El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años

Rosa Díaz-Martínez*
Ma. Luisa Rascón**
Marcelo Valencia**
Claudia Unikel**
Esther Murow**
Daniela Rascón**
Clarisa Leaños**
Héctor Ortega**

Summary

This paper shows the results of the first phase follow-up study during one and two years considering some of the findings in the sub-projects, related to the proposed objectives in a quasi-experimental study on the rehabilitation of psychiatric schizophrenic outpatients. The general objectives of this project were: keeping their clinic stability, improving their psychosocial functioning, their daily performance and the functioning of their families. The methodology employed has been describes in other publications. The instruments used in this analysis were: The Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI), the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS), the DiMascio's Extrapiramidal Symptoms Scale, the Daily Performance Scale, the Assessment and Following Questionnaire, Music/Activity Intake Assessment for Psychiatric Patients. Family evaluation was made through the CIDI, the Five Minute Speech Sample (FMSS), which evaluates the expressed emotion (EE), and the SBAS, which assesses the patient behavior through the responsible relative. In the following year, patients of the experimental group had 9.5 % relapses compared to 26.6 % of the control patients. On the other hand, the patients of the experimental group had 0 % relapses with hospitalizations when compared to 6.6 % of the control patients. During the second year, relapses in the experimental group were 4.7 %, and 33.3 % in the control group, while relapses with hospitalization were 4.7 % in the experimental patients, and 13.3 % in the control patients. The achieved daily performance in the experimental group at the end of the treatment did not show significant changes after one year. In conclusion, the program is efficient for the rehabilitation of schizophrenic patients, and for their relatives, not only at the end of the treatment, but two years after.

Key words: Schizophrenia, rehabilitation, interdisciplinary management.

*Jefe del Departamento de Estudios Clínicos Especiales. Investigadora responsable del Proyecto para el Estudio, Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico. División de Servicios Clínicos. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, S. Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F.

* Investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Resumen

Se presentan los resultados complementarios y los resultados de uno y dos años del seguimiento de la primera fase, en los que se consideraron algunos de los hallazgos de los subproyectos que tuvieron relación con los objetivos propuestos en un estudio quasi-experimental para la rehabilitación de pacientes psiquiátricos de la consulta externa con diagnóstico principal de esquizofrenia, de acuerdo al DSM-IV y CIE-10. Los objetivos generales del proyecto fueron mantener la estabilidad en el cuadro clínico, mejorar el funcionamiento psicosocial, el desempeño cotidiano, y el funcionamiento familiar de los pacientes. La metodología empleada ha sido descrita en otras publicaciones. Los instrumentos utilizados para el presente análisis son: La Cédula de Entrevista Diagnóstica Internacional (CIDI); la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), la Escala de Síntomas Extrapiramidales de DiMascio, la Escala de Desempeño Cotidiano, la Escala de Funcionamiento Psicosocial, la Escala de Valoración Global, el Cuestionario de Evaluación y Seguimiento, y *Music/Activity Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients*. Para evaluar a la familia se utilizó la CIDI, la FMSS "muestra de conversación de cinco minutos", donde se evalúa la emoción expresada (EE), y el SBAS* para evaluar la conducta del paciente por medio del familiar responsable. En el primer año de seguimiento, los pacientes del grupo experimental tuvieron 9.5 % de recaídas frente a 26.6 % de los controles. Por su parte los pacientes del grupo experimental tuvieron 0 % de rehospitalizaciones en comparación con 6.6 % de los pacientes controles. Durante el segundo año de seguimiento, las recaídas para los del grupo experimental fue de 4.7 % y 33.3 % para los controles, mientras que las rehospitalizaciones fueron 4.7 % para los experimentales y 13.3 % para los controles. Los logros alcanzados en el desempeño cotidiano del grupo experimental al final del tratamiento no mostraron cambios significativos después de un año. En conclusión este programa demostró su eficacia en la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos y sus familiares, no sólo al finalizar el tratamiento, sino dos años después.

Palabras clave: Rehabilitación en esquizofrenia, manejo integral.

*SBAS = Cédula de evaluación de la conducta del paciente.

Introducción

La esquizofrenia* tiene una prevalencia a nivel mundial de aproximadamente 1 % (1,37). En México, se estima que una tercera parte de los pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas padecen de esquizofrenia (7,8,12,20,31). Se predice que para el año 2 000, la población afectada por la esquizofrenia en México será aproximadamente de 664 mil personas (51).

Los costos económicos, personales y sociales de la enfermedad mental severa son extraordinariamente altos. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ocupan 25 % de las camas hospitalarias y constituyen 45 % de los que requieren cuidado estrecho a largo plazo (55).

La multifactorialidad en su origen y la variabilidad de las manifestaciones de la esquizofrenia, así como la gran incapacidad que genera, además del alto costo tanto emocional como económico de la enfermedad para la familia y la sociedad, hacen necesario que se brinde atención especial a este grave trastorno (Talbott, 1990).

En los últimos tiempos se ha hecho evidente la relación que hay entre la esquizofrenia y otros factores como la sociocultura. Estudios como los de Cabrero (1993), ponen de manifiesto el costo o la tensión que origina la estigmatización, los temores a las conductas impredecibles, la pérdida de vínculos sociales, el descuido de necesidades, la sobrepreocupación del familiar que atiende al paciente y las consecuencias económicas que provocan niveles altos de estrés y desesperanza en los integrantes de la familia.

Al mismo tiempo, los avances en la investigación de la esquizofrenia dieron origen al modelo etiológico de la vulnerabilidad y el estrés (26, 33). Según ese modelo teórico, la predisposición genética y el desequilibrio neuroquímico, junto a los factores anteriores, incrementan la vulnerabilidad de las personas para el desarrollo de la esquizofrenia. Por el contrario, factores como un medio ambiente bajo en estrés y con altos niveles de apoyo emocional y material, influyen de manera positiva en el curso de este trastorno mental. Podemos inferir, de acuerdo a esos planteamientos, que las influencias negativas aumentan las probabilidades de que surja la esquizofrenia pero se puede combatir con factores preventivos.

Actualmente el mejorar la calidad de la atención de los enfermos mentales crónicos, así como una mayor participación de las familias y la sociedad son uno de los mayores retos que tiene la psiquiatría y los demás especialistas de la salud mental de todos los países (3, 4,6,10,11,13,16,18,19,21,22,28,34,36,38,42,44,45, 49,51). De manera general la propuesta recomendada a partir de estas premisas es la rehabilitación y el manejo integral del paciente esquizofrénico.*

A partir de 1994 se ha llevado a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría un programa para efectuar la rehabilitación integral del paciente esquizofrénico. Hasta el momento, el programa se ha aplicado a dos grupos de pacientes y se encuentra en etapa inicial el tercero. El primer grupo estuvo constituido al inicio por 50 pacientes, tuvo una duración de 28 meses y concluyó en 1996. En 1997 se iniciaron los trabajos con el segundo grupo, que estuvo integrado por 55 pacientes y tuvo una duración de 15 meses. El tercer grupo estará formado por 80 pacientes, divididos por igual en controles y experimentales.

Se trata de un programa psicoterapéutico para aplicar estrategias de rehabilitación con sustento en la investigación científica. De esta forma, se cumple con los objetivos y las metas de un proyecto completo de rehabilitación integral, proporcionando además los métodos de evaluación.

Cada etapa se ha basado en un protocolo general cuya parte central es la evaluación total de las actividades de rehabilitación y de 9 subproyectos que investigan diferentes tópicos en el área del diagnóstico, la clínica y la rehabilitación.

Los resultados del primer grupo ya han sido publicados (5,14,15,35,39,40,41,52,53,54) y muestran en primer término que los instrumentos utilizados para evaluar las estrategias psicoterapéuticas resultaron ser efectivas y confiables, a excepción de las que se emplearon para evaluar las áreas de psicoterapia (de grupo e individual) y las terapias de arte. Por otra parte, la mayoría de las estrategias terapéuticas resultaron ser eficaces para disminuir el índice de hospitalización, para mantener la estabilidad en el cuadro clínico, para mejorar el funcionamiento familiar y psicosocial, así como para un mejor desempeño cotidiano del paciente, con resultados estadísticamente significativos.

Este primer estudio sirvió como base para modificar la metodología en algunas áreas y en el programa de rehabilitación del segundo grupo. Estos serán presentados en futuras publicaciones.

** La esquizofrenia es una enfermedad mental, generalmente crónica, progresiva y que provoca deterioro en los procesos de adaptación psicológica individual, familiar, laboral y social, en la que se han documentado anormalidades en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognoscitivos, que se caracteriza por un cortejo sintomático muy variado, que incluye: a) síntomas positivos como las alteraciones del pensamiento (delirios o ideas delirantes), del lenguaje, de la sensopercepción (ilusiones, alucinaciones), del juicio (pérdida total o parcial del contacto con la realidad) y de la función motora (manerismos y estereotipias) y b) síntomas negativos (son los que conducen al deterioro) como son los defectos de socialización, los trastornos del afecto y la improductividad; el afán de producir, de generar, de crear, suele estar ausente en los pacientes esquizofrénicos que muestran escaso o nulo interés por cualquier tarea, tornándose de manera progresiva en improductivos. Existe un nexo muy claro entre esta improductividad, las características de su vida afectiva y sus motivaciones, que junto con sus defectos de socialización suelen dar el cuadro clínico típico (10).*

La evolución de la enfermedad tiene las siguientes características: la mayor parte de los enfermos expresan síntomas después de los 15 y antes de los 30 años de edad, sin embargo, la edad más frecuente para el inicio coincide con el término de la adolescencia y el inicio de la vida adulta; el principio puede ser lento, paulatino e insidioso, la evolución puede presentar variaciones muy importantes, en términos generales conduce al deterioro psicológico y social, es progresiva, evoluciona por brotes de síntomas positivos que alternan con periodos sin ellos, pero con una acentuada sintomatología negativa. A cada brote seguirán signos de deterioro más evidentes que en condiciones extremas conducen a un síndrome negativo severo (1,2,10,26,32,39).

**De la Fuente R, Díaz MR: Proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico. Documento interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993.*

Objetivo general

Evaluar la eficacia de un programa de tratamiento y rehabilitación integral en pacientes esquizofrénicos de consulta externa a través de varias etapas (hasta el momento dos concluidas y una por iniciar, ya que se trata de un proyecto a largo plazo).

Metas del estudio

a) Controlar la sintomatología psiquiátrica; b) Reducir las incapacidades del paciente y su familia; y c) Aprovechar al máximo las partes funcionales de los pacientes.

Material y método

Es un estudio con diseño quasi-experimental, pretest-postest, prospectivo, de comparación entre dos grupos (experimental y control). El grupo control recibe la atención psiquiátrica habitual y el grupo experimental, además de ésta, asiste a un programa de intervenciones rehabilitatorias múltiples de la consulta externa.

Aparte de las actividades meramente rehabilitatorias, se cubren áreas de estudio y se evalúan las estrategias empleadas con la finalidad de conocer mejor cuáles pueden ser las actividades, o la combinación de las mismas, de mayor eficacia para rehabilitar al paciente esquizofrénico.

Sujetos de la primera etapa

La muestra fue no probabilística de 50 sujetos, se obtuvo de manera secuencial a través de la consulta externa. Los primeros 25 sujetos fueron asignados al grupo experimental, y los 25 restantes, al grupo control. Al finalizar el estudio, el grupo experimental constaba de 21 sujetos y el grupo control de 17.

Criterios de inclusión y exclusión

1) Pacientes de ambos sexos con edades entre 16 y 40 años; 2) Residir en la ciudad de México o área metropolitana; 3) Tener la primaria terminada; 4) Cumplir con los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo al DSMIII-R y CIE-10; 5) Contar con dos o más familiares que aceptaran participar en el programa, que tuvieran convivencia estrecha con el paciente y que asumieran la responsabilidad de cumplir el programa; 6) Que los pacientes certificaran por escrito su deseo de participar en el programa.

En todas las etapas se excluyeron a los pacientes gravemente enfermos, con efectos colaterales medicamentosos severos, o con déficit cognoscitivo importante.

Descripción de las variables

Variable independiente

La variable independiente estuvo constituida por el conjunto de actividades terapeúticas y rehabilitatorias (programa integral). A continuación se describen los objetivos de cada una de estas actividades:

I. Intervención farmacológica. Objetivo: Recolectar de manera confiable la información clínica necesaria para estructurar un plan de tratamiento farmacológico óptimo, administrar dicho tratamiento y evaluar su utilidad.
II. Dinámica familiar. Objetivos: 1) Establecer una alianza terapeútica con los familiares; 2) Educar sobre las características de la esquizofrenia; 3) Dar a conocer los tipos de tratamiento que se emplean en los pacientes esquizofrénicos; 4) Motivar a la familia para llevar a cabo el tratamiento prescrito; 5) Involucrar a la familia en la rehabilitación integral; 6) Aminorar los niveles de emotividad expresada por medio de la disminución de la crítica, la hostilidad y el sobreinvolucramiento; 7) Capacitar a los familiares para que lleven a cabo una comunicación clara y eficaz; 8) Enseñar a los familiares los primeros signos de una recaída, para que actúen oportunamente en su manejo; 9) Ayudar y convencer a los familiares para que acepten la enfermedad y se den cuenta del valor individual del paciente.
III. Psicoterapia individual y grupal. Objetivo. 1) Estimular y dirigir la comunicación entre los pacientes, particularmente en relación a la concepción que tienen sobre su padecimiento, a las experiencias y factores ligados con el mismo, 2) Reforzar y/o estimular la conciencia de la enfermedad, 3) Ayudar a identificar los factores ambientales, familiares y personales que desencadenan la sintomatología, 4) Aclarar la función que tienen los medicamentos y la importancia de tomarlos con responsabilidad, 5) Identificar estrategias positivas de enfrentamiento hacia la enfermedad, y en tal caso, fortalecerlas, 6) Buscar conjuntamente con los pacientes otras posibles estrategias.
IV. Psicoterapia psicosocial. Objetivo. Brindar tratamiento de funcionamiento psicosocial por área y global (síntomas y conducta), apego terapéutico en la prevención de recaídas y hospitalizaciones.
V. Terapias de arte. Musicoterapia y Terapia de Danza y Movimiento Expresivo: éstas son un medio de comunicación no verbal que permiten al paciente tener experiencias estructuradas en el tiempo, en el aquí y en el ahora, lo cual fomenta el contacto con la realidad; brindan la oportunidad de interactuar en grupo fortaleciendo así el autoconcepto, la socialización, el altruismo/optimismo y el empleo del tiempo libre.
VI. Terapia de actividades. Objetivos: 1) Capacitar a los pacientes en la adquisición de habilidades para desarrollar actividades manuales (papel maché, tarjetería española, cerámica mexicana horneada, pintura y decorado), 2) proporcionar al paciente la capacitación para desarrollar habilidades en alguna técnica laboral/manual que le permita obtener ingresos económicos a largo plazo, aun fuera de este programa.

Variable dependiente

Estuvo constituida por indicadores que están incluidos en los siguientes instrumentos:

Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANNS)
Escala de Desempeño Cotidiano
Escala de Funcionamiento Psicosocial
Escala de Valoración Global
Cuestionario de Evaluación y Seguimiento
Entrevista Clínica Semiestructurada
Escala de Desempeño Laboral del Paciente
Cédula de Evaluación de la Conducta del Paciente (SBAS)
Cédula de Entrevista Diagnóstica Internacional (CIDI)
Escala de Emoción Expresada (FMSS)
Lista de verificación del desempeño de las actividades ocupacionales del paciente esquizofrénico
Cédula para la Evaluación de la Psicoterapia Individual
Music/Activity Intake Assessment for Psychiatric Patients (Evaluación Inicial para el Ingreso a Musicoterapia y/o Terapia de Actividades para Pacientes Psiquiátricos)

Los antecedentes y la validez de cada uno de estos instrumentos han sido presentados en publicaciones anteriores (14,15,35,39,40,41,52,53, 54).

Procedimiento

De acuerdo con los criterios establecidos los pacientes que cumplieron con el diagnóstico clínico de esquizofrenia, fueron enviados por los psiquiatras de la consulta externa para su evaluación y su posible inclusión en el estudio. Posteriormente, todos los pacientes (de ambos grupos) fueron evaluados y estabilizados en el cuadro clínico, corrigiendo en caso de estar presentes los síntomas extrapiramidales. Los pacientes del grupo experimental recibieron diferentes estrategias para la rehabilitación en las instalaciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría a través de la consulta externa, con una frecuencia de tres veces por semana, de 15:00 a 18:00 hrs. Los pacientes del grupo control recibieron exclusivamente tratamiento farmacológico y su participación en el programa consistió en realizar los estudios al inicio y una evaluación igual un año después, al finalizar el programa; estas dos evaluaciones también se les hizo al grupo experimental.

Los datos fueron analizados comparativamente en ambos grupos pretest-postest; los datos clínicos fueron analizados con Anova de dos factores para medidas repetidas.

Se efectuaron pruebas de diferencias entre las medias de cada uno de los reactivos de la Escala de Desempeño Cotidiano.

Resultados

Se presentan resultados complementarios a los ya publicados del primer grupo de estudio (primera fase), y también los resultados del seguimiento a un año posterior al egreso de los pacientes de esta primera fase.

Datos demográficos de los pacientes. En el grupo experimental 76.2 % fueron hombres y 23.8 % mujeres, mientras que en el grupo control 82.4 % fueron hombres y 17.6 % mujeres. La edad promedio en el grupo experimental fue 28.6 años con una DS de 5.7; en el grupo control la edad promedio fue 27.8 años con una DS de 6.6 años. El 100 % de los sujetos del grupo experimental y 94.2 % de los sujetos del grupo control eran solteros. El nivel escolar en el grupo experimental fue de un año o más de preparatoria en más del 50 %; en el grupo control, éste se encontró en 70.4 %. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 8.2 años en el grupo experimental y 6.9 años en el grupo control.

Al comparar las variables demográficas entre ambos grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Datos demográficos del familiar responsable del paciente. El 66.7 % correspondió a la madre, 23.8 % al padre y 9.5 % al hermano (a). La edad promedio fue 54.5 años con una D.S. de 13.6 años. El 71.4 % estaba casado o en unión libre. En cuanto a la ocupación principal, unicamente 38 % estaba empleado, 14.3 % jubilado y 23.8 % se dedicaba a labores del hogar. El 38 % tuvo escolaridad de nivel superior y 19 % de educación media superior.

Resultados complementarios de la primera fase

Area familiar

Efectos adversos de la esquizofrenia sobre el familiar. Al analizar la información sobre los efectos adversos presentes en el familiar y en otros por la esquizofrenia se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental en las siguientes áreas: en el informe de trastornos o enfermedades emocionales con $p<.008$, en la vida social del familiar (recibir y hacer invitaciones) con $p< .000$; en perturbación general (con la presencia de problemas) $p<.042$, perturbación en la vida de otros con $p<.002$. En el grupo control se observaron solamente cambios en las relaciones domésticas (fricciones o discusiones) con $p<.019$ (cuadro 1).

Atribuciones internas o externas de la enfermedad. Las madres tuvieron mayor atribución externa: 66.7 %, los hermanos: 80 % y los padres tuvieron mayor atribución interna: 77.7 % (gráfica 1).

La expresividad emocional de los familiares hacia los pacientes presentó cambios al terminar el tratamiento el grupo experimental, la crítica u hostilidad hacia el paciente decreció en más de 20 %; el sobreinvolucramiento bajó en 7 % y las actitudes seudopositivas se incrementaron en más de 50 %; en el grupo control los cambios fueron menores (gráfica 2).

La percepción de "carga" de los familiares hacia el familiar enfermo se modificó al egresar, principalmente en las áreas física y social en 5 % aproximadamente, sin embargo, la carga emocional no se modificó, es interesante saber que algunas familias no sintieron "carga" alguna (gráfica 3).

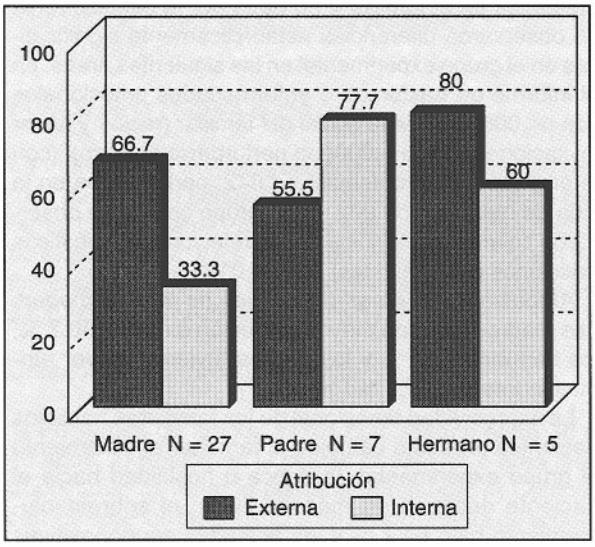
Terapias de arte

Para evaluar esta área se utilizaron como indicadores el autoconcepto, la socialización, el altruismo/optimismo y la ocupación del tiempo libre. Al iniciar la terapia, la media de autoconcepto para el grupo experimental era de 7l.06 mientras que para el grupo control fue de 66.38; la socialización tuvo una media de 61.41 para el grupo experimental y 59.31 para el control; el altruis-

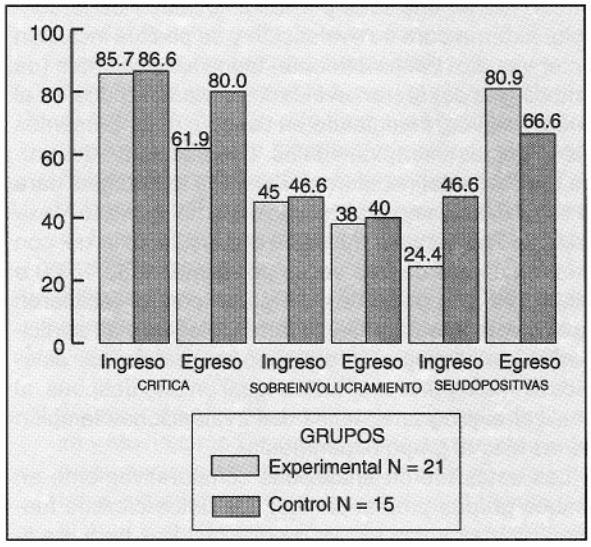
CUADRO 1
Diferencias en los efectos adversos sobre el familiar y otros

Efectos Adversos sobre	*Grupo experimental n:20 Comparación Ingreso-egreso*		*Grupo control n:17 Comparación Ingreso-egreso*	
	Valor -T	*Sig*	*Valor-T*	*Sig*
INFORMANTE				
Enfermedad física	**1.44**	.167	.90	.385
Enfermedad emocional	**2.94**	**.008**	1.58	.139
Vida social	**.001**	**.000**	1.47	.165
Tiempo de descanso	.70	**.494**	.001	.000
Ingreso disponible	1.55	.137	.37	.720
Ejecución laboral/escolar	–1.22	**.242**	.001	.000
Tiempo fuera de trabajo/estudio	**.06**	**.955**	.63	.545
Relaciones domésticas	1.16	.262	**2.69**	**.019**
Perturbación general	**2.18**	**.042**	.43	.671
OTROS				
Perturbación en la vida de otros	**3.58**	**.002**	.37	.720

GRAFICA 1
Actitudes orientadas a la atribución por parte de los familiares



GRAFICA 2
Expresividad emocional de familiares



mo/optimismo 50.88 para el grupo experimental y 51.94 para el control; la ocupación del tiempo libre mostró cifras de 48.94 y 47.81 respectivamente.

El análisis de las medias obtenidas en estos indicadores muestran que al cabo de un año de tratamiento, las puntuaciones del grupo experimental no se modificaron en comparación con las del grupo control que sí disminuyeron, pero no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

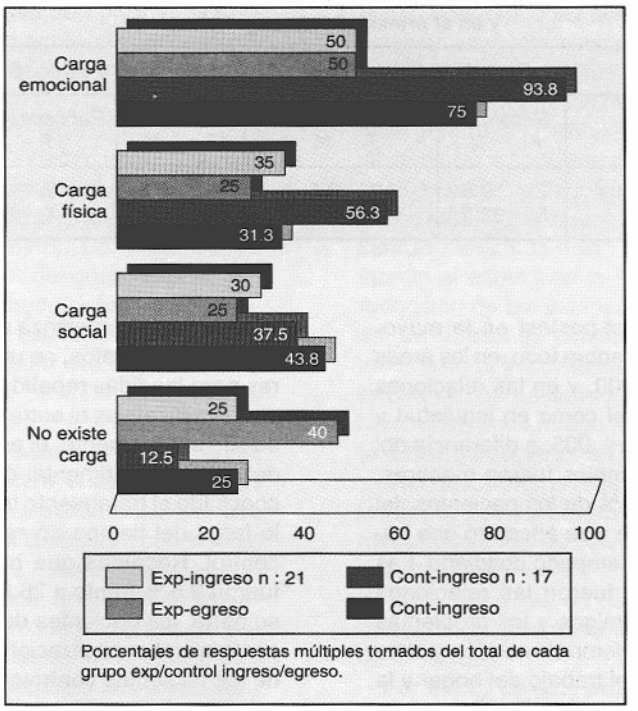
En el trabajo clínico se observó que los pacientes del grupo experimental, en comparación con los del control, mejoraron sus habilidades de socialización y el empleo del tiempo libre; participaban más activamente en las sesiones, opinaban sobre lo que les sucedía a ellos o a sus compañeros y expresaban sus necesidades y permanecieron durante toda la sesión.

Resultados del seguimiento a un año

Funcionamiento psicosocial

Se evaluó a los pacientes al inicio y al término del tratamiento respecto a su nivel de funcionamiento psicosocial y se encontraron diferencias significativas en el grupo experimental en las áreas: ocupacional, social, sexual-pareja, familiar, así como en el funcionamiento psicosocial global. Los pacientes del grupo experimental reportaron un grado mayor de satisfacción en todas las áreas a excepción del área económica. El área de mejor funcionamiento para los pacientes experimentales fue el área ocupacional: X=2.1, seguida del área familiar: X=2.2, posteriormente el área social: X=2.4, el área sexual-pareja: 2.5 y finalmente, el área económi-

GRAFICA 3
Percepción de carga familiar



Porcentajes de respuestas múltiples tomados del total de cada grupo exp/control ingreso/egreso.

ca: X=2.9. Sin embargo, después de un año de tratamiento, los pacientes experimentales obtuvieron mayores logros y avances en el área social, seguidas de las áreas ocupacional y sexual-pareja, luego el área familiar y finalmente el área económica. Los pacientes presentaron 85 % de asistencia a las sesiones, lo cual indica un alto grado de apego terapéutico. En los pacientes controles no se encontraron diferencias significativas, su nivel de funcionamiento disminuyó en todas las áreas evaluadas. Después del programa de intervención se llevó a cabo el seguimiento de los pacientes con el objetivo de poder monitorear sus actividades en la comunidad. Los pacientes asistían cada 3 meses a sus citas de seguimiento en las cuales tenían un espacio para hablar acerca de sus problemas psicosociales; además, se evaluaba su funcionamiento psicosocial/comunitario así como su funcionamiento global (cuadro 3). En este primer año de seguimiento, los pacientes del grupo experimental tuvieron 9.5 % de recaídas frente a 26.6 % de los controles. Por su parte los pacientes del grupo experimental tuvieron 0 % de rehospitalizaciones, en comparación con 6.6 % de los pacientes controles. Durante el segundo año de seguimiento, las recaídas para los del grupo experimental fueron 4.7 % y 33.3 % para los controles, mientras que las rehospitalizaciones fueron 4.7 % para los experimentales y 13.3 % para los controles (cuadro 4).

Desempeño cotidiano

Se analizaron las diferencias entre las medias de los indicadores del desempeño cotidiano en ambos grupos, antes y después del tratamiento, observándose

CUADRO 2
Evaluación de musicoterapia y terapia de danza y movimiento

POSTEST	*Grupo experimental*		*Grupo control*	
	Media	*S*	*Media*	*S*
Autoconcepto	71.06	7.87	66.38	8.59
Socialización	61.41	7.76	59.31	7.39
Altruismo/optimismo	50.88	7.50	51.94	6.68
Ocupación del tiempo libre	48.94	7.62	47.81	8.86

No hubo diferencias estadísticamente significativas

CUADRO 3
Comparación de los niveles de funcionamiento psicosocial por área y global al término del programa de intervención y durante un año de seguimiento

Grupo experimental N=20

Areas	*Ingreso*	*Egreso*	*P*	*Seguimiento*	*P*
Ocupacional	2.7	2.1	.001	2.8	.009
Social	3.1	2.4	.000	3.0	.020
Económica	3.0	2.9	NS	3.1	NS
Sexual-pareja	3.1	2.5	.153	3.1	.017
Familiar	2.7	2.2	.141	2.8	.005
Global	2.9	2.4	.109	3.0	.001

Niveles de funcionamiento psicosocial. NS = No significativa; 1 = Muy satisfecho; 2 = Satisfecho; 3= Neutral e indiferente; 4 = Insatisfecho; 5 = Muy insatisfecho

CUADRO 4
Recaídas y rehospitalizaciones en los pacientes experimentales y controles durante el tratamiento y en el primer año de seguimiento

	Durante el tratamiento				*Seguimiento 1er año*			
Grupo	*Recaídas*		*Rehospitalización*		*Recaídas*		*Rehospitalización*	
	F	*%*	*F*	*%*	*F*	*%*	*F*	*%*
Experimental	2	9.5	2	9.5	2	9.5	0	0.0
Control	5	33.3	0	0.0	4	26.6	1	6.6

diferencias significativas pretest-postest en la mayoría de los reactivos, con mejoría sobre todo, en las áreas de comunicación con una p<.000, y en las relaciones familiares e interpersonales, así como en inquietud y agitación psicomotriz con una p< .005, a diferencia del grupo control en donde los cambios fueron menores. Un año después, se evaluó 64 % de los pacientes del grupo experimental únicamente y se encontró que había cambios por área en el desempeño cotidiano. Las áreas que mostraron mejoría fueron las relaciones interpersonales, las visitas a amigos y los problemas del sueño, otras áreas se mantuvieron sin cambio, y otras más, como la participación en el trabajo del hogar y la calidad de la comunicación con la familia, disminuyeron levemente. Ninguno de los cambios descritos anteriormente mostró diferencias significativas (cuadro 5).

Discusión y conclusiones

Area familiar

La atribución del control entre madres y hermanos fue externa, es decir, los familiares percibieron que los pacientes no eran responsables de su enfermedad, los padres tuvieron una mayor atribución interna, pensaban que los pacientes sí eran responsables de su enfermedad.

Area clínica

Ambos grupos de tratamiento fueron similares en la línea base, tanto en la severidad de la sintomatología psiquiátrica como en los efectos extrapiramidales. Se mantuvo esta semejanza a lo largo del tratamiento. Para evaluar estos datos, se utilizó un ANOVA de dos factores para medidas repetidas, que no mostraron diferencias significativas ni entre grupos ni en el tiempo. Como se dijo anteriomente, el estado clínico de los pacientes del grupo experimental después de un año de haber concluido el tratamiento tendió a mantenerse estable a lo largo del tiempo en comparación con el del grupo control. Recaídas que no ameritaron hospitalización fueron 9.5 % frente a 26.6% que sí lo necesitaron. Por su parte, los pacientes del grupo experimental no presentaron rehospitalizaciones en comparación con 6.6 % de los pacientes controles que sí las tuvo.

Los trastornos emocionales (problemas para concentrarse, irritabilidad, depresión, etc.) en los familiares a causa de la convivencia con el paciente, disminuyeron de manera significativa en el grupo experimental.

La expresión emocional de los familiares hacia los pacientes, cambió en el grupo experimental, tornándose de crítica y hostil a una más comprensiva y afectuosa. La evaluación de la emoción expresada por el familiar a cargo, permitió probar por un lado, la utilidad del método (27) y por otro, conocer en esta población las actitudes características del paciente esquizofrénico.

La percepción de "carga" de los familiares (costo físico como diversos trastornos somáticos como los dermatológicos y los gastrointestinales, así como los sociales, como por ejemplo avergonzarse por tener un familiar esquizofrénico, aislándose socialmente) disminuyó, algunos de ellos dejaron de percibirla; sin embargo, la carga emocional (angustia, irritabilidad, sentimientos de culpa, enojo) no se modificó. Estos resultados coinciden con lo observado por otros autores (25,27).

CUADRO 5
Medias grupales en el desempeño cotidiano. Grupo experimental egreso y seguimiento

Areas	*Medias egreso*	*Medias de seguimiento*
Comunicación con la familia	3.65	3.60
Participación en el trabajo del hogar	2.65	2.40
Participación en reuniones familiares	3.60	3.70
Antagonismos con otras personas	1.70	1.70
Visitas a amigos	2.20	2.60
Modo de comer	3.75	3.75
Inquietud y agitación	3.55	3.0
Problemas de sueño	1.80	2.80
Relaciones interpersonales	2.15	2.80
Calidad de las relaciones	4.05	4.20

No hubo diferencias estadísticamente significativas

Se logró integrar a dos grupos de familiares y amigos de los pacientes esquizofrénicos, asimismo se creó una microempresa de artesanías que permite actualmente al 50 % de los pacientes egresados del programa tener una ocupación e ingresos económicos.

Area de autoconcepto y socialización

Los resultados observados demostraron una mejoría del grupo experimental, respecto al grupo control, aunque sin diferencias significativas. La ausencia de significancia en el autoconcepto del grupo experimental se debió posiblemente a la adquisición de conciencia de la enfermedad que por cierto fue muy alta en este grupo. Es recomendable para evaluaciones futuras, emplear indicadores que permitan clarificar el autoconcepto. A reserva de analizar con mayor profundidad los datos, esto puede indicar que los pacientes del grupo experimental mantienen el mismo nivel de funcionamiento en las áreas evaluadas, mientras que en los del grupo control éstas se deterioran con el paso del tiempo. Los beneficios sobre esos indicadores fueron constatados en el área clínica, en donde se observó que a lo largo del tratamiento los pacientes participaban más activamente en las sesiones. Por otra parte, es necesario considerar el momento por el que pasa éste cuando se hace la evaluación, ya que estas variables tienden a modificarse según los cambios del estado de ánimo y de las circunstancias vitales. Esta susceptibilidad se refleja sobre todo en la percepción que tienen de ellos mismos, la cual se modifica ante los cambios mínimos de su ambiente. Asimismo, es importante señalar que estas terapias inciden sobre aspectos intrapsíquicos, además de los conductuales, por lo que es necesario evaluar el tratamiento y los cambios con instrumentos que se refieran a estos aspectos y observar de qué manera influyen en su funcionamiento real.

Seguimiento

En el área del funcionamiento psicosocial, se concluye que aplicar un programa de rehabilitación integral mejora significativamente éste. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, presentaron dos años después del tratamiento un menor nivel de recaídas y rehospitalizaciones.

En el área clínica, no se observaron cambios estadísticamente significativos al final del tratamiento, ya que ambos grupos fueron estabilizados clínicamente antes de aplicar las estrategias psicoterapéuticas; sin embargo, se observó que una mayor proporción de los pacientes del grupo experimental logró mantener estabilidad en el cuadro clínico. En este sentido, la semejanza entre el grupo de tratamiento y control es que la maniobra experimental dio lugar a que estos pacientes se comportaran clínicamente como un grupo con mejor nivel de adaptación.

Se observó en esta área que durante los dos años posteriores al programa psicoterapéutico la estabilidad en los pacientes del grupo experimental fue mayor, ya que presentaron un menor número de recaídas y de hospitalizaciones en comparación con las del grupo control.

En el desempeño cotidiano el grupo experimental mostró diferencias significativas en un mayor número de áreas, sobre todo las que se refieren al autocuidado, a las relaciones interpersonales y a algunos aspectos de la sintomatología como son los trastornos del sueño, la inquietud y la agitación psicomotriz, mismos que de manera general se mantuvieron en el grupo experimental sin cambios estadísticamente significativos un año después de haber recibido las estrategias psicoterapéuticas.

Los resultados muestran que el programa de rehabilitación integral cumplió con las metas propuestas en cuanto al control de la sintomatología psiquiátrica, la reducción de las incapacidades y el aprovechamiento de las funciones conservadas. Asimismo, quedó de manifiesto la importancia de tener un seguimiento estrecho de los pacientes, sobre todo de aquellos que mostraban poco apego terapéutico, donde se les alentó a que participaran en su propio cuidado.

Uno de los logros más importantes fue observar que los beneficios del programa se han extendido hasta 28 meses después de haber concluido la fase de tratamiento en más del 85 % de los pacientes, a diferencia de otros informes, en donde el efecto terapéutico terminó al concluir el tratamiento (3,17,19,23,29,32,38,43, 46,47,48,50).

Por medio de este programa, quedó bien documentado que el beneficio que reciben los pacientes y sus familiares cuando ambos participan en un programa de rehabilitación interdisciplinario es evidente. Por una parte, se logró incidir sobre las discapacidades primarias propias de la enfermedad como los síntomas y las conductas disfuncionales; por otra, fue posible abordar los cambios que son resultado de la experiencia de su enfermedad, como son una mayor sensibilidad y vulnerabilidad por haber sufrido un trastorno psiquiátrico severo. Por último, la rehabilitación permitió que se abordaran las consecuencias que sufre el paciente, que no provienen ni de la enfermedad ni de la reacción personal a ella, sino de las actitudes de la familia y de la sociedad en general, como son por ejemplo el disminuir los contactos sociales, los cuales se mantuvieron después de dos años.

Este primer estudio sirvió de base para modificar la metodología en algunas áreas así como la del programa de rehabilitación del segundo grupo, tomando en cuenta sus limitaciones. Se planea para la segunda fase: modificar la selección del grupo experimental y control (en la primera fase, algunos pacientes del grupo experimental que desertaron en los primeros dos meses, pasaron a formar parte del grupo control, lo cual podría tener repercusiones en la comparación de los resultados de ambos grupos), disminuir la variabilidad en la adhesión terapéutica, tanto de los pacientes como de la familia, por medio de una mayor comunicación con ésta; fortalecer algunas estrategias psicoterapéuticas orientadas a fortalecer las áreas física, intelectual y laboral de los pacientes junto a las ya existentes; implementar un programa psicoeducativo para los familiares de los pacientes que incluya una explicación detallada de la enfermedad, de sus posibles causas, de sus manifestaciones, de la prevención de las recaídas y de cada una de las estrategias psicoterapéuticas; proporcionar la psicoterapia individual cada 15 días en

lugar de una vez al mes; videograbar la mayoría de las sesiones psicoterapéuticas para lograr un análisis más fino de la ejecución psicoterapéutica por los propios psicoterapeutas y por el equipo interdisciplinario; mayor frecuencia en las reuniones del equipo para revisar el área clínica y metodológica (de una vez cada quince días a una vez a la semana); se recomienda el trabajo conjunto entre el área de evaluación y estudio de la familia con el área de psicoterapia familiar, con el propósito de mejorar la eficacia del programa; seleccionar los instrumentos *ad hoc* para las áreas de psicoterapia individual y grupal así como para las terapias de arte.

Todo lo anterior tiene la finalidad de perfeccionar los resultados obtenidos, que si bien muestran la eficacia de este programa, pueden ser susceptibles de mejorar, en beneficio de los pacientes y su familia.

Los cambios efectuados para conformar el segundo grupo, así como los resultados obtenidos, serán presentados en futuras publicaciones.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración del licenciado Francisco Juárez y de la licenciada Lorena Romero en el análisis estadístico.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHYATRYC ASSOCIATION (APA): DSM-IV: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Cuarta edición. *American Psychyatryc Association Press*. Washington, 1994.
2. ANDREASEN NC, FLAVM, SWAYZE II VW y cols.: Positive and negative simptoms in schizophrenia: a critical repraisal. *Arch Gen Psychyatry*, 47:615-621, 1990.
3. ANONYMUS: Long-term management of people with psychotic disorders in the community. *Drugs and Therapeutics Bulletin*, 32:73-77, 1994.
4. BELLACK A: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin,* 19(2):317-336, 1993.
5. BIAGINI AM: Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales. *Salud Mental*, 17(4):12-18, 1994.
6. BRAIVE CH: The professional apprenticeship enterprise: An experiment in readapting mentally ill adults to working life. *J Ment Health*, 17(2):65-71, 1988.
7. CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, RASCON ML, VILLATORO J, LOPEZ EK, JUAREZ F, GOMEZ M, MARTINEZ NA: Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta nacional de hogares. *Anales*. Reseña de la IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994.
8. CARAVEO J, GOMEZ M, SALDIVAR G, GONZALEZ E: Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados. *Salud Mental*, 18(4):1-19, 1995.
9. CARPENTER VVT: Comentario: El tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. *Psychiatry*, 56:301-306, 1993.
10. CURSEY RD: Psychotherapy whit persons suffering from schizophrenia: The need for a new agenda. *Schizophrenia Bulletin University of Maryland*, 15(3):349-353, 1989.
11. DANLEY KS: Training and personnel issues for supported employment programs which serve persons who are severely mentally ill. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, XI(2):87-102, 1987.
12. DE LA FUENTE R: Acerca de la salud mental en México. *Salud Mental*, 5(3):22-31, 1982
13. DELAHUNTY A: Specific cognitive nexibility rehabilitation in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 23:221-227, 1993.
14. DIAZ-MARTINEZ R, MUROW E, ORTEGA H, VALENCIA M, RASCON ML, RAMIREZ I: El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental,* 19(4):1-7, 1996
15. DIAZ-MARTINEZ R, RASCON ML, ORTEGA H, MURROW E, VALENCIA M, RAMIREZ Y: Evaluación de un Programa de Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico. *Revista de la Facultad de Medicina*, 41(2):51-59, 1998.
16. FADDEN GB, BEBBINGTON PE, KUIPERS: The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry,* 150:285-292, 1987
17. FERGUSON S: The clinical evaluation of a new community psychiatric service based on general practice psychiatric clinics. *British Journal of Psychiatry*, 160:493-497, 1992.
18. FUREDI J: Un punto de vista sobre la rehabilitación del paciente psiquiátrico en Hungría. *Salud Mental,* 2(9):28-29, 1986.
19. GLASS LL: Psychotherapy of schizophrenia: An empirical investigation of the relationship of process to outcome. *Am J Psychiatry*, 146(5):603-608, 1989.
20. GUTIERREZ JH, TOVAR H: La vigilancia epidemiológica de los trastornos mentales. *Salud Pública Mex*, 26:464-483, 1984.
21. KALINA K: Psychotherapy and pharmacotherapy in treatment of schizophrenia. Part one: Additive model and therapeutie relationship. *EUR J Psychiatr*, 2(3):133-139, 1988.
22. KISSLING W: Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psichiatrica Scandinavica*, 89 (Supl. 32):16-24, 1994.
23. KLERMAN GL: The psychiatric patients right to effective treatment: Implications of Osheroff V Chestnut Lodge. *Am J Psychiatry*, 147(4):409-418, 1990.
24. LEHMAN AF: Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Bull,* 21(4):645-656, 1995.
25. KUIPERS L: Family burden in schizophenia: implications for services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology,* 28:207-210, 1993
26. LIBERMAN RP: Coping and competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia. Goidstein MJ, Hand Y, Hahlwerg K (eds.). *Treatment of Schizophrenia: Family Assessment and Intervention* Springer-Verlag, Nueva York, 1986.
27. MACMILLAN JF, GOLD A, CROW TJ, JAHNSON AL, JOHNSTONE EC: Expressed emotion and relapse. *Br J Psychiatr*, 148:133-143, 1986.
28. MALONE J: Concepts for the rehabilitation of the congterm mentally ill in the community. *Issues in Mental Health Nursing*, 10:121-135, 1989.
29. MCGILLOWAY S, DONNELLY M, MAYS N: The experience of caring for former long-stay psychiatry patients. *British Journal of Clinical Pshychology*, 33 (Pt 1):149-151, 1997.
30. MCKENNA PJ: The Natural History for Schizophrenia. En *Schizophrenia and Related Syndromes*, Oxford University Press, Oxford, 1994.
31. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA R, MARIÑO J, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. *Anales* III. Reseña de la VI Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1992.
32. MCGLASHAN: What has become of the psychotherapy of schizophrenia? *Acta Psychiatr Scand* (Supl 90):384:147-152, 1994.
33. MUESER KT, GLYNN SM: Behavioral family therapy for schizophrenia. En: Hersen M, Eisler RM, Miller PM (eds.). *Progress in Behavior Modification*, Vol. 26, Sage Publications, Newbury Park, 1990.
34. MULLER BJ: Attitudinal, administrative, legal, and fisicas bamers to case management in social rehabilitation of the mentally ill. *Int J Ment Health*, 5(4):44-58, 1987.

35. MURROW E, UNIKEL C: La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 20(3):35-40, 1997.
36. NEL K: Rehabilitation services for psychiatric patients rehabilitation in SA. 8-11, 1991.
37. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripción Clínica y Pautas para el Diagnóstico. España, 1992.
38. PAQUIN MJR: Maintaining successful interventions in social, vocational and community rehabilitation. *Canadian Journal of Community, Mental Health*, 9(1):39-49, 1990.
39. RASCON ML, DIAZ-MARTINEZ R, LOPEZ JL, REYES RC: Necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, (supl. 2), 1997.
40. RASCON ML, DIAZ-MARTINEZ R, LOPEZ JL, REYES RC: *Familia y Esquizofrenia, sus Necesidades de Atención.* Familia ¿Cédula social? Cuarto Encuentro Nacional de Investigadores sobre Familia. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Depto. de Educación Especializada, Centro Universitario de Estudios para la Familia. 1997.
41. RASCON ML, RASCON D, DIAZ-MARTINEZ R, LOPEZ JL: Consecuencias familiares por el cuidado del paciente esquizofrénico. Depto. de Educación Especializada, Centro Universitario de Estudios para la Familia, Universidad Autónoma de Tlaxcala (en prensa), 1998.
42. REVERE VL: Modifying psychotherapeutic techniques to mect the needs of chronic schizophrenics. *Hospital and Communny Psychiatry*, 34(4):361-362, 1983.
43. RIMMERMAN A: Token reinforcement in the psychosocial rehabilitation of individuals whith chronic mental illness: is it effective over time? *International Journal of Rehabilitation Research*, 14:123-130, 1991.
44. ROGERS ES: Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals whith severe psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology*, 33(1):5-14, 1988.
45. SCHAWARTZ BJ: Psychosocial treatments of schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 23:4, 1998.
46. SIMPSON C: Horme-based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 162:227-237, 1993.
47. STEFANI D: Actitud hacia la enfermedad mental y nivel socio-económico. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 282-287, 1979.
48. STEINHART I: Prediction of hospitalization within a psychiatric community care system a five-year study. *Psychiatry Epidemiol*, 27:270-278, 1992.
49. SZMUKLER GI, BURGERS P y cols.: Caring for relatives with serious mental illness: The Experiences of caregiving inventory. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 31(3-4):137-148, 1996.
50. TALBOTT JA: Current perperctives in the United States on the chronically mentally ill. En: Kales A, Stephanis CN, Talbot JA (eds.). *Recent Advances in Schizophrenia*, Springer-Verlag, Nueva York, 1990.
51. TOVAR H: La atención de la salud mental de la población abierta. *Psiquiatría*, 3:107-119, 1987.
52. VALENCIA M: Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. *Psiquiatría*, 12:72-86, 1996.
53. VALENCIA M: Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental,* 22(2):31-40, 1999.
54. VALENCIA M: Un programa de intervención psicosocial en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental* (aceptado para su publicación) 1999.
55. WALLACE CH J: Psychiatric rehabilitation. *Psychopharmacology Bulletin*, 29: 537-548, 1993.