

María José Muñoz Flores  
 Francesc Reverter Nolla  
 José Miguel Cebamanos Martín

Se plantea un programa de intervención en pacientes esquizofrénicos crónicos institucionalizados. El programa pretende: a) crear un ambiente agradable y sociable en unidades de larga estancia; b) potenciar el contacto de los pacientes con el entorno exterior; c) estimular el mantenimiento de la máxima autonomía personal, mediante una intervención terapéutica grupal, terapia ocupacional, actividades lúdicas y una intervención ambiental en las unidades. A pesar de la edad avanzada y el predominio de sintomatología negativa, un 37% de pacientes conservan niveles de funcionamiento y de autonomía adecuados en actividades de la vida diaria y un 6% son totalmente dependientes. La aplicación del programa ha demostrado la importancia de crear un ambiente de constante estimulación en las unidades de larga duración.

## 1. Introducción

Desde los inicios de la humanidad el término Esquizofrenia se ha relacionado al de *locura*. La primera descripción de esta enfermedad mental la realizó por Kraepelin (1896), quien la llamó *Dementia praecox* por su inicio precoz y su curso crónico. Posteriormente, Bleuler (1911) le dio el nombre actual. La Esquizofrenia es una enfermedad mental de origen desconocido. El término se refiere, fundamentalmente, a una serie de manifestaciones psicopatológicas que presentan un determinado curso temporal, y se diagnostica cuando se observan una serie de síntomas. Actualmente se distinguen dos grupos de sintomatología: la positiva (los comportamientos más expansivos de la enfermedad) y la negativa (las dificultades o pérdidas en el comportamiento).

Los síntomas positivos más frecuentes son: alteración en el contenido del pensamiento o delirio (una falsa creencia o idea que parece real a la persona que la padece), alteración del curso del pensamiento, alteración de la sensorio percepción o alucinaciones y alteración de la afectividad.

Los síntomas negativos más frecuentes son: dificultad de atención, insociabilidad, apatía, pobreza del lenguaje y pobreza afectiva.

Según si predominan unos síntomas u otros se describen diferentes tipos de esquizofrenia. La forma simple se caracteriza por la incapacidad de cumplir las exigencias de la vida social, una gran disminución en el rendimiento del sujeto y la presencia de comportamientos extravagantes. En la forma paranoide predominan las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas, es la forma más frecuente en todo el mundo. La forma hebefrénica se caracteriza por la tendencia al aislamiento, la afectividad acostumbra a ser muy superficial e inadecuada, el pensamiento está desorganizado y el lenguaje

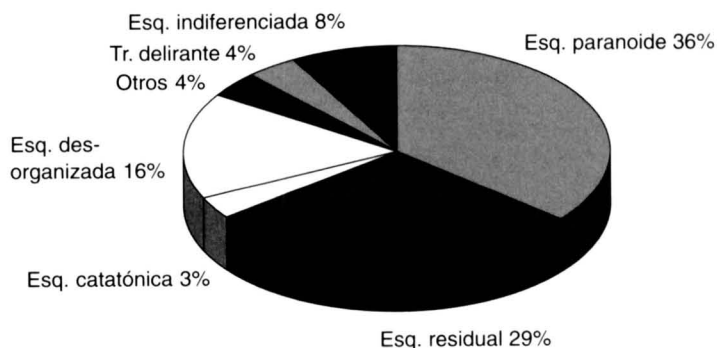
**La  
 Esquizofrenia  
 es una enfer-  
 medad mental  
 de origen  
 desconocido**

puede ser inconexo. Por último, la característica esencial de la forma catatónica es la presencia de trastornos psicomotrices graves, esta forma prácticamente ha desaparecido en el mundo civilizado.

Esta enfermedad aparece en la adolescencia y tiene una evolución crónica, con tendencia al deterioro psíquico. Las manifestaciones de la Esquizofrenia en la vejez están poco estudiadas. Davidson y Cols (1995) estudiaron 308 pacientes esquizofrénicos geriátricos institucionalizados y concluyeron que los pacientes de mayor edad presentan más síntomas negativos, disminuyen los positivos y todos los pacientes crónicos presentan deterioro cognitivo más grave cuanto mayor sea su edad.

Las dos unidades psiquiátricas de larga duración que se describen se hallan en el Complejo Asistencial de Salud Mental "Benito Menni" de Sant Boi de Llobregat y acogen un total de 147 pacientes esquizofrénicas crónicas, todas del sexo femenino porque el hospital tan sólo acogía mujeres hasta el inicio de la sectorización de la asistencia en salud mental (Arranz, T. 1996). La media de edad de las pacientes es de 68 años, y la media de años de estancia en el hospital es de 31 años. El 84% son solteras y casi no conservan vínculos familiares y/o sociales. El 89% están domiciliadas en el hospital.

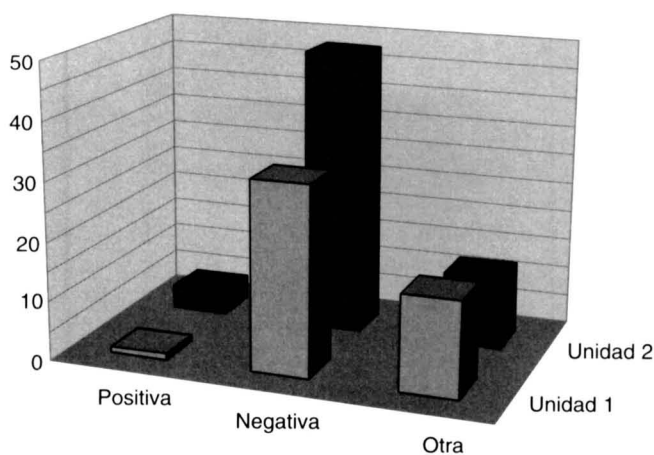
Respecto a los diagnósticos psiquiátricos casi la totalidad de las pacientes tienen diagnosticada Esquizofrenia, mayoritariamente residual o paranoide (ver figura 1). Respecto al tipo de sintomatología predomina la negativa (allanamiento afectivo, abulia, anhedonia, pobreza de lenguaje...), según la evaluación realizada mediante la escala Panss (Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia, Peralta Y Cuesta, 1994).



**Fig. 1. Diagnósticos**

El predominio de los síntomas negativos y los largos años de institucionalización configuran un cuadro muy característico en este tipo de pacientes, definido por la apatía, falta de iniciativa, pérdida de interés, sumisión, incapacidad de expresar sentimientos. Además hay que destacar que al tratarse de una población psiquiátrica envejecida es muy frecuente la asociación de otras patologías orgánicas: en las unidades un 81% de las pacientes padecen afectaciones orgánicas que requieren cuidado y seguimiento por parte del equipo asistencial (ver fig. 3).

En relación a las actividades de la vida diaria, un 7% de las pacientes son completamente autónomas, un 62% necesita supervisión en la realización de las actividades más básicas (aseo personal, vestirse, alimentación...) y un 31% son completamente dependientes.

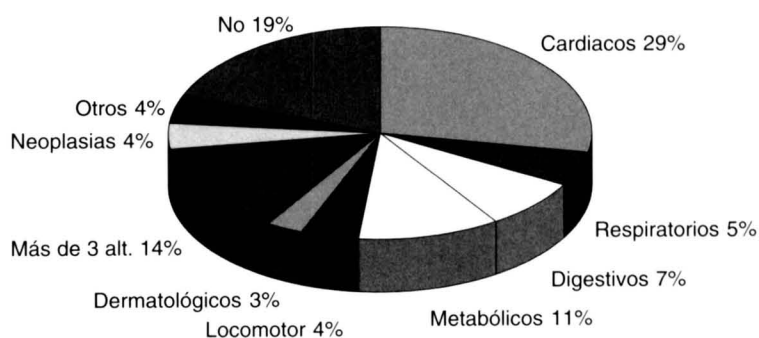


**Fig. 2. Tipo de sintomatología**

## 2. Objetivos generales

En las unidades de larga estancia se buscaba un ambiente agradable y sociable que permitiera un trato amable y reforzante hacia las pacientes que, además de cubrir las necesidades básicas (alimentación, higiene...), pueda atender las necesidades psicológicas (sentimientos, afecto...).

El programa de intervención también se proponía estimular la conservación de la máxima autonomía personal y el contacto de las pacientes con el entorno.



**Fig. 3. Patologías orgánicas**

### 3. Método

La acometida terapéutica en pacientes de larga estancia se realiza en base a diferentes procedimientos de intervención con el fin de alcanzar los objetivos anteriores. En la planificación y desarrollo del programa de intervención participa todo el equipo multidisciplinar.

El programa incluye atención individualizada, intervención grupal, tareas ocupacionales, actividades intra y extrahospitalarias, y intervención ambiental en las unidades.

Desde un principio en la institución se han desarrollado diversas tareas ocupacionales que han permitido mantener un alto nivel de ocupación a un gran número de pacientes mayores.

Vista la cantidad de pacientes de las unidades y, a la vez, la heterogeneidad de sus estados psicopatológicos y orgánicos, se decidió realizar una intervención grupal diversificada.

De esta forma las pacientes con trastornos psicóticos crónicos se benefician más de técnicas grupales de consejo centradas en las actividades de la vida diaria y en la socialización (Guimón, 1995). En las instituciones el trabajo grupal es útil para mejorar la relación entre el paciente y quien cuida de él.

**Metodología de los grupos terapéuticos** (Rebolledo, Lobato, 1998):

- Crear un ambiente de grupo gratificante, con el uso del buen humor y el refuerzo social; canalizando los liderazgos en favor del objetivo grupal.

- Fomentar la participación intensiva de todo el grupo usando los nombres propios de los pacientes y pidiendo su interacción; una atmósfera segura y nada amenazadora con refuerzo positivo, sin castigo y con una percepción selectiva sobre los aspectos más ventajosos o positivos de una situación.

- Progresivo nivel de exigencia de la actividad, usando el modelaje o la aproximación sucesiva a la meta como metodología.

- Iniciar las sesiones recordando los objetivos del grupo. En cada sesión hay que dedicar un tiempo a verbalizar las metas que, según el plan individualizado de rehabilitación, han de alcanzarse.

- Centrar la atención de los asistentes en el tema o en los ejercicios propios de la actividad durante toda la sesión. No se debe permitir la introducción extensiva de otras problemáticas. Si se produce la interrupción por temas distintos hay que dirigir a los pacientes hacia otro personal y en otro momento.

- Utilizar rutinas y normas claras que permitan identificar la actividad, como empezar las sesiones siempre a la hora exacta.

Paralelamente se consideró necesario implantar un programa de actividades intra y extrahospitalario que permitiera reducir los síntomas negativos, fomentar el establecimiento de relaciones sociales y mejorar la autoestima en pacientes institucionalizadas.

La aplicación del programa grupal y los resultados que se presentan corresponden al período comprendido entre octubre de 1995 y junio de 1996. Las sesiones grupales se realizan semanalmente y tienen una duración de unos 45 minutos cada una. El programa de actividades se sigue sin interrupción en relación con los acontecimientos sociales y tradiciones de nuestro entorno.

## 4. Actividades

### 4.1 Grupos terapéuticos

Las pacientes crónicas institucionalizadas pueden diferenciarse, además de por su psicopatología, por su estado cognitivo y por su nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria. Por consiguiente se decidió instaurar una intervención grupal diferenciada:

Por un lado, las pacientes que conservan una adecuada autonomía personal, a quienes no se aprecia un gran deterioro cognitivo y tienen contacto con el exterior de la institución participan en los grupos terapéuticos de tertulia, habilidades sociales, taller creativo y hábitos de salud.

Por el otro, las pacientes con un predominio de sintomatología negativa, un gran deterioro cognoscitivo y una autonomía personal limitada, participan en los grupos terapéuticos de **orientación a la realidad, expresión corporal y musicoterapia**.

#### 4.1.1 Tertulia

Se potencia la comunicación verbal entre las pacientes y se fomenta el interés por los acontecimientos de su entorno inmediato y del exterior, se estimula algunas áreas cognitivas y se crea un espacio de libre expresión de sentimientos, ideas y emociones.

Las sesiones se estructuran de forma que se sitúen en el espacio y el tiempo, se informen de noticias y de acontecimientos importantes y se intente establecer un diálogo con todos los miembros. Se elaboran aportaciones para la revista del hospital.

#### 4.1.2 Habilidades sociales

Se pretende la mejora de los comportamientos problemáticos que dificultan de forma general las relaciones sociales de la paciente, la mejora de sus habilidades de conversación y se las entrena para situaciones sociales específicas.

El programa se divide en dos tipos de sesiones:

- **Sesiones de entrenamiento en el centro:** Se llevarán a cabo a través de la técnica de resolución de problemas que permite una mayor participación

de los usuarios y una reflexión en grupo sobre soluciones a situaciones y conflictos sociales. Se utilizarán también los ensayos de *role playing*. Incluyen aspectos como el entrenamiento de situaciones específicas de cada usuario, sesiones de preparación de los entrenamientos en situaciones naturales, entrenamiento de topografías generales inadecuadas, sesiones de revisión de los entrenamientos en el medio natural.

• **Sesiones de entrenamiento en situaciones naturales:** Son primordiales los entrenamientos en el medio y hay que realizar algunas sesiones en vivo, en las que cada usuario tenga tareas asignadas en función de sus problemas específicos.

En estas sesiones se utilizarán **actividades lúdicas** (excursiones, actividades deportivas, visitas a lugares de interés...) como vehículo para la práctica de toda una gama de conductas sociales con el fin de aumentar y mejorar la calidad de las redes sociales (aprender comportamientos adecuados en situaciones lúdicas, en conversaciones, en el trato con amigos y compañeros...).

Los contenidos del programa se basan en:

- Topografías básicas moleculares: utilización de la mirada, gestos, tono y volumen de la voz, etc.

- Topografías básicas molares: la conversación (iniciar conversaciones, cambiar de tema, cerrar la conversación, cortar o abandonar la interacción).

- La asertividad: aumentar la información, esclarecer situaciones en relaciones interpersonales, pedir información en contextos neutros y otros tipos de habilidades sociales instrumentales dirigidas a resolver problemas, obtener objetos... (trato en taquillas, compras, pedir consumiciones, etc...). Pedir un cambio y mostrar discrepancias. Demostrar emociones: hacer cumplidos, recibirlos, mostrar acuerdos... Negarse a peticiones. Incrementar relaciones.

- Autocontrol. Habilidades alternativas a la agresión.

#### 4.1.3 Hábitos de salud

Visto el alto porcentaje de afectaciones orgánicas se lleva a término una intervención grupal en pacientes esquizofrénicas con problemas de hipertensión, de diabetes, de exceso de peso y/o otras complicaciones de su estado general de salud.

**Se pretende  
informar y  
practicar hábi-  
tos saludables**

Se pretende informar y practicar hábitos saludables y comportamientos adecuados de acuerdo con su afectación orgánica y estimular la práctica del ejercicio físico (paseos y grupos de fisioterapia, etc.) y a la vez mantener un control del consumo de calorías. En la evaluación inicial se mide el peso y la talla de cada persona, se hace la estimación de la actividad física diaria y de las calorías que ingiere para hacer un seguimiento quincenal.



En cada sesión el terapeuta explica un tema relacionado con la salud, apoyando sus explicaciones con fotos, dibujos, listas de alimentos, etc. Es importante explicar pocas ideas con muchos ejemplos hasta asegurarnos que el grupo las ha captado. Los miembros del grupo no tienen que aprender los temas sino adoptar comportamientos saludables y adecuados. También hay que relacionar la idea explicada con experiencias personales, estimulando la participación del grupo.

Como ejemplos, en el tema del *sobrepeso*, puede preguntarse: *¿Des de cuando está obesa? ¿Ha hecho alguna vez dieta?* En el tema de *alteraciones asociadas*: *¿Tiene diabetes, colesterol? ¿Le cuesta mucho moverse? ¿Le cuesta respirar?* En el tema de la *alimentación* puede preguntarse por sus preferencias alimenticias, tipos de alimentos, como elaborar un menú, etc.

#### **4.1.4 Taller creativo**

Se pretende activar, dinamizar y desarrollar una serie de capacidades y actitudes en la paciente que le permitan combatir su sentimiento de incapacidad física y emocional; estimular el mantenimiento de la coordinación visomotriz y, en general, de toda la psicomotricidad fina; y favorecer la orientación en el tiempo y el espacio, realizando trabajos manuales relacionados con las tradiciones de nuestra cultura.

En cada unidad se efectúan diferentes actividades manuales, según las características de las pacientes. Además se preparan trabajos para las distintas festividades, en Navidad se hace el Belén, en Carnaval los disfraces, etc.



#### 4.1.5 Orientación a la realidad

Se quiere estimular la verbalización y la interacción entre los miembros del grupo, favorecer la orientación en el tiempo y el espacio, la memoria y el conocimiento de datos personales.

En las sesiones terapéuticas se facilita información detallada del día, la fecha, la hora, el lugar, las personas presentes... También se recuerdan datos personales; constelación familiar, nombres de los familiares, lugar y fecha de nacimiento... Es importante situarse en el tiempo comentando los acontecimientos importantes, las fechas importantes para ellas, explicando festividades, etc. Se estimula el conocimiento, la verbalización y la interacción entre los miembros del grupo y la integración en la vida comunitaria del centro.

Por ejemplo, cuando se estimula la memoria con el recuerdo de hechos pasados de los miembros del grupo, los temas más frecuentes son la familia: padres, hermanos..., lugar de nacimiento, donde viven; el trabajo: cuando eran jóvenes, si han trabajado, a qué se dedicaban sus padres, trabajos del campo, costura; actividades que les gustaban: oír música, salir a pasear; la guerra civil: si tienen edad recuerdan perfectamente los acontecimientos sucedidos, describen cómo se sentían; *cosas pendientes*: cosas que no han hecho y que les hubiera gustado realizar.

#### 4.1.6 Musicoterapia

Se pretende captar la atención de la paciente y, si es posible, su participación activa. Se trata de favorecer una situación agradable y placentera que permita algún tipo de reacción y estimule los sentidos.

Se trabaja con diferentes técnicas: la audición musical (vals, tango, pasodoble, bandas sonoras, etc.); la orientación en el espacio y el tiempo, que trabaja la memoria y las relaciones que establecen con aquellas músicas; técnicas de activación (cogerse de las manos en círculo, presentarse por su nombre, invitar a participar con los movimientos, ritmos...); técnicas complementarias: respiración, potenciación sensitiva, etc.



## 4.2 Programa de actividades

Se organizan las siguientes actividades:

- Salidas por el pueblo en compañía de personal asistencial, para estimular la autonomía personal. Se hacen compras, gestiones bancarias, comidas en restaurantes, se utilizan transportes, etc.
- Celebraciones en el hospital con el fin de festejar las tradiciones de nuestra cultura y estimular aspectos cognitivos con la memoria remota y la orientación en el espacio y el tiempo; potenciar las relaciones sociales y el cuidado de su aspecto personal.
- Excursiones, de medio día o de un día entero, a centros de interés. Se asiste a algunos espectáculos, museos, cines, etc.
- Esporádicamente las pacientes más autónomas y en mejor estado de salud van a residencias geriátricas donde conviven con otras personas y se observa su capacidad de adaptación a un medio normalizado.

## 4.3 Actividades ocupacionales

Las actividades ocupacionales que realizan las pacientes van desde algunas tareas domésticas o de laboroterapia hasta la colaboración en otros servicios del hospital, como el taller de costura, la iglesia, la lavandería, etc.

## 4.4 Intervención ambiental

Se decidió realizar una intervención que permitiera crear un ambiente agradable y sociable. En la **decoración** de las unidades se habilitó un espacio para la información de los grupos, se colgaron fotografías de las diferentes actividades, carteles informativos de los acontecimientos, horarios, etc.

También se introdujo un **calendario** que, además del día, mes y año, informa de las fechas más señaladas, los aniversarios y santos. Cada paciente se responsabiliza de actualizar y leer el calendario semanalmente. Esta actividad se complementa con la actividad del **Buenos Días**, llevada a cabo por el personal sanitario, con la que se informa de las diferentes actividades y/o acontecimientos del día.

Finalmente se celebra una asamblea general semanal, en la que participan todas las pacientes y el equipo terapéutico. Este encuentro permite transmitir toda la información importante, expresar opiniones, preferencias, sentimientos...

## 5. Resultados

con el objetivo de obtener una visión general del funcionamiento y comportamiento de las pacientes en los grupos terapéuticos, se pasó a una escala tipo Likert (1 a 3, de más a menos) que pretendía evaluar su funcionamiento en las siguientes áreas: capacidades cognitivas, relación social y autonomía. El mes de junio de 1996, los terapeutas evaluaron un total de 79 pacientes en sus respectivos grupos. A continuación se describe la evaluación cualitativa y los resultados.

### Capacidades cognitivas:

■ **Orientación:** Un 39% se orientan en el tiempo y el espacio y conocen sus datos personales; el 57% presentan signos de confusión, no recuerdan algunos datos; y el 4% están completamente desorientadas.

■ **Atención:** Un 36% no presenta dificultades significativas; el 57% necesita algún tipo de estimulación para mantenerla; y el 7% presenta grandes dificultades.

■ **Concentración:** Un 39% son capaces de concentrarse y realizar tareas de grupo sin dificultad; el 54% necesitan ser estimuladas continuamente; y el 7% es incapaz de concentrarse y realizar alguna tarea de grupo.

■ **Memoria:** En un 29% no se aprecian alteraciones importantes; el 46% no recuerda algunos hechos o información, se observa cierta confusión; y el 25% presenta una gran confusión, mezcla hechos recientes con pasados, no recuerda datos importantes.

■ **Expresión oral:** Un 39% presenta una expresión verbal fluida y gramaticalmente correcta; el 43% presenta una expresión verbal lenta y con gran pobreza de léxico; y el 18% sólo se expresa con monosílabos, respuestas automáticas o con gestos.

■ **Comprensión oral:** Un 60% presenta una adecuada comprensión oral; el 36% sólo comprende frases o órdenes simples; y el 4% presenta dificultad para comunicarse, no entiende.

■ **Formulación de ideas:** Un 25% presenta una capacidad de ideación adecuada; el 68% elabora ideas de forma irregular, muy lentamente o se queda en blanco; y el 7% presenta una ideación extraña, incoherente.

### **Relación social:**

■ **Interés:** Un 36% se interesa por diferentes actividades y participa activamente; el 61% coopera de forma pasiva, tiene poca iniciativa; y el 3% no quiere participar en las actividades de grupo.

■ **Integración:** Un 32% se relaciona de forma espontánea; el 57% presenta dificultades para relacionarse; y el 11% no se relaciona con sus compañeras.

■ **Estado de ánimo:** Un 37% presenta un estado de ánimo estable; el 49% a veces se muestra inestable; y el 14% frecuentemente muestra un humor alterado y reacciona con irritabilidad y/o agresividad.

### **Área de autonomía:**

■ **Puntualidad:** Un 71% suele llegar puntualmente a las diferentes actividades; el 25% a veces no asiste a las actividades propuestas; y el 4% con frecuencia no asiste a ellas.

■ **Rendimiento:** Un 45% se esfuerza y realiza las diferentes actividades; al 43% de las veces le cuesta o no las realiza; y el 12% no las realiza.

■ **Satisfacción:** Un 63% presenta signos de bienestar y satisfacción en el grupo; el 29% no suele demostrarlo; y el 8% nunca lo demuestra.

### **Tareas ocupacionales:**

Las diferentes actividades ocupacionales en las unidades son las siguientes:

■ **Unidad 1:** Un 5% de pacientes (4) es responsable de las tareas domésticas de la unidad; el 26% (20) hace trabajos de laboroterapia; y el 18% (14) realiza actividades en diferentes servicios del Hospital.

■ **Unidad 2:** Un 55% de pacientes (35) trabajan en diferentes secciones de lavandería; el 8% (5) trabajan en el taller de costura; y el 6% (4) realizan actividades en diferentes servicios del Hospital.

## 6. Conclusiones

En las dos unidades de larga duración donde se ha desarrollado el **Programa de estimulación y mantenimiento de habilidades**, se ha observado que aproximadamente la mitad de las pacientes de edad avanzada realiza alguna actividad ocupacional y de éstas un 37% son completamente autónomas. Por el contrario, un 6% de pacientes son totalmente dependientes en las actividades de la vida diaria y necesitan supervisión continua. Hay que remarcar que, a pesar de la edad avanzada y gran predominio de sintomatología negativa, estas pacientes conservan adecuados niveles de funcionamiento.

La mayoría de las pacientes han incorporado el programa de grupos terapéuticos y de actividades lúdicas como rutinas habituales en las unidades. Tan sólo un 9% presentó serias dificultades para integrarse en este tipo de tareas. No obstante, sólo la mitad de las pacientes se interesa y participa activamente, la otra mitad suele cooperar muy pasivamente.

Cuando se valora la relación entre las pacientes, menos de la mitad se relaciona espontáneamente, en la mayoría de los casos se necesita la mediación de un profesional. Con el programa se ha conseguido aumentar la capacidad de contacto verbal y físico entre ellas, favoreciendo agradables momentos de relación mediante el juego, la expresión, la conversación, el contraste de pareceres, etc. A la vez, tal y como demuestran otros estudios (Rebolledo, S. Y Lobato, M.J., 1996), se ha enriquecido la relación cuidador-paciente: por un lado el cuidador ejerce otro tipo de funciones más pedagógicas y por otro, la paciente percibe al cuidador desde otra óptica, no sólo como un dispensador de curas.

Las actividades lúdicas desarrolladas han permitido incrementar de forma considerable la relación de las pacientes con el entorno externo y, aunque se caracterizan por una gran inhibición, se ha estimulado la orientación social.

**Son necesarias intervenciones más globalizadoras**

Con la implantación de este programa se constata la idea de que, en este tipo de pacientes, al igual que en otras patologías que requieren largo tiempo de internamiento, además de los tratamientos individuales son necesarias intervenciones más globalizadoras que contemplen aspectos sociales, lúdicos y ocupacionales, ya que además de las características más residenciales generan mucho tiempo libre, aislamiento y soledad (Requejo, A., 1996). Este tipo de intervención permite estimular la máxima autonomía personal y el bienestar de las pacientes crónicas institucionalizadas.

María José Muñoz Flores

Francesc Reverter Nolla

José Miguel Cebamanos Martín

Complejo Asistencial Salud Mental Benito Menni. Sant Boi.

---

## Bibliografía

- **Arranz, T.** (1996) *Del internamiento a la Psiquiatría comunitaria*. H.H.S.C.J. Sant Boi de Llobregat.
- **Baines, S; Saxby, P. I Ehlert, K.** (1987) *Reality Orientation and Reminiscence Therapy: A Controlled Cross-Over Study of Elderly Confused People*. British Journal of Psychiatry. 151, 222-231.
- **Benenson, R.** (1995) *Manual de musicoterapia*. Ed. Paidós Educador, Barcelona.
- **Birchwood, M I Tarrrier, N.** (1995) *El tratamiento psicológico de la Esquizofrenia*. Ed. Ariel Psicología, Barcelona.
- **Cuesta, M I Peralta, V.** (1994) *Validación de la escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles*. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines.
- **Davidson, M et al.** (1995) *Severity of Symptoms in Chronically Institutionalized Geriatric Schizophrenic Patients*. Am J Psychiatry; 152: 197-207.
- **Guimón, J.** (1995) *Psicoterapia de grupo en pacientes psicogerítricos*. Informaciones Psiquiátricas. 142, 4, 467-473.
- **Mañós, Q.** (1996) *Animació estimulativa per a gent gran discapacitada*. Ed. Pleniluni. Coll. Animació Sociocultural. Barcelona.
- **Rebolledo, S i Lobató, M.J.** (1996) *Actividades de orientación a la realidad en unidades psiquiátricas de larga estancia*. Informaciones psiquiátricas, 145, 3, 225-238, Sant Boi.
- **Zurbano, M.J.; Santa Coloma, M.; López, A.** (1985) *Grupo de movilización en enfermos psíquicos de larga estancia*. Psiquis, vol. VI, 49-56.