

LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO EN MÉXICO: EL MODELO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE, GRUPO III

Leonila Rosa Díaz Martínez*, Héctor Ortega Soto****, Clarisa Leños Guerrero**,
Ma. Soledad Rodríguez Verdugo****, Ma. Luisa Rascón Gasca***, Marcelo Valencia Collazos***,
María de Lourdes Gutiérrez López***, Ma. Elena Mares Gómez****, Amelia Sánchez Sánchez*****

SUMMARY

In this manuscript we describe results obtained for Group III of the Integral Rehabilitation Program for Outpatient Schizophrenic Patients (IRPS III) at the National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente. This program was created for Mexican schizophrenic patients as a refined alternative for the treatment, rehabilitation and integration to a productive life within society. It is interdisciplinary and integral in nature; both patients and their relatives are involved in the treatment and rehabilitation. It includes admission, stabilization of clinical symptoms, and application of strategies for rehabilitation for one year (pharmacological treatment, group psychotherapy, labor-vocation induction therapy, music therapy, psychosocial psychotherapy, occupational therapy, artistic painting, drawing, and Hata-Yoga workshops, psycho-educational workshops for relatives, group dynamics therapy with responsible relatives, and unifamilial psychotherapy); there were assessments at the beginning and at end of the study.

Objective

To evaluate the efficacy of an interdisciplinary and integral program in these patients, with respect to a control group that received the usual medical-psychiatric treatment. Evaluation was carried out according to: a) Severity of psychiatric symptoms, b) Treatment compliance, c) Everyday performance, d) Psychosocial functioning, e) Global activity, f) Home occupational activities, g) Expressed emotion and attribution of the illness, and h) Patterns of communication and relationship within the family. The goals of this program were to reduce the disabilities and to profit from the conserved functions, as well as to develop other skills in order to increase the quality of life of patients.

Methods

This was a quasi-experimental pretest-posttest prospective study where an experimental group and a control group were compared. The control group (n=39) received the usual psychiatric management, while the experimental group (n=39), participated in addition to this management, in a one-year integral rehabilitation

program at the outpatient service of the institute. The sample was obtained in a non-probabilistic and sequential way, according to the established inclusion and exclusion criteria.

Variables: Efficacy was evaluated through: a) Severity of psychiatric symptoms; b) Treatment compliance; c) Everyday functioning; d) Psychosocial functioning; e) Occupational activities at home; f) Expressed emotion; g) Patterns of communication and relationship within the family.

Instruments: Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS), Clinical Interview and File, Everyday Unemployment Scale, Psychosocial Functioning Scale, Global Assessment Scale, Assessment and Follow-up Questionnaire, Patient Labor Performance Scale, Social Behavior Assessment Schedule (SBAS), Five Minute Speech Sample (FMSS), Verification of the Performance in Occupational Activities for Schizophrenic Patients, Extrapyramidal Symptom Scale.

Procedures: a) Incorporation of patients and relatives to the study; b) Stabilization of clinical symptoms; c) Initial assessment; d) Program application; e) Final assessment.

Results

Demographic data: There were 47 subjects in the final sample, 25 in the experimental group, and 22 controls. There were more males than females in both groups (76% in the experimental group and 63.6% in controls). Being single was the most frequent marital status among patients (88% in the experimental group and 91% in controls). Education was slightly higher in the experimental group, were 40% had a bachelor's degree as opposed to 27.2% in controls.

Treatment compliance: The program had a final efficiency of 64% for the experimental group and 56% for controls. Some of the experimental subject's characteristics at the beginning of the program were related with treatment compliance: age, years of illness history, and number of different diagnoses. It was determined that 62% of the patients who completed the program were less than 30 years old, and in 80% of the cases the onset of the illness was less than 10 years ago. Regarding the number of

* Jefe del Departamento de Rehabilitación. Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF), Calz. México-Xochimilco, 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D.F.

** Psicóloga adscrita a la Dirección de Servicios Clínicos.

*** Investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales.

**** Psiquiatra, Dirección de Servicios Clínicos.

***** Terapeutas familiares. Colaboradoras externas del Programa para la Rehabilitación Integral del Paciente Esquizofrénico.

Recibido: 6 de octubre de 2005. Aceptado: 27 de octubre de 2005.

diagnoses per patient, 60% of those who completed the study had one diagnosis, 40% had two or more. On the contrary, 30% of the patients who abandoned the study had one diagnosis and 70% had two or more. In other words, almost three fourths of the subsample that abandoned the Program had more than one diagnosis: 31% had two, 31% had three, and 10% had four or more.

Clinical area: In the clinical area, there were no significant differences between groups. However, patients in the experimental group had a higher level of clinical adaptation and treatment compliance.

Everyday performance: The everyday performance was improved in patients from the experimental group, with statistically significant changes in 71.5% of the pretest-posttest evaluated areas, with emphasis on self-care, family and interpersonal relationships, and remunerated work. In the control group, there was an improvement only in 28.5% of the areas.

Psychosocial functioning: Global and by-area psychosocial functioning showed statistically significant differences in the experimental group in all functioning areas; there was an improvement from three to two, the latter number meaning feeling satisfied. This was not the case in the control group.

Behavior at home: In the experimental group, the perception in families was that occupational behavior at home was improved, according to the final score.

Family assessment: Relatives in the experimental group attributed the problems they had with the patient to personality characteristics. These problems were diminished at the end of the study, but not in the control group. When relatives attributed problems to the way of being and attitudes of patients, there was a decrease of problems from 31.6% to 26.3%.

Emotional Expression in relatives from the experimental group was observed in 79.2% at the beginning of the treatment program, which decreased to 33.3% at the end of the study, with a significant difference of $p < 0.006$, as opposed to relatives in the control group, who did not show statistically significant differences.

Clinical assessment of families: At the beginning of the program, this group established reiterative communication patterns. The patient showed rejection to communication. Relatives blamed schizophrenia for the lack of communication. At the end of the program, patterns of communication had importantly improved.

Conclusions

Demographic data in our sample are similar to those described in previous reports for male:female ratio, marital status, and education. Some characteristics of the patients, in particular age, years from onset of illness, and psychiatric comorbidity assessed at recruitment were associated with completing or not the program.

At the end of the study it was clear the program reached its goals of reducing the patients' disabilities and profiting of conserved functions: 64% of the patients in the experimental group were more stable in clinical terms, and treatment compliance was better. Also, everyday performance was notably improved. In the experimental group there were pretest-posttest statistically significant differences in 71.5% of the studied area, especially in self-care and interpersonal relationships. In the control group there were significant changes only in 28.5% of the areas.

One level of improvement was observed in global and by-area psychosocial functioning in the experimental group, but not in controls. Patients at the end of the study had switched from a score of three (neutral, unconcerned) to level two (satisfied with their own functioning). In the control group there were no statistically significant differences.

Emotional expression in relatives in the experimental group

significantly decreased at the end of the study ($p < .006$), but not in the control group, given that the latter did not show statistically significant differences. Occupational activities at home were also improved in the experimental group, with better scores at the end of the study.

Regarding the assessment of occupational therapy, there were significant differences in four areas.

Other areas with positive changes were: disease attribution to the patient, and patterns of communication in the family. The areas with better results were self-care, socialization, and family dynamics, which are frequently altered in schizophrenic patients.

These results showed the efficacy of the program in its integral version (pluridimensional). Once the proposed objectives are reached, we propose to continue this program with important modifications of the method, which will be described in future publications.

Key words: Psychiatric rehabilitation, comprehensive rehabilitation, schizophrenia, psychosocial rehabilitation, comprehensive treatment in schizophrenia.

RESUMEN

En este documento se exponen los resultados obtenidos en el grupo III del Programa de Rehabilitación Integral para Pacientes Esquizofrénicos (PRIE) de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa interdisciplinario integral en pacientes con este diagnóstico en comparación con un grupo control que recibió el tratamiento médico-psiquiátrico habitual.

Método: Se trata de un estudio cuasi experimental *pretest-posttest* prospectivo y comparativo entre un grupo experimental y un grupo control. El grupo control ($n = 39$) recibió la atención psiquiátrica habitual; además de recibir ésta, el grupo experimental ($n = 39$) asistió durante un año a un programa con intervención rehabilitatoria integral en la consulta externa. La muestra se obtuvo de forma no probabilística y secuencial, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. *Variables:* La eficacia se evaluó por medio de las siguientes variables: a) severidad de la sintomatología psiquiátrica; b) apego terapéutico; c) desempeño cotidiano; d) funcionamiento psicosocial; e) actividades ocupacionales dentro del hogar; f) emoción expresada; g) pautas de comunicación y relación en la familia.

Resultados: El grupo III tuvo una eficiencia terminal de 64% para el grupo experimental y de 56% para el grupo control. Lo anterior se relacionó con algunas de las características de los pacientes al momento de su ingreso: edad, años de evolución del padecimiento y comorbilidad psiquiátrica. Casi tres cuartas partes de la población evaluada presentaba más de un diagnóstico: 31% había tenido dos; 31%, tres, y 10%, cuatro o más.

Aunque en el área clínica no hubo diferencias significativas intergrupales, los pacientes del grupo experimental mostraron un nivel superior de adaptación clínica y apego terapéutico.

El desempeño cotidiano mostró una mejoría notable en el grupo experimental, con cambios estadísticamente significativos en 71.5% de las áreas evaluadas *pretest-posttest*, con énfasis en el autocuidado, las relaciones familiares, las interpersonales, y el área laboral remunerada. En cambio, en el grupo control la mejoría sólo se observó en 28.5% de las áreas.

El funcionamiento psicosocial por área y el funcionamiento psicosocial global mostraron diferencias significativas en el grupo experimental en todas las áreas de funcionamiento con un nivel

de ganancia de tres a dos, donde esta última cifra significa sentirse satisfecho, pero no fue el caso del grupo control. La percepción que tiene la familia en cuanto a los comportamientos ocupacionales de su paciente dentro del hogar mostró mejoras en el puntaje final en el grupo experimental.

En el área clínica, las familias corrigieron las pautas comunicacionales y relacionales; se elevó la comunicación clara y directa. Se observó una mejoría importante en los familiares que atribuían los problemas a la forma de ser y a las actitudes del paciente. Mejoraron las relaciones hostiles o inadecuadas, y disminuyeron los problemas derivados de la esquizofrenia. También se incrementó el porcentaje de familiares que percibía como no problemática su relación con el enfermo. En el grupo control sólo disminuyó una de estas áreas.

La expresión emocional de los familiares del grupo experimental se presentó en 79.2% de ellos al ingreso del programa de tratamiento, porcentaje que disminuyó a 33.3% al final del mismo, con una diferencia significativa de $p < .006$. En contraste, los familiares del grupo control no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los datos demográficos de nuestra muestra coinciden con los reportados en la bibliografía en cuanto a la relación hombre/mujer, estado civil y escolaridad, ya que 70% eran hombres, cerca de 90% eran solteros y 90% tenía un nivel de escolaridad media superior o superior.

Al finalizar el estudio, quedó de manifiesto que en su versión integral (pluridimensional) el programa cumplió con las metas de reducción de incapacidades y aprovechamiento de las funciones conservadas. En el grupo experimental, en cuanto al control de la sintomatología psiquiátrica, se observó una mayor estabilidad clínica y un apego terapéutico final en 64% de los casos; en el desempeño cotidiano hubo cambios favorables en 71.5% ($p < .0001$); en el funcionamiento psicosocial se observaron ganancias significativas ingreso-egreso (un nivel de ganancia); la expresión emocional disminuyó significativamente ($p < .006$). Otras áreas donde se observaron cambios favorables significativos fueron: las actividades ocupacionales dentro del hogar, la atribución de la enfermedad al paciente y las pautas de comunicación en la familia. Las áreas en que se obtuvieron mejores resultados fueron las del autocuidado, la socialización y la dinámica familiar, que frecuentemente están alterados en el paciente con esquizofrenia.

Se plantea continuar con el Programa de Rehabilitación Integral con modificaciones metodológicas sustanciales que serán expuestas en futuras publicaciones.

Palabras clave: Rehabilitación psiquiátrica, rehabilitación integral, esquizofrenia, rehabilitación psicosocial, tratamiento integral en esquizofrenia

INTRODUCCIÓN

En este documento se exponen los resultados obtenidos en el grupo III del Programa de Rehabilitación Integral para Pacientes Esquizofrénicos (PRIE) de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF). Desde sus inicios, en 1994, el INPRF ha permitido la atención de tres grupos de pacientes en etapas de tratamiento de un año

cada uno, y de dos grupos más de pacientes con etapas de tratamiento de 6 meses cada una. El PRIE incluye un proceso de admisión, estabilización y atención de los pacientes, seguido de una evaluación inicial y otra final. El objetivo del programa en los tres primeros grupos (incluido el presente) ha sido evaluar la eficacia de un programa interdisciplinario e integral en pacientes esquizofrénicos de consulta externa, en comparación con un grupo control que recibió el tratamiento médico-psiquiátrico habitual.

En otro orden, el documento da cuenta, en primer término, del estado del tratamiento convencional o estrictamente farmacológico y su evolución hasta acceder a las nociones de rehabilitación psiquiátrica integral o pluridimensional. Finalmente se expone el camino metodológico que permitió evaluar los niveles de eficacia alcanzados por el PRIE en el tercer grupo.

Marco teórico

Para el desarrollo del presente programa, tomamos como base las definiciones de Rehabilitación Psiquiátrica propuestas por Anthony en 1982 (1): Lograr que la persona con discapacidad psiquiátrica pueda desarrollar aquellas capacidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales necesarias para la vida con el menor apoyo de auxiliares; y por de la Fuente en 1993 (5): Reincorporar al individuo a su comunidad con participación activa, posiblemente a su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible dentro de la sociedad, tomando en cuenta su personalidad y sus intereses.

La rehabilitación en esquizofrenia, a diferencia de otras enfermedades crónicas, debe ser indicada desde el inicio del padecimiento, de ser posible de manera simultánea al tratamiento farmacológico, ya que los pacientes pueden presentar distintos déficit en áreas que requieren ser nuevamente habilitadas o mejoradas —no siempre *ad integrum*—, como es el caso de los déficit cognitivos, de autocuidado o sociales, ya que en algunas ocasiones estas incapacidades se presentan en la fase prodrómica, antes de la primera hospitalización (13). La persistencia de estos déficit puede ser vitalicia, razón por la cual la rehabilitación debe comenzar cuanto antes y mantenerse por todo el tiempo que sea necesario, incluso de por vida.

La rehabilitación psiquiátrica incluye un abordaje integral al proporcionar elementos que protegen contra el estrés y la vulnerabilidad, como el tratamiento farmacológico, y un número adecuado de estrategias psicosociales. Incluso llega a comprender diversas modalidades de psicoterapia, terapias ocupacionales y recreativas, así como la posibilidad de obtención de empleo. También brindar la posibilidad de que el paciente logre una calidad de vida aceptable, en la que requiera el

menor nivel de cuidados familiares y profesionales (1, 2, 5, 14, 27, 28).

Antecedentes

El tratamiento del padecimiento esquizofrénico ha evolucionado del uso casi exclusivo de antiopsicóticos hasta la identificación e incorporación de determinados catalizadores como parte de la rehabilitación. Actualmente, los programas de rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia se deben guiar por un modelo interdisciplinario e integral que incluya el tratamiento médico-psiquiátrico, la atención a la familia y dos o más modalidades de intervención psicosocial, como apoyo psicoterapéutico individual o grupal, psicoeducación, terapia ocupacional, terapias de arte o alguna otra modalidad psicoterapéutica, diseñadas especialmente y que formen parte de una matriz integradora (1, 19-28, 30).

Un papel fundamental en esta nueva perspectiva de rehabilitación lo constituye el tratamiento farmacológico adecuado. Ante la aparición de fármacos capaces de incidir no sólo en los síntomas psicóticos, sino también en aquellas manifestaciones que hasta hace poco tiempo sólo eran abordables exclusivamente con la aplicación de estrategias psicosociales por periodos prolongados con resultados limitados, se ha demostrado la optimización de ambas estrategias no sólo de manera sumatoria sino como potenciadoras de la acción benéfica de cada una. Ya se ha demostrado la conveniencia de sustituir los fármacos tradicionales por atípicos o de nueva generación en el tratamiento de la esquizofrenia, que incidan no sólo en los síntomas psiquiátricos sino también en la calidad de vida del paciente (16). Este hecho, sin embargo, no puede ser generalizado en el tratamiento del paciente esquizofrénico en países en vías de desarrollo, donde los altos costos de estos fármacos pueden constituir un obstáculo para el apego al tratamiento, por lo que los fármacos tradicionales siguen siendo la primera opción para algunos (16).

La intervención familiar se ha llegado a considerar como condición imprescindible en el proceso rehabilitatorio. Varios estudios han mostrado que los pacientes recaen más cuando sus familiares tienen expresiones emocionales (EE) altas, es decir, expresiones de crítica, hostilidad o sobreinvolucramiento emocional. La EE alta se ha relacionado con la atribución de control de la enfermedad por parte del paciente, y se ha encontrado que los familiares altamente críticos se percatan de la enfermedad y de los síntomas asociados con el control personal del paciente, a diferencia de los miembros de familia con EE baja (4, 15, 55).

Está bien documentado que los pacientes esquizofrénicos que participan en programas de rehabilitación tienen más posibilidades de lograr reincorporarse a la

vida social activa y de alcanzar una calidad de vida mejor que aquellos pacientes que no participan en ellos (24, 27, 28, 36, 45). Aun más, de los pacientes que recibieron estrategias rehabilitatorias entre 50 y 66% de ellos funcionaba años más tarde activamente en sus comunidades con pocos síntomas (29). Sin embargo, falta esclarecer a qué tipo de paciente le beneficia más la rehabilitación psiquiátrica. La presentación clínica tan variada y el diferente grado de discapacidad de cada paciente dificultan la elaboración de programas globales de rehabilitación y su aplicación generalizada. En lugar de una categoría única, se propone entonces un abordaje multidimensional para obtener mejor control de la sintomatología y mejor calidad de vida del paciente (19, 46).

El Programa de Rehabilitación Integral del Paciente Esquizofrénico (PRIE) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

El PRIE nace como una alternativa más refinada en el tratamiento de la esquizofrenia y la consecuente rehabilitación e integración de los pacientes mexicanos con este padecimiento a la vida en sociedad. Se caracteriza por un abordaje interdisciplinario e integral y por involucrar tanto a los pacientes como a sus familiares en el tratamiento y en el proceso rehabilitatorio (3, 6-12, 33-35, 37-44, 47-54).

En los tres primeros grupos, el objetivo del PRIE ha sido proporcionar estrategias de intervención interdisciplinaria para lograr la disminución de la sintomatología psiquiátrica y aprovechar las funciones conservadas, además del desarrollo de otras habilidades orientadas a mejorar la calidad de vida en los pacientes de consulta externa del INPRF con diagnóstico de esquizofrenia.

Las estrategias rehabilitatorias incluidas en el PRIE han sido: 1) Tratamiento farmacológico; 2) Psicoterapia grupal; 3) Terapia de inducción laboral-vocacional; 4) Musicoterapia; 5) Psicoterapia psicosocial; 6) Terapia ocupacional; 7) Taller de pintura y dibujo artísticos, taller de literatura, taller de papel maché y taller de Hata-Yoga; 8) Curso psicoeducativo para familiares; 9) Dinámica grupal con familiares responsables y 10) Psicoterapia unifamiliar.

EL Proyecto de Investigación del PRIE (Evaluación del programa)

El proyecto de investigación correspondiente al grupo III del PRIE está constituido por un protocolo general cuya parte central es la evaluación total de las actividades orientadas hacia el estudio y la rehabilitación, así como por subproyectos que investigan diferentes aspectos en las áreas del diagnóstico, la clínica y la rehabilitación.

Objetivo

Evaluar la eficacia del PRIE por medio de: a) La severidad de la sintomatología psiquiátrica; b) El apego terapéutico; c) El desempeño cotidiano; d) El funcionamiento psicosocial; e) La actividad global; f) Las actividades ocupacionales dentro del hogar; g) La emoción expresada y la atribución de la enfermedad y h) Las pautas de comunicación y relación en la familia.

METODOLOGÍA

Diseño. Se trata de un estudio cuasi-experimental, *pretest-postest*, prospectivo y comparativo entre un grupo experimental y un grupo control. El grupo control recibió la atención psiquiátrica habitual; además de recibir ésta, el grupo experimental asistió durante un año a un programa de intervenciones rehabilitatorias múltiples en la consulta externa.

Sujetos. La selección fue no probabilística y se obtuvo de manera secuencial de los pacientes de consulta externa de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos (Díaz-Martínez, 1996). Se trata de una muestra de 78 sujetos; los primeros 39 sujetos fueron asignados al grupo experimental y los restantes 39 al grupo control.

Variable independiente. La constituye el Programa de Rehabilitación Integral.

Variable dependiente. Está constituida por los indicadores de: a) Severidad de la sintomatología psiquiátrica, b) Apego terapéutico; c) Desempeño cotidiano; d) Funcionamiento psicosocial; e) Actividades dentro del hogar, f) Emoción expresada, g) Atribución de la enfermedad y pautas de comunicación. Los anteriores están incluidos en los siguientes instrumentos de medición, cuya validación y antecedentes se han descrito en publicaciones previas (Díaz Martínez, 1996, 1998, 1999, 2001).

Instrumentos de medición. Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANNS); Entrevista y expediente clínico para determinar si hubo recaída u hospitalización; Escala de desempleo cotidiano; Escala de funcionamiento psicosocial; Escala de valoración global; Cuestionario de evaluación y seguimiento; Escala de desempeño laboral del paciente; Cédula de evaluación de la conducta (SBAS); Escala de emoción expresada (FMSS); Lista de verificación del desempeño de las actividades ocupacionales del paciente esquizofrénico; Escala de síntomas extrapiramidales.

Procedimiento. El procedimiento, consta de las fases siguientes:

- Incorporación del paciente y sus familiares al estudio;
- Estabilización en el cuadro clínico;
- Evaluación inicial;

CUADRO 1. Datos demográficos

Variable	Población	
	Experimental (N=25)	Control (N=22)
Sexo		
Masculino	76.00%	63.60%
Femenino	24.00%	36.00%
Estado civil		
Soltero	88.00%	91.00%
Casado	—	5.00%
Separado	12.00%	5.00%
Escolaridad		
Secundaria	20.00%	27.00%
Preparatoria	40.00%	46.00%
Licenciatura (completa/ incompleta)	40.00%	27.00%
Evolución promedio del padecimiento	6.6 años	7.4 años

Fuente: Programa de Rehabilitación Integral del Paciente Esquizofrénico.

- Aplicación del PRIE y
- Evaluación final.

RESULTADOS

Datos demográficos (cuadro 1). La N final fue de 47 sujetos, 25 en el grupo experimental y 22 en el control. El sexo masculino predominó en ambos grupos, con 76% en el grupo experimental (GE) y 63.6% en el grupo control (GC). El estado civil más frecuente fue el de soltero, con 88% en el GE y 91% en el GC. La escolaridad fue discretamente más alta en el GE, donde 40% obtuvo nivel de licenciatura frente a 27.2% del GC. **Apego terapéutico** (cuadro 2). Al finalizar el estudio, el número de sujetos para el GE fue de 64% (n = 25) y de 56% para el GC (n = 22). De los 39 sujetos de la población experimental del grupo III, 25 (64%) cumplieron con todas las intervenciones del programa y 14 (36%) interrumpieron el programa al desertar. Se analizaron algunas de las características de los sujetos del GE al momento de ingresar al programa y su posible relación con el apego terapéutico: edad, años de evolución del padecimiento y número de diagnósticos.

CUADRO 2. Características de los pacientes que cumplieron con el PRIE frente a los que desertaron

Característica	Población	
	Cumplieron (N = 25)	Desertaron (N = 14)
Edad		
15-30 años	62%	47%
31-45 años	38%	53%
Años de evolución		
0-10	80%	70%
11 o más	20%	30%
Diagnósticos		
1	60%	30%
2 o más	40%	70%

Fuente: Programa de Rehabilitación Integral del Instituto Nacional de Psiquiatría.

De los pacientes que cumplieron con el programa, 62% tenía menos de 30 años frente a 38% que tenía 31 años o más. De los que desertaron, 47% se ubica en el rango de 15 a 30 años de edad, y 53% en el rango de 31 a 45 años. Por otro lado, 80% de los pacientes que cumplieron se ubica en el rango de cero a 10 años de evolución del padecimiento y 20% cae en once años o más. De los pacientes que desertaron, 70% se ubica entre cero y 10 años de evolución, y 30% con 11 o más años. En relación con el número de diagnósticos por sujeto, 60% de los que cumplieron tenía un diagnóstico y 40% tenía dos o más diagnósticos. Por el contrario, 30% de los pacientes que desertaron reporta un diagnóstico y 70% dos o más diagnósticos.

Número de diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con el CIDI. El 27.19% presentó únicamente diagnóstico de esquizofrenia; 31.15% presentó otro diagnóstico además de esquizofrenia; 31.15% presentó dos diagnósticos más y 10.51% presentó tres o más diagnósticos.

Frecuencia de diagnósticos psiquiátricos asociados al de esquizofrenia de acuerdo con el CIDI. En primer lugar, se encontró el trastorno de ansiedad con 57.14%; en segundo lugar, la dependencia al alcohol con 33.33%, seguida de trastornos afectivos con 28.57%, abuso de drogas con 19.14% y otros diagnósticos con 9.52%.

Manejo farmacológico. Las dosis de neurolepticos prescritas a los sujetos, en sus equivalentes a haloperidol, fueron: para el GE, X = 4 mg, Hlp/día y DS 2.7; para la población control, X = 5 mg, Hlp/día y DS 3.3. No hubo diferencias significativas intergrupales. Sin embargo, los pacientes del GE mostraron un mejor nivel de adaptación clínica y apego terapéutico.

Tipos de fármacos empleados por grupo (cuadro 3). EL 50% recibió antipsicóticos atípicos frente a 35% en el GC;

CUADRO 3. Descripción farmacológica

Fármacos empleados	Experimental	Control
	Dosis promedio 4mg (hlp/día)	Dosis promedio 5mg (hlp/día)
Atípicos	5	3
Haloperidol	2	3
Depósito	1	2
Otros	12%	15%

Fuente: Programa de Rehabilitación Integral del Instituto Nacional de Psiquiatría.

el haloperidol fue prescrito en 20% del GE y en 30% del GC. Los fármacos de depósito en 18% del GE y en 20% del GC; otros fármacos en 12% del GE y en 15% del GC.

Desempeño cotidiano (cuadro 4). Al comparar por grupo las medias de los indicadores de desempeño cotidiano al inicio y al final del programa, se encontró que para el GE hubo diferencias estadísticamente significativas *pretest-postest* en 10 de los 14 indicadores, y se observó una notable mejoría en las relaciones familiares, el aseo personal, las relaciones amistosas y el desempeño en el trabajo, así como en las áreas de visitas a amigos, el modo de comer y tener una actividad laboral remunerada. También hubo cambios estadísticamente significativos, aunque de menor intensidad en el GC. Estas diferencias se presentaron únicamente en cuatro de los 14 indicadores: actividad laboral remunerada, desempeño en el trabajo y, con menor intensidad, comunicación con la familia y trabajo en el hogar.

Funcionamiento psicosocial (cuadro 5). Se evaluó utilizando la Escala de funcionamiento psicosocial. Se compararon los resultados al ingreso y al egreso del programa en los grupos experimental y control. En el GE se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas de funcionamiento: ocupacional, social, económica, de pareja-sexual y familiar, así como en el funcionamiento psicosocial global. Al iniciar el tratamiento y de acuerdo con las medias ob-

CUADRO 4. Desempeño cotidiano

	Ingreso		Egreso		P
	Media	D.E.	Media	D.E.	
<i>Grupo Experimental</i>					
Comunicación familiar	2.52	1.08	3.28	0.89	0.003
Reuniones familiares	2.08	0.9	3.44	0.76	0.0001
Aseo personal	3.44	0.71	3.96	0.2	0.001
Visitas amigos	1.76	0.92	2.2	1.19	0.024
Modo de comer	2.92	1.32	3.72	0.45	0.017
Inquietud y agitación	3.32	0.94	3.76	0.52	0.03
Relaciones amistosas	1.24	1.48	2.16	1.37	0.009
Actividad laboral	1.44	0.76	1.88	1.01	0.018
Actividad laboral remunerada	0.72	1.24	1.24	1.48	0.05
Desempeño en el trabajo	0.72	1.42	1.64	1.91	0.009
<i>Grupo control</i>					
Comunicación familiar	2.9	0.96	2.25	0.85	0.01
Trabajo del hogar	2.8	1.1	2.2	1.19	0.01
Actividad laboral remunerada	1.2	1.39	0.3	0.65	0.007
Desempeño en el trabajo	1.35	1.56	0.45	1.09	0.003

Fuente: Programa de Rehabilitación Integral del Instituto Nacional de Psiquiatría.

CUADRO 5. Niveles de funcionamiento psicosocial por área y global en ingreso y egreso en grupo experimental y control

Áreas	Grupo experimental (N= 25)						Grupo control (N= 22)					
	Ingreso		Egreso		p	Diferencia ingreso/egreso	Ingreso		Egreso		p	Diferencia Ingreso/egreso
	Media	DS	Media	DS			Media	DS	Media	DS		
Ocupacional	3.8	0.83	2.0	0.02	*	+1.8	3.6	0.69	3.4	0.91	NS	+0.2
Social	3.8	0.79	2.0	0.20	*	+1.8	3.5	0.63	3.7	0.72	NS	-0.1
Económica	3.3	0.61	2.3	0.48	*	+1.0	3.1	0.50	3.2	0.55	NS	0.0
Pareja sexual	3.8	0.44	2.2	0.35	*	+1.6	3.5	0.43	3.5	0.56	NS	-0.1
Familiar	3.1	0.95	2.0	0.22	*	+1.1	3.0	0.70	3.1	0.73	NS	-0.1
Global	3.5	0.47	2.1	0.17	*	+1.4	3.3	0.32	3.4	0.45	NS	-0.1

Fuente: Programa de Rehabilitación Integral del Instituto Nacional de Psiquiatría.
Nota: *= $p < 0.001$; NS = No significativo.

tenidas los pacientes se ubicaron en todas las áreas en el nivel 3, que corresponde a neutral-indiferente y al término del tratamiento se ubicaron en el nivel 2, que corresponde a sentirse satisfechos respecto a su funcionamiento en todas las áreas, así como en su funcionamiento psicosocial global. Donde obtuvieron mayores logros fueron las áreas social, ocupacional, pareja-sexual, el funcionamiento psicosocial global, familiar y económica. En el GC no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las áreas ni en el funcionamiento psicosocial global.

Actividades ocupacionales dentro del hogar. En cuanto a la percepción que tiene la familia de los comportamientos ocupacionales dentro del hogar, no se obtuvieron diferencias significativas en ninguna de las áreas: la media de ingreso fue de 60.65, con DS de 10.37, con un puntaje mínimo de 34 y máximo de 76, con un rango de 42. La media de egreso fue de 62.14, con una DS de 12.58, con un puntaje mínimo de 41 y máximo de 97, con un rango de 56. A pesar de que la diferencia de medias no fue estadísticamente significativa, se aprecia una mejoría importante en los puntajes ingreso-egreso.

Verificación de actividades ocupacionales (cuadro 6). En las actividades ocupacionales dentro de la terapia, se observó que hubo diferencias ingreso-egreso en la lista de verificación de éstas: los comportamientos sociales tuvieron una media de ingreso de 15.95, una DS de 4.25, una media de egreso de 20.42 y una DS de 3.07, con una $p < 0.003$. En cuanto a la destreza en el trabajo, se observó una media de ingreso de 8.0 y una DS de 2.73, una media de egreso de 10.61, con DS de 1.50 y $p < 0.000$. En relación con la fiabilidad se obtuvo una media de ingreso de 8.52, con DS de 2.67, una media de egreso de 10.95 y DS de 1.28 y $p < 0.005$. La ampliación tuvo una media de ingreso de 4.76, DS de 1.65, una media de egreso de 7.23 y DS de 0.889 con $p < 0.05$, lo que indica que hubo diferencias significativas en las cuatro áreas evaluadas.

Evaluación familiar. Del total de familiares responsables evaluados, la madre ocupó el primer lugar con 83.3%

CUADRO 6. Actividades ocupacionales de población experimental grupo III

	Ingreso		Egreso		P
	X	DE	X	DE	
Comportamiento social	15.95	4.25	20.42	3.07	0.003
Destreza	8.00	2.73	10.61	1.59	0.0
Fiabilidad	8.52	2.67	10.95	1.28	0.005
Ampliación	4.76	1.65	7.23	0.889	0.05

Fuente: Programa de Rehabilitación Integral del Instituto Nacional de Psiquiatría.

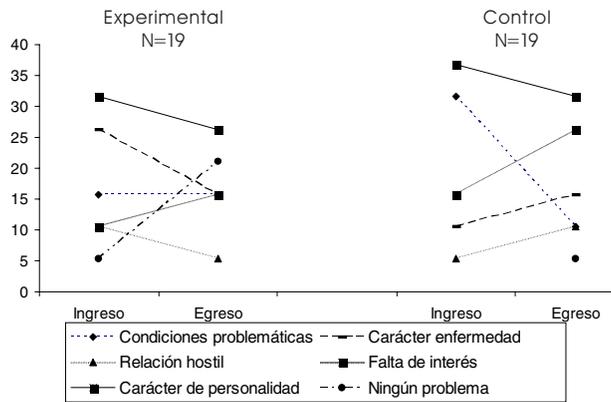
frente a los padres con 4.7%, hermanos (as) con 9.3% y otro familiar 4.6%. La edad promedio fue de 53.47 años, con una DS de 11.28. Respecto al estado civil, 67.4% vive en pareja, 14% separado, 7% soltero y 11.6% viudo; asimismo 51.1% tiene alguna ocupación, 37.2% se dedica al hogar, 9.3% está jubilado y 2.3% está desocupado.

Los familiares del GE atribuyen los problemas con sus pacientes a características de personalidad, los cuales disminuyeron al final del programa, no así en el GC.

En los familiares que atribuían los problemas a la forma de ser y a las actitudes del paciente (gráfica 1), se observó un decremento de 31.6 a 26.3%; en cuanto a la relación hostil o inadecuada, el cambio fue de 10.5 a 5.3%; respecto a los problemas derivados de la enfermedad del paciente al egreso se observó un decremento de 26.3 a 15.8%. Al ingreso al programa, sólo 5.3% de los familiares no percibía algún problema con su paciente; al egreso, esta cifra se incrementó a 21.1%. En el grupo control se observó que sólo las conductas problemáticas disminuyeron al egreso de 31.6 a 10.5% y los problemas por las actitudes y por su forma de ser de 36.8 a 31.6%

En cuanto a la Expresión Emocional (EE) de los familiares del grupo experimental (gráfica 2), en 79.2% se presentó una alta EE al ingreso del programa de tratamiento, la cual disminuyó a 33.3% al final del mismo, con una diferencia significativa de $p < .006$. Lo anterior contrasta con el caso de los familiares del grupo control, en quienes en el ingreso se observó una

Gráfica 1. Conductas de los pacientes que provocan malestar en los familiares.



Fuente: Programa de Rehabilitación Integral del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Percepción de las conductas problemáticas:

- Características de la enfermedad: levantarse tarde, apatía, aislamiento, delirios, falta de motivación, ideas extrañas.
- Conductas problemáticas: desorden, impuntualidad, descuido de sus pertenencias.
- Relación hostil o inadecuada.
- Falta de iniciativa y de interés (no atribuido a la enfermedad).
- Por su forma de ser o actitudes de personalidad.

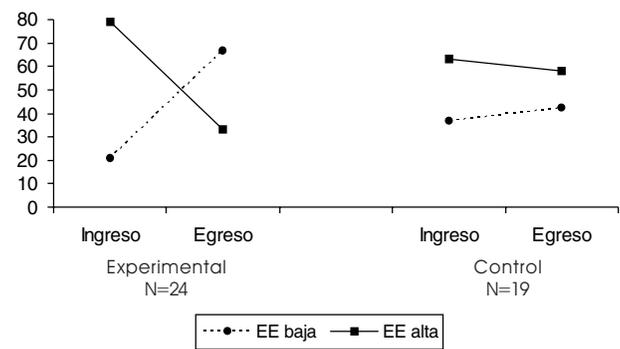
EE alta de 63.2% y al egreso 57.9%, sin diferencias estadísticamente significativas $p > 0.388$.

Intervención familiar. Al inicio del programa, la pauta comunicacional que establecía este grupo de familiares era reiterativa. El paciente mostraba rechazo a la comunicación. Ante la insistencia de la familia para que “hablara”, el paciente contestaba con monosílabos y descalificaba los intentos de establecer un diálogo; el resultado era que los familiares optaban por no insistir, atribuyendo a la esquizofrenia la imposibilidad de comunicarse. Al finalizar el programa, las pautas comunicacionales mejoraron de manera sustantiva.

CONCLUSIONES

Desde sus inicios en 1994, como parte del proceso de admisión al PRIE se ha evaluado a 310 sujetos y se ha admitido a un total de 192, lo que incluye a pacientes del GE y del GC hasta el grupo III. En este programa ha terminado su proceso de rehabilitación 71% de los sujetos que lo han iniciado, lo que representa una eficiencia terminal alta, comparada con la observada en otros programas (36, 46), en los que oscila entre 50 y 60%. Es decir, en este programa, dos de cada tres sujetos que inician lo concluyen. En sus inicios, la población del grupo III estuvo compuesta de 78 individuos: 39 pertenecientes a la población experimental y 39 al grupo control. El 64% de los pacientes del GE concluyó el programa, frente a 56% en el GC. Los

Gráfica 2. Emoción expresada de los familiares respecto al paciente.



resultados de este estudio muestran, en primer término, que los datos demográficos de los pacientes no difieren sustancialmente de los reportados en la bibliografía en cuanto a la relación hombre/mujer, estado civil y escolaridad, donde encontramos que 70% estaba compuesto de hombres, 90% con nivel de escolaridad media superior o superior.

Llama la atención que sólo un poco más de la cuarta parte de los sujetos (N=310) evaluados para su ingreso al programa haya tenido la esquizofrenia como único diagnóstico psiquiátrico (CIDI). Lo anterior significa que casi tres cuartas partes de la población evaluada han sido portadoras de más de un diagnóstico: 31% ha tenido dos diagnósticos; 31%, tres diagnósticos y 10% cuatro o más diagnósticos, lo que podría tener repercusiones en la estabilidad del padecimiento, el apego terapéutico y la eficiencia del proceso de rehabilitación.

Algunas de las características de los pacientes al ingreso mostraron que pueden estar asociadas con su permanencia en el programa o su deserción de él, en particular, la edad, los años de evolución del padecimiento y la comorbilidad psiquiátrica. Los pacientes que cumplieron con el programa de rehabilitación tenían menos de 30 años y menos de 10 años de evolución del padecimiento. Por el contrario, la proporción de pacientes que desertaron son mayores de 30 años y tienen más de dos diagnósticos. De esta manera, se confirma que la población con más de un diagnóstico es más propensa a abandonar los programas de rehabilitación y también que ello está asociado con la mayor edad de los sujetos con padecimiento. La alta comorbilidad psiquiátrica en el paciente esquizofrénico ha sido demostrada en los tres estudios realizados, por lo que se sugiere que además del diagnóstico principal, se dé atención a los trastornos comórbidos.

El desempeño cotidiano mostró una mejoría notable. En el GE hubo diferencias estadísticamente significativas *pretest-posttest* en 71.5% de las áreas evaluadas (10 de los 14 indicadores), con énfasis en el autocuidado,

las relaciones familiares, las interpersonales y el área laboral remunerada. En el GC, si bien hubo cambios significativos, sólo fueron observados en 28.5% (4 de los 14 indicadores).

El funcionamiento psicosocial por área y el funcionamiento psicosocial global mostraron diferencias significativas en el grupo experimental ingreso-egreso; no así en el grupo control. Al finalizar el tratamiento los pacientes cambiaron de la calificación 3 (neutral-indiferente) al nivel 2 (satisfechos respecto a su funcionamiento) en todas las áreas, así como en su funcionamiento psicosocial global. En el GC no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las áreas ni en el funcionamiento psicosocial global *pretest-postest*. Los resultados obtenidos coinciden con lo reportado por otros autores (17, 18, 28, 31, 32).

En los comportamientos ocupacionales en el hogar hubo mejoría en los rangos del puntaje final. En cuanto a las evaluaciones hechas dentro de la terapia ocupacional, se encontraron diferencias significativas en las cuatro áreas.

Al inicio del programa, el familiar responsabilizaba al paciente de los problemas asociados a la esquizofrenia, tanto de su presencia como de su solución, a pesar de que algunos de estos problemas formaban parte del conjunto sintomatológico y de la estructura de la personalidad, o bien eran propiciados por el mismo familiar. Al final del estudio, se observó mejoría importante en los familiares del GE que atribuían los problemas a la forma de ser y a las actitudes del paciente. Las relaciones hostiles o inadecuadas mejoraron y disminuyeron los problemas derivados de la esquizofrenia. Asimismo se incrementó el porcentaje de familiares que percibía como no problemática su relación con el enfermo. En el GC sólo una de estas áreas disminuyó al hacer la evaluación *pretest-postest*.

La Expresión Emocional (EE) de los familiares del grupo experimental, que se presentó en 79.2% al ingreso del programa de tratamiento, disminuyó a 33.3% al final del mismo, con una diferencia significativa de $p < .006$. Lo anterior contrasta con los familiares del grupo control, que no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

En el trabajo clínico con la familia, se observó que 75.04% de las familias no se comunicaba al ingreso en forma directa y tenía poca claridad en cuanto a los mensajes y su intencionalidad, con resultados frecuentemente contradictorios. Al egreso, las familias mejoraron las pautas comunicacionales y relacionales debido a que estos dos niveles se encuentran estrechamente unidos y que, al mejorar uno de ellos, se atienden ambos.

En general, quedó de manifiesto que el PRIE cumplió con las metas en cuanto al control de la sintomato-

logía psiquiátrica, la reducción de las incapacidades y el aprovechamiento de las funciones conservadas de los pacientes participantes en el grupo experimental, sobre todo en las áreas de autocuidado, socialización y dinámica familiar que, frecuentemente, están alteradas en el paciente con esquizofrenia. Si bien nuestros resultados coinciden con los reportados por otros autores, en nuestro estudio destacan la mejoría en el autocuidado, la socialización, el apego terapéutico y las relaciones familiares (1, 14, 15, 26-28, 31, 36, 46); pero con resultados altamente significativos en las intervenciones familiares en nuestros pacientes.

Estos resultados mostraron la eficacia del PRIE en su versión integral (multidimensional). Una vez cubiertos los objetivos propuestos se plantea continuar con el PRIE con modificaciones metodológicas sustanciales que serán expuestas en futuras publicaciones.

REFERENCIAS

1. ANTHONY WA, FARKAS M: A client outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. *Schizophrenia Bulletin*, 8(1):13-38, 1982.
2. BAKER FM, NAKASUKASA P: The Kulia Program: psychiatric rehabilitation in Hawaii. *Hawaii Medical J*, 60(9): 229-233, 2001.
3. BIAGINI AM: Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales. *Salud Mental*, 17(4):12-17, 1994.
4. BREWIN CR, MACCARTHY B, DUDA K, VAUGHN CE: Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *J Abnormal Psychology*, 100(4):546-54, 1991.
5. DE LA FUENTE R, DIAZ-MARTINEZ LR: Proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico. Instituto Mexicano Psiquiatría, 1993.
6. DIAZ-MARTINEZ R: La rehabilitación del paciente esquizofrénico crónico. *Memorias 1er Congreso Nacional de Psicología Médica*. (trabajo completo). México, 1993.
7. DIAZ-MARTINEZ LR, MUROW E, ORTEGA H, VALENCIA M y cols.: El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría. *Salud Mental*, 19(4):1-7, 1996.
8. DIAZ-MARTINEZ LR, RASCON ML, ORTEGA H, MUROW E y cols.: Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico. *Rev Fac Med UNAM*, 41(2): 51-59, 1998.
9. DIAZ-MARTINEZ LR, RASCON ML, VALENCIA M, MURROW E y cols.: El programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. *Salud Mental* (Número Especial):104-113, México, 1999.
10. DIAZ-MARTINEZ LR, LEAÑOS C: La rehabilitación del paciente esquizofrénico. En: *Esquizofrenia. Estado Actual y Perspectivas*. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México, 455-505, 2001.
11. DIAZ-MARTINEZ LR: La rehabilitación del paciente esquizofrénico En: Ortega H (ed.). *Lineamientos Prácticos para el Diagnóstico y el Manejo de los Pacientes Esquizofrénicos*. Ed. Colegio Mexicano de Neuropsicofarmacología A.C., México, 2004.

12. DIAZ-MARTINEZ LR: La rehabilitación psiquiátrica. Las intervenciones psicosociales y la intervención comunitaria en el paciente esquizofrénico. En: Ortega SH, Díaz-Martínez A (eds.). *Consenso Nacional de Esquizofrenia*. Universidad Nacional Autónoma de México/ Pfizer. En prensa.
13. GOLDBERG TE: The effects of clozapine in cognition and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia. *British J Psychiatry*, 162:43-48, 1993.
14. HASANAH CI, RAZALI MS: Quality of life: an assessment of the state of psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in the community. *J Royal Society Health*, 122(4): 251-5, 2002.
15. HOOLEY JM, CAMPBELL C: Control and controllability: beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives. *Psychological Medicine*, 32(6):1091-9, 2002.
16. KASPER S, LERMAN MN, MCQUADE RD y cols.: Efficacy and safety of aripiprazole vs. haloperidol for long-term maintenance treatment following acute relapse of schizophrenia. *International J Neuropsychopharmacology*, 6:325-337, 2003.
17. KOPELOWITZ A, ZARATE R, GONZALEZ V, MINTZ J, LIBERMAN RP: Disease management in latinos with schizophrenia: A family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2):211-227, 2003.
18. LEHMAN A: Commentary: What happens to psychosocial treatment on the way to the clinic. *Schizophrenia Bull*, 26(1): 137-44, 2000.
19. LEHMAN AF, KREYENBUHL J, BUCHANAN RW, DICKERSON FB y cols.: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT). *Schizophrenia Bulletin*, 30(2):193-217, 2004.
20. LIBERMAN H, HARVEY J, WINSTON A y cols.: A Social Interaction Program for Chronic Psychiatric Patients Living in a Community Residence. *Hospital Community Psychiatry*, 29 (12):1978.
21. LIBERMAN RP, WALLACE JC, FALLOON RH, VAUGHN CE: Interpersonal problem-solving therapy for schizophrenics and their families. *Comprehensive Psychiatry*, 22(6):627-630, 1981.
22. LIBERMAN RP, WEIGAND W: Drug-behavior therapy outcomes with chronic schizophrenics. *J Clinical Psychopharmacology*, 6:52-53, 1986.
23. LIBERMAN RP: Coping and Competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia. En: Goldstein MJ, Hand Y, Hahlweg K (eds.). *Treatment of Schizophrenia*. Family Assessment and Intervention, 201-221, 1986.
24. LIBERMAN RP: *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. American Psychiatric Press Inc, Washington, 1988.
25. LIBERMAN RP, CORRIGAN PW, SCHADE M: Drug and psychosocial treatment interactions in schizophrenia. *International Review Psychiatry*, 1:283-294, 1989.
26. LIBERMAN RP, WALLACE CJ, BLACKWELL GA y cols.: *Integrating Skills Training with Assertive Case Management in the Rehabilitation of Persons with Schizophrenia*. Trabajo presentado en el simposio Psychiatric Research in the Department of Veterans Affairs, Washington, 1993.
27. LIBERMAN RP, KOPELOWICZ A, YOUNG AS: Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Behavior Therapy*, 25:89-107, 1994.
28. LIBERMAN RP: Biobehavioral therapy: Interactions between pharmacotherapy and behavior therapy in schizophrenia. En: Wykes T, Tarrrier N, Lewis S (eds.). *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*, Edit.Wiley, 179-199, Chichester, 1998.
29. LIBERMAN RP, ANTHONY WA: The Psychiatric Rehabilitation. En: *Textbook of Psychiatry*, Lippincot, 2000.
30. MACIAS C, DECARLO LT, WANG Q, FREY J, BARREIRA P: Work interest as a predictor of competitive employment: policy implications for psychiatric rehabilitation. *Administration Policy Mental Health*, 28(4):279-97, 2001.
31. MARDER SR: Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 407: 87-90, 2000.
32. MOJTABAI R, NICHOLSON R, CARPENTER B: Role of psychosocial treatments in the management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bull*, 24:569-87, 1998.
33. MUROW TE, SANCHEZ-SOSA JJ: La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 26(4):47-58, 2003.
34. MUROW TE, 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.
35. ORTEGA H, VALENCIA M: Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia. En: Ortega H, Valencia M (eds.). *Esquizofrenia: Estado Actual y Perspectivas*. Colección de Libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 349-398, México, 2001.
36. PRENDERGAST JP: Integration of psychiatric rehabilitation in the long-term management of Schizophrenia. *Can J Psy*, 40 (Sup. 1):S18-21, 1995.
37. RASCON ML, DIAZ-MARTINEZ R, LOPEZ J, REYES C: Familia y Esquizofrenia, sus necesidades de atención. En: *Familia: ¡Célula social!* (comp.) Raúl Jiménez Guillen. Ed. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Depto. de Educación Especializada, Centro Universitario de Estudios para la Familia, 127-146, Tlaxcala, 1997.
38. RASCON ML, DIAZ-MARTINEZ R, LOPEZ J, REYES C: La necesidad de atención en los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, (Suplemento 20) 2:55-64, 1997.
39. RASCON ML, RASCON D, DIAZ-MARTINEZ LR, VALENCIA M: Relación entre la emoción expresada y la opinión afectiva de familiares y pacientes esquizofrénicos *Revista Iberoamericana Psicología*, 6(4):56-65, 1998.
40. RASCON ML, RASCON D, DIAZ-MARTINEZ R, LOPEZ J, REYES C: Consecuencias familiares por el cuidado del paciente esquizofrénico. En: *Familia una Construcción Social*. Raúl Jiménez Guillén (comp). Ed. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Depto. de Educación Especializada, Centro Universitario de Estudios para la Familia, 413-429. Tlaxcala, 1998.
41. RASCON ML, RASCON D, LOPEZ J, DIAZ-MARTINEZ R: Actitudes de familiares con respecto a la esquizofrenia. Estudio exploratorio. En: *Familia: Naturaleza Amalgamada*. Raúl Jiménez Guillén (comp.). Ed. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Depto. de Educación Especializada, Centro Universitario de Estudios para la Familia. 341-353. Tlaxcala, 2000.
42. RASCON ML, RASCON D, VALENCIA M: Los factores familiares en el curso de la esquizofrenia. En: Ortega H, Valencia M (eds.). *Esquizofrenia: Estado Actual y Perspectivas*. Colección de Libros del Instituto Nacional de Psiquiatría, 301-348, México, 2001.
43. RASCON ML, DIAZ-MARTINEZ R, RAMOS L: La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia. *Gac Med Mex*, 139(4):371-376, 2003.
44. RASCON GML, GUTIERREZ ML, VALENCIA CM, DIAZ-MARTINEZ LR y cols.: Percepción de los familiares del intento e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27(5):44-52, 2004.
45. ROGERS ES, ANTHONY W, JANSEN MA: Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of

- individuals with severe psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology* 33(1):5-14, 1988.
46. SALOKANGAS RK, HONKONEN T, STENGARD E, KOIVISTO AM: Symptom dimensions and their association with outcome and treatment setting in long-term schizophrenia. Results of the DSP project. *Nordic J Psychiatry*, 56(5):319-27, 2002.
 47. VALENCIA M: Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental*, 22:128-137, 1999.
 48. VALENCIA M: Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 22(2):31-40, 1999.
 49. VALENCIA M, ORTEGA H: El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En: Ortega HE, Valencia M (eds.). *Esquizofrenia: Estado Actual y Perspectivas*. Colección de libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 399-454, México, 2001.
 50. VALENCIA M: Manejo comunitario de la esquizofrenia. En: Ortega H, Valencia M (eds.). *Esquizofrenia: Estado Actual y Perspectivas*. Colección de Libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 547-608, 2001.
 51. VALENCIA M, ORTEGA HA, RASCON ML, GOMEZ L: Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas Psiquiatría*, 30(6):358-369, 2002.
 52. VALENCIA M, LARA MC, RASCON ML, ORTEGA HA: La importancia del tratamiento farmacológico y el tratamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana Psiquiatría*, 2(1):6-21, 2002.
 53. VALENCIA M, ORTEGA H, RODRIGUEZ S, GOMEZ L: Estudio comparativo respecto a las consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Parte I. *Salud Mental*, 27(3):47-53, 2004.
 54. VALENCIA M, ORTEGA H, RODRIGUEZ S, GOMEZ L: Estudio comparativo respecto a las consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Parte II. *Salud Mental*, 27(4), 2004.
 55. WEISMAN AG, NUECHTERLEIN KH, GOLDSTEIN MJ, SNYDER KS: Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *J Abnormal Psychology*, 107(2):355-9, 1998.