, un seguiment de la persona amb trastorn esquizofrènic almenys des de visites ambulatories a consultes externes per a controlar el seu estat mental.
- La família i/o l'entorn proper són pilars imprescindibles per a que la persona comenci a acudir als serveis de salut mental i, a partir d'aquí, adquireixi un bon *insight*. Podria dir-se que és el primer engranatge que ajuda a la persona a prendre consciència en totes les dimensions.
- A través de la informació obtinguda dels professionals sanitaris consultats, es constata la necessitat d'una atenció psicològica abans de que es doni el brot esquizofrènic, és a dir, en la seva fase "prodròmica". Per això es considera que la detecció precoç de l'esquizofrènia podria millorar l'adquisició d'un *insight* òptim. I per tant caldria que els usuaris sabessin identificar quins són aquests indicadors que marquen l'inici de la malaltia.

## 8. BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, p.p. 279-322.

BENGOECHEA, R.; GIL, D.; ARRIETA, M.; FERNÁNDEZ, M. M.; LASTRA, I.; SÁNCHEZ, R.; PRAT, R.; ARCE A.; ÁLVAREZ A. (2010) "Relación entre insight y otras variables clínicas en esquizofrenia". *Informaciones Psiquiátricas*, núm., 201.

BUSTILLO, J.R.; LAURIELLO, J.; HORAN, W.P.; KEITH, S.J.; (2001). "Actualización del tratamiento psicosocial de la esquizofrenia." *American Journal of Psychiatry*, vol. 4(2).

*Consenso español de expertos para recomendaciones de actuación en el tratamiento de la esquizofrenia* (2000). [en línea] Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría. <<http://www.p3-info.es/PDF/SEP.pdf>> [Última consulta: 6 abril, 2015]

CORBELLA, S.; BOTELLA, L. (2003). "La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación". *Anales de Psicología*, vol. 19, núm. 2, p.p. 205-221.

CORBETTA, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw Hill.

DESLAURIERS, J.P; LÓPEZ, R.E. (2011). "La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social". *Margen*, núm. 61.

ENCH, J.A, (2011). "Cognitive insight and clinical insight in schizophrenia". *Psychosis Research Section, Division of Psychiatry Oslo University Hospital*, p.p.13-24.

FRAGUAS, D.; PALACIOS, J. A. (2009). "Semiología de la esquizofrenia". *Jano*, núm 1.755.

GARCÍA, F. R. (1998). "La propuesta biopsico-social del ciudadano sano". *Psicología General y Aplicada*, núm. 51 (2), p.p 269-278.

*Guía de Práctica Clínica para la Atención al Paciente con Esquizofrenia*, [en línea], noviembre 2003  
<<http://www.cchaler.org/app/download/4077360160/Guia+Practica+Ezquizofrenia.pdf?t=1282918291>> [Última consulta: 7 abril, 2015], p.p. 18-56, 69-84.

*Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*, [en línea], març 2009, 1ª edició,  
<[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)> [Última consulta: 7 abril, 2015], p.p 41-101, 113-136.

GUTIÉRREZ, J. A.; VALERO, J.; CORTÉS, M. J.; LABAD, A.; OCHOA, S.; AHUIR, M.; CARLSON, J.; BERNARDO, M.; CAÑIZARES, S.; ESCARTIN, G.; CAÑETE, J.; GALLO, P.; SALAMERO, M. (2012). "Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) en Esquizofrénicos". *Actas Españolas de Psiquiatría*, núm. 40(1).

- JARNE, A.; TALARN, A. (2010). "Manual de psicopatología clínica". Dins: JARNE, A., *Trastornos esquizofrénicos*. Barcelona: Herder p.p. 391-452.
- LEÓN, O.G.; MONTERO, I. (2002). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: Mc Graw Hill, p.p. 137-176.
- MARTÍNEZ, R.; MORENO, B.; SORIANO, M .F. (2004). "Falta de insight en la esquizofrenia" *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, vol. 4, núm. 2. p.p 146-158.
- MUELA, J.A.; GODOY, J.F. (2001). "Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia". *Psicothema*, vol. 13, núm. 1, p.p 1-6.
- OBIOLS, J. (2001). *Una mente escindida. La esquizofrènia*. Barcelona: Oceano. p.p 92-115.
- PALMA, C.; FARRIOLS, N.; CEBRIÀ, A.; SEGURA, J. (2007). "La intervención motivacional en el tratamiento psicoterapéutico de la fase inicial de la esquizofrenia". *Papeles del psicólogo*, vol. 28, núm. 2, p.p. 127-135.
- PANADES R., (2002). "La rehabilitación neuropsicológica del paciente esquizofrénico [tesis doctoral]." Barcelona: Universitat de Barcelona.
- PITSCHER, G.; BÄUML, J.; BENDER, W.; ENGEL, R.R.; WAGNER, M.; KISSLING, W. (2006) "Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study". *Journal of clinical psychiatry*, núm. 67(3), p.p. 443-52.
- Publicación Oficial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial*, gener-deseembre 2009, vol. 6, núm. 1-2, p.p- 97-109.
- RUIZ, A. I.; POUSA, E.; DUÑÓ, R.; CROSAS, J.M.; CUPPA, S.; GARCÍA-RIBERA, C. (2008). "Adaptación al español de la escala de valoración de la no consciencia de trastorno mental (SUMD)". *Actas Españolas de Psiquiatría*, núm. 36(2).
- RUIZ-IRIONDO, M.; SALABERRIA, K.; ECHEBURÚA, E. (2013). "Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos". *Actas Españolas de Psiquiatría*, núm. 41(1).
- RÜSH, N.; CORRIGAN, P.W. (2002). "La Entrevista Motivacional para mejorar el insight y la adherencia al tratamiento en la esquizofrenia." *Psychiatric Rehabilitation Journal*, núm. 26 (1).
- VALLINA, O.; LEMOS, S.; FERNÁNDEZ, P. (2006). "Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis". *Apuntes de Psicología*, vol. 24, núm. 1-3, p.p.185-221.
- YUNG, A.R.; MCGORRY, P.D. (1996) "The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations". *Schizophrenia Bulletin*, núm. 22(2), p.p. 353-70.