

# El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría\*

L. Rosa Díaz Martínez\*\*  
Esther Murow\*\*\*  
Héctor Ortega\*\*\*  
Marcelo Valencia\*\*\*  
Ma. Luisa Rascón\*\*\*  
Iraida Ramírez\*\*\*

## Summary

The present paper describes a treatment program developed for schizophrenic patients. The program intended to preserve the stability of clinical symptoms and to improve patient psychosocial and every day functioning.

The treatment program lasted 14 months. An experimental (N = 21) and a control group (N = 17) were compared. The control group received psychiatric consultation which included medication. The experimental group also received psychiatric help and medication, and attended a multiple therapy program. The program included individual and group psychotherapy, family-group therapy, psychosocial and activity therapies: (recreational therapy, expressive movement therapy, music therapy and drawing lessons). Patients attended the program three times per week for three hours. The present paper reports the general results of the project.

Therapeutic interventions will be reported later separately. Patients were evaluated with the CIDI (Robins, 1988), the PANSS (Andreasen, 1984), the DiMascio scale (Chovinard, 1980) and with a Daily Functioning Schedule developed at the Mexican Institute of Psychiatry.

Patients in the experimental group show improvement in psychosocial functioning: In the specific areas of the Daily Functioning Schedule, patients in this same group improved in more areas as compared to the control group more specifically in the interpersonal and social relationships.

Results show the patients in the experimental groups showed greater improvement in interpersonal relationships and in psychiatric symptoms.

The results of each individual therapeutic intervention will be reported in other papers to be published.

## Resumen

Este artículo describe los resultados preliminares del proyecto desarrollado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría para el Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico de consulta externa.

Los objetivos generales del proyecto fueron mantener la estabilidad en el cuadro clínico y mejorar el funcionamiento psicosocial y el desempeño cotidiano de los pacientes.

\* Este proyecto fue planeado y dirigido por el Dr. Ramón de la Fuente  
\*\* Jefe del Departamento de Estudios Clínicos Especiales

\*\*\* Investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Tlalpan, 14370 México, D.F.

El programa tuvo una duración de 14 meses. Se trabajó con un diseño *quasi*-experimental de pretest-postest con un grupo control (N = 17) y uno experimental (N = 21). El grupo control recibió la atención psiquiátrica habitual y el grupo experimental además de recibir ésta, asistió a un programa de intervenciones múltiples que incluían psicoterapia individual y de grupo, dinámica familiar con los familiares responsables de cada paciente, intervención psicosocial y terapias de actividades que incluían terapia recreativa, expresión corporal, musicoterapia y taller de dibujo artístico.

En este trabajo se reportan los resultados del proyecto general. Los resultados de cada una de las intervenciones terapéuticas se publicarán en otros trabajos.

Los pacientes fueron evaluados con la Cédula de Entrevista Diagnóstica Internacional (CIDI) (Robins, 1988), con la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) (Andreasen, 1984), con la Escala de Síntomas Extrapiramidales de DiMascio (Chovinard, 1980), y con la Escala de Desempeño Cotidiano desarrollada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (de la Fuente y Díaz, 1993). Así mismo, se evaluó al familiar responsable con la CIDI.

Los pacientes del grupo experimental mostraron un mejor rendimiento psicosocial, en relación al grupo control en la evaluación con la Escala de Desempeño Cotidiano, en particular, en la sintomatología psiquiátrica y en las relaciones interpersonales.

La evaluación final del proyecto para el manejo integral del paciente esquizofrénico, en el área de la rehabilitación psicosocial, nos permite concluir que éste mostró ser de gran utilidad en áreas específicas de la vida de los pacientes, logrando disminuir una proporción importante de las discapacidades presentes así como el aprovechamiento de las funciones conservadas.

Los resultados de cada uno de los estudios realizados y de las intervenciones terapéuticas serán reportados en otras publicaciones.

## Introducción

A partir de la sexta década de este siglo se puso en marcha, alentado por los avances de la psicofarmacología, un proceso de cambio en el trato y en el tratamiento de los enfermos mentales.

Algunos estudios han demostrado que ya no se requiere mantener confinados a los enfermos hasta la total desaparición de los síntomas de su enfermedad

(Arieti, 1980; Revere, 1983; Furedi, 1986; Munich, 1987; Mueller, 1987; Danley, 1987; Braive, 1987; Rogers, 1988; Kalina, 1988; Hickling, 1989; Malone, 1989; Glass, 1989; Coursey, 1989; Paquin, 1990; Klerman, 1990; Rimmerman, 1991; Nel, 1991; Ferguson, 1992; Otero, 1992; Steinhart, 1992; Carpenter, 1993; Bellack, 1993; Simpson, 1993; Delahunty, 1993; Schwartz, 1993; Spaulding, 1994; McGlashan, 1994). Hoy en día, la restitución parcial del juicio de realidad y de la conciencia de enfermedad, hacen posible el manejo personalizado y la rehabilitación de pacientes que en el pasado eran difícilmente abordables por la dificultad para establecer con ellos una relación significativa.

Uno de los mayores retos que confronta actualmente la psiquiatría en todos los países es mejorar la calidad de la atención de los enfermos mentales que la requieran, mayor participación de las familias y de la sociedad.

La rehabilitación es un proceso de larga duración que conoce grados y en el cual se relacionan los objetivos con las posibilidades (Otero, 1992). Algunos enfermos logran niveles de funcionamiento similares a los que tenían antes de enfermar, otros mejoran parcialmente y, otros más, permanecen con discapacidades importantes el resto de su vida (Ferguson, 1992). No es sólo la magnitud del daño sino las circunstancias las que señalan los límites de la restauración (Spaulding, 1994).

Un eje del proceso rehabilitatorio es ayudar a los pacientes a fortalecer su autoestima, mejorar su funcionalidad y suscitar en ellos la esperanza de lograr mayor autonomía y mejores relaciones humanas.

En países avanzados se han ofrecido dos tipos de opciones asistenciales a la población de enfermos mentales crónicos: una, externar a los enfermos recluidos en las grandes instituciones y darles atención en unidades pequeñas, generalmente casas ordinarias, dispersas en la comunidad, que han sido adaptadas y que cuentan con el respaldo de hospitales y servicios sociales (Arieti, 1980; Revere, 1983; Coursey, 1989; Nel, 1991).

Otra opción es la que favorecen algunos expertos, como J. Wing (1981) en Inglaterra y que se denomina centralizadora. Consiste en desarrollar en el propio hospital, remodelado y reorganizado, áreas nuevas que alojen a los enfermos más rehabilitables, dotadas de instalaciones tales como tienda, club social, facilidades de recreación, etc., y un programa activo de rehabilitación. El costo de las instalaciones puede ser accesible y también se reduce el problema de tener al personal adecuado. Además, se cuenta con los servicios de apoyo del propio hospital, que es aceptado por la población porque ha estado ahí desde hace tiempo.

Estos modelos, que no son opuestos sino complementarios, han mostrado tener ventajas y desventajas en distintos países y lugares, además de facilitar el tránsito hacia formas de vida más autónomas y satisfactorias a cierto tipo de enfermos. No obstante, las condiciones de vida de una proporción de enfermos crónicos siguen siendo insatisfactorias, a veces deplorables, y son objeto de gran preocupación.

En la actualidad, un hospital psiquiátrico ha de contar con las instalaciones, los servicios, los programas

y el personal que se requiere para mejorar sustancialmente el manejo terapéutico y humano de este sector de la población psiquiátrica.

El tratamiento médico y la rehabilitación psicosocial son complementarios e inseparables en el manejo médico de los enfermos mentales crónicos. El tratamiento farmacológico está orientado a corregir los síntomas de la enfermedad, en tanto que las intervenciones psicoterapéuticas y rehabilitatorias están dirigidas a ayudarlo a una vida familiar y social más activa (Kalina, 1988). La operación de un servicio de rehabilitación requiere psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y personal voluntario, todos ellos bajo la dirección de médicos profesionalmente calificados.

Generalmente se acepta que la rehabilitación rinde mejores frutos si se inicia en cuanto el estado del enfermo lo permita en el escenario hospitalario o extra-hospitalario que responda mejor a sus necesidades de cuidado y protección. Para cumplir esta tarea se requiere de un servicio estructurado y personal adiestrado y dispuesto a dedicar a ella el tiempo necesario (Rogers, 1988; Paquin, 1990; Carpenter, 1993).

Los fármacos neurolépticos son eficaces para eliminar síntomas, por ejemplo, las alteraciones de la percepción y del pensamiento como los delirios y las alucinaciones, y para restablecer total o parcialmente el contacto de la persona enferma con la realidad, lo que lo hace abordable a la psicoterapia, tanto individual como en grupo, el adiestramiento en habilidades sociales y la modificación conductual (Kalina, 1988).

Dado que la mitad de los pacientes crónicos recluidos en hospitales psiquiátricos son personas que sufren de esquizofrenia, estos enfermos son el conglomerado más importante que requiere rehabilitación.

La persona que sufre esquizofrenia se ausenta de la realidad y no tiene conciencia de estar enfermo. Es claro que en estas condiciones, la persona no puede manejar su vida de manera autónoma, y el asignarle tareas que no puede cumplir le conduce al fracaso reiterado y al desaliento (Rimmerman, 1991; Schwartz, 1993).

La adaptación social de un paciente se muestra en su capacidad de funcionar bien en roles clave: compañero, amigo, conyuge, trabajador, padre y en el funcionamiento ocupacional (Bellack, 1993; Carone, 1991). Un hecho establecido es que el curso y el desenlace de la esquizofrenia no sólo dependen de la condición patológica en sí, sino de las reacciones que generan en las personas afectadas y de las circunstancias y sucesos de la vida, particularmente las actitudes de la familia y las redes de apoyo social (Braive, 1987; Glass, 1989; Carone, 1991).

Puesto que algunas discapacidades no son modificables, es necesario que el ambiente compense estas deficiencias y que el enfermo reciba el apoyo y la protección que necesita (Sjöström, 1984; Munich, 1987; McGlashan, 1994).

Con fines de rehabilitación es conveniente tener en cuenta tres aspectos en el enfermo esquizofrénico crónico: 1) discapacidades primarias que son propias de la enfermedad, síntomas y conductas disfuncionales; 2) cambios que son resultado de su experiencia de la

enfermedad, como son la mayor sensibilidad y vulnerabilidad consecutivas a haber sufrido un trastorno psiquiátrico severo y 3) cambios 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 hacia el enfermo, como son la disminución de los contactos sociales, la pobreza, la discriminación, el desempleo y la ausencia de un lugar en la sociedad (Furedi, 1986; Muller, 1987; Danley, 1987; Hickling, 1989; Sharpe, 1988; Malone, 1989; Klerman, 1990; Delahunty, 1993).

Uno de los intereses del Instituto Mexicano de Psiquiatría ha sido desarrollar y probar modelos de rehabilitación para pacientes agudos y crónicos hospitalizados (Quiroga, 1982; Ryan, 1982; Valencia, 1986, 1988). En el momento actual y como respuesta a las necesidades de este numeroso grupo de pacientes se creó en este Instituto un modelo de intervención integral, que permita la reducción de incapacidades y el aprovechamiento de las funciones conservadas de los pacientes psiquiátricos, manejándolos a través de la consulta externa.

De esta manera, se inició el "Proyecto para el Estudio, Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico", que tuvo como objetivo principal evaluar los cambios asociados a un programa de intervención psicosocial en pacientes esquizofrénicos en cuanto a estabilidad en el cuadro clínico, en el funcionamiento psicosocial y en el desempeño cotidiano, en comparación con un grupo control de pacientes con este mismo trastorno que recibió el tratamiento convencional.

Se trata de un proyecto interdisciplinario en el que participan profesionistas de distintas divisiones y departamentos de dicho Instituto. Estuvo integrado por un protocolo general cuya parte central fue la evaluación de la intervención psicosocial y de subproyectos que investigan diferentes tópicos en el área diagnóstica, clínica y de rehabilitación.

En este trabajo se presentan los resultados de la fase de intervenciones terapéuticas del protocolo general, considerando algunos de los resultados de los subproyectos que se relacionaron con los objetivos generales propuestos.

## Método

Se trata de un diseño *quasi*-experimental, prospectivo, de comparación entre dos grupos: experimental y control.

## Sujetos

Los sujetos fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: 1. Pacientes de ambos sexos con edad entre 16 y 40 años. 2. Residencia en la ciudad de México o área metropolitana. 3. Educación primaria terminada. 4. Pacientes que reunieran los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo al DSMIII-R y CIE-10. 5. Que se contara con dos o más familiares que desearan participar en el programa, que tuvieran convivencia estrecha con el paciente y que asumieran la responsabilidad para el cumplimiento del

programa. 6. Pacientes que certificaran por escrito su deseo de participar en el programa.

Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: 1. Pacientes que no reunieran alguno de los criterios de inclusión. 2. Pacientes gravemente enfermos. 3. Pacientes con efectos colaterales medicamentosos severos. 4. Pacientes con déficit cognoscitivo importante.

La muestra se obtuvo de manera secuencial de los pacientes que acuden a solicitar atención al servicio de consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría. La muestra fue no probabilística de 50 sujetos, 25 para cada grupo. Los primeros 25 sujetos fueron asignados al grupo experimental y los segundos al grupo control.

Después de 14 meses, al finalizar el estudio, el grupo experimental constaba de 21 sujetos, ya que 4 pacientes abandonaron el estudio por razones laborales o por rechazo. El grupo control estaba integrado al final por 17 pacientes, ya que 8 abandonaron el estudio, sin una razón particular.

## Procedimiento

El procedimiento a seguir con los pacientes de ambos grupos fue llevar a cabo una entrevista informativa del proyecto con el paciente y su familia. Se realizó una evaluación clínica completa, para continuar con el ajuste medicamentoso necesario hasta lograr la estabilidad en el cuadro clínico.

La estabilidad clínica fue evaluada con las escalas Panss y DiMascio cada 15 días, si las puntuaciones en la subescala de síntomas positivos era mayor de 12, o la escala de DiMascio era menor de 2 se ajustaba la dosis de antipsicóticos y anticolinérgicos. Una vez que se logró mantener al paciente con DiMascio menor de 2 y una puntuación total del Panss estable (variaciones menores del 20 %), se le autorizaba continuar con el proceso de selección. Posteriormente, la realización de estudios diagnósticos iniciales: evaluación clínica, familiar, psicosocial, desempeño cotidiano, mapeo cerebral, tomografía axial computarizada, pruebas neuropsicológicas y revisión médica quincenal.

En los pacientes asignados al grupo experimental, una vez concluida la fase de estudio, se inició la fase de tratamiento psicosocial. Los pacientes asistieron a recibir las estrategias psicosociales rehabilitatorias por las tardes, 3 horas 3 veces por semana durante 14 meses en sesiones grupales con las siguientes actividades: psicoterapia de familia (en el familiar responsable), psicoterapia individual y grupal, intervención psicosocial, terapia ocupacional, musicoterapia, taller de dibujo artístico, taller de expresión corporal, además de la revisión médica quincenal para el control de la estabilidad en la sintomatología psiquiátrica.

En ambos grupos, se evaluó a cada paciente cuando menos una vez al mes; si la puntuación en el Panss total aumentaba, se le citaba cada 15 días y se ajustaba la dosis de antipsicóticos.

En la última fase del programa se llevó a cabo la evaluación de cada una de las intervenciones y la evaluación del proyecto general, que consistió en la medición de la estabilidad en el cuadro clínico, el funciona-

**Cuadro 1**  
**Características demográficas de los grupos del estudio**

	<i>Grupo experimental</i>		<i>Grupo control</i>	
	x	D.E	x	D.E
Edad	29	5.7	27.8	6.6
Escolaridad	11.6		11	
No de diagnósticos	3	1.8	1.5	2.5
Tiempo de enfermedad	8.2	6.4	6.9	4.5

miento psicosocial, y del desempeño cotidiano en ambos grupos.

Cada uno de los estudios y de las actividades rehabilitatorias formaron parte de subproyectos de investigación con objetivos particulares e instrumentos de evaluación específicos. Los resultados de dichos trabajos se presentarán en otras publicaciones.

### **Instrumentos (protocolo general)**

Para establecer el diagnóstico y para evaluar la estabilidad del cuadro clínico se aplicaron: 1. Cédula de Entrevista Diagnóstica Internacional (CIDI) (Robins, 1990); 2. Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) (Andreasen, 1982; 1994) 3. Escala de Síntomas Extrapiramidales de DiMascio (Chovinard, 1980).

La evaluación del funcionamiento psicosocial se hizo con la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFP) diseñada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Valencia, 1988).

El desempeño psicosocial fue evaluado en las siguientes áreas: global, ocupacional, social, sexual-pareja y familiar. Se utilizó también la Escala GAF del eje V del DSM-III-R que incluye la sintomatología del paciente, así como la incapacidad y grado de deterioro en su actividad social, laboral y escolar.

El desempeño cotidiano del paciente fue evaluado con la Escala de Desempeño Cotidiano del Instituto Mexicano de Psiquiatría (De la Fuente, 1993). Esta escala fue desarrollada y validada para su utilización en este proyecto, evalúa la percepción que la familia tiene del estado de su paciente y de los cambios que ha presentado después del tratamiento. Fue aplicada a los familiares de los pacientes en ambos grupos, antes y después de la aplicación de las estrategias psicoterapéuticas. Este instrumento evalúa las siguientes áreas:

1. Relación con otros miembros de la familia;
2. cuidado personal;
3. actividades escolares;
4. ocupación del tiempo libre;
5. evaluación del comportamiento del paciente a nivel individual, familiar y social; y
6. actividades laborales.

### **Análisis de los datos**

El análisis de los datos fue comparativo pretest-postest para ambos grupos (control y experimental). Además de las evaluaciones globales del proyecto, los

investigadores responsables de cada una de las intervenciones terapéuticas aplicaron una evaluación específica, que no será descrita en este trabajo.

Para el análisis de los datos clínicos se utilizó un ANOVA de dos factores para medidas repetidas

Se llevaron a cabo pruebas de diferencias de puntajes promedio de cada uno de los reactivos de la Escala de Desempeño Cotidiano. Se utilizó la prueba *t* de Student para evaluar diferencias estadísticamente significativas. Los análisis se hicieron considerando a los grupos como muestras independientes comparándolos entre sí.

## **Resultados**

### **Datos demográficos**

#### *Grupo experimental*

La muestra del grupo experimental tuvo una edad promedio de  $29 \pm 5.7$  años. El 76 % eran varones y el 14 % mujeres, con una escolaridad promedio de 11.6 años. El promedio de diagnósticos por sujeto fue de  $3 \pm 1.8$ .

#### *Grupo control*

La muestra del grupo control tuvo una edad promedio de  $27.8 \pm 6.6$  años. El 83 % eran varones y el 17 % mujeres, con una escolaridad promedio de 11 años. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de  $6.9 \pm 4.5$  años. El promedio de diagnósticos por sujeto fue de  $4.5 \pm 2.5$  (cuadro 1).

Se compararon las variables sociodemográficas de los dos grupos sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

### **Area clínica**

Los grupos de tratamiento: experimental y control, fueron semejantes en la línea base, tanto en la severidad de síntomas psiquiátricos como en los efectos extrapiramidales. La semejanza se mantuvo a lo largo de todo el estudio. El ANOVA no mostró efectos significativos ni entre grupos ni en el tiempo. Los pacientes se mantuvieron estables en las variables psicopatológicas y en los efectos motores secundarios al uso de antipsicóticos.

## Tratamiento psicosocial

En esta área del programa, los pacientes del grupo experimental, tuvieron cambios y mejoras significativas en 4 de las 5 áreas del programa: ocupacional, social, sexual-pareja, y familiar, así como en el funcionamiento psicosocial global en comparación con los sujetos del grupo control. Los pacientes del grupo experimental presentaron un nivel de funcionamiento psicosocial con una media de 65.71 que los ubica 2 niveles por arriba del grupo control, quienes se mantuvieron en el mismo nivel que al inicio del programa con una media de 45.28, habiendo estado ambos grupos al mismo nivel de funcionamiento al inicio del programa.

Los resultados de la evaluación global con la Escala GAF, muestra que los pacientes del grupo experimental ingresaron con una media de 43.85 y egresaron con una media de 65.71, logrando un puntaje de ganancia ingreso-egreso de 21.86 puntos, mientras que los pacientes del grupo control reportaron una media de 45.78 al ingreso y una media de 42.35 al egreso con una diferencia de -2.93 puntos. En los pacientes del grupo experimental se encontraron diferencias significativas ( $P < .0001$ ) entre el ingreso y el egreso del tratamiento. En los pacientes del grupo control no se encontraron diferencias significativas.

## Desempeño cotidiano

Se analizaron los promedios de cada uno de los reactivos para ambos grupos antes y después del tratamiento. En la comparación del grupo experimental se encontraron diferencias significativas pretest-postest en la mayoría de los reactivos, sobre todo en las áreas de comunicación, autocuidado y relaciones interpersonales, a diferencia del grupo control en donde los cambios fueron menores (cuadro 2).

## Discusión y conclusiones

Al final del estudio, el número de sujetos para cada grupo, mostró que el apego psicoterapéutico fue mayor en el grupo experimental que en el grupo control con  $N = 21$  y  $N = 17$  respectivamente.

En los datos demográficos de los pacientes, en el número de diagnósticos y en el tiempo de aparición del padecimiento se observaron algunas diferencias que no mostraron significancia estadística, lo que permitió la comparación entre grupos de manera confiable.

En el área clínica, si bien no se observaron cambios entre grupos en cuanto a disminución de la sintomatología psiquiátrica (PANSS total), si se logró mantener la estabilidad del cuadro clínico en una mayor proporción en los pacientes del grupo experimental, aunque sin alcanzar significancia estadística. Dado que los criterios de admisión de los pacientes al grupo de estudio estipulaban que el paciente debería encontrarse en un estado de tratamiento farmacológico óptimo, era poco probable que se observaran cambios importantes en esta área. En este sentido la semejanza entre los grupos de tratamiento y control indican que la maniobra experimental dio lugar a que estos pacientes se comportaran clínicamente como un grupo con un mejor nivel de adaptación.

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, que en el grupo control, a pesar de haber tenido tratamiento farmacológico similar al experimental, no mostraron mejoría significativa.

En el área de los hábitos (consumo de alcohol y tabaco), no se observaron cambios en ninguno de los grupos, en cuanto al consumo de alcohol, no se observaron diferencias significativas, posiblemente porque

**Cuadro 2**  
Medias grupales en el desempeño cotidiano.  
Grupo experimental y control.  
Variables con diferencias significativas

Áreas	Media ingreso Grupo experimental	Media egreso Grupo experimental	P	Media ingreso Grupo control	Media egreso Grupo control	P
Comunicación con la familia	2.15	3.65	.0001*	2.29	3.70	.009***
Participación en el trabajo del hogar	2.15	2.65	.021***	-	-	.018***
Participación en reuniones familiares	2.55	3.60	.002***	2.17	3.00	.018***
Antagonismos con otras personas	1.35	1.70	.005***	1.29	1.70	.014***
Vistas amigos	1.40	2.20	.014***	-	-	-
Modo de comer	2.80	3.75	.002***	3.29	3.82	.024***
Inquietud y agitación	2.85	3.55	.0001*	-	-	-
Problemas de sueño	1.45	1.80	.031****	-	-	-
Relaciones interpersonales	1.55	2.15	.024****	-	-	-
Calidad de las relaciones	6.50	4.05	.018****	-	-	-
Empleo del tiempo libre	-	-	-	2.47	3.17	.006***

Prueba aplicada t de Students de muestras independientes. \* $P < .0001$ ., \*\*\* $P < .01$ ., \*\*\*\* $P < .05$ .

este no representó un problema importante en la evaluación inicial. En relación al uso de tabaco, es bien sabida la función que cumple para aliviar la ansiedad en los pacientes, por otra parte, ésta no fue un área específica en la que se haya trabajado durante el programa.

El hecho de que los pacientes de ambos grupos no hayan mostrado diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento en el área de asistencia a la escuela y en el área laboral, se debe a que los que asistían a la escuela o los que tenían un trabajo del grupo control conservaron esta actividad hasta el final del programa. Del grupo experimental, una proporción de los pacientes que asistían a la escuela dejaron de hacerlo, probablemente para asistir al programa de tratamiento, reanudándolo una vez concluido éste.

En el área del funcionamiento psicosocial se observaron los siguientes cambios: al término del programa los pacientes del grupo experimental presentaron un mejor funcionamiento psicosocial dos veces por arriba del grupo control, quienes se mantuvieron en el mismo nivel que al principio del programa, habiendo empezado ambos grupos en el mismo nivel de funcionamiento.

Los resultados de la evaluación global con la Escala GAF, mostraron que los pacientes del grupo experimental tuvieron una mejoría importante en cuanto al grado de deterioro e incapacidad en su actividad social, laboral y escolar, con una ganancia de 21.86 puntos en la media, que al inicio era de 43.85 y al egreso de 65.71, con  $p < .0001$ ; mientras que los pacientes del grupo control reportaron una diferencia de -2.93 puntos.

Los datos permiten concluir que existe una relación directa entre un programa de tratamiento integral y cambios notables en el funcionamiento psicosocial de los pacientes que participan en el programa, lo que coincide con los resultados de otros autores.

Es conveniente señalar que estos datos únicamente muestran información obtenida a través de los diferentes instrumentos de evaluación. Será necesario, en análisis posteriores incluir la información de tipo cualitativo y clínico, que ayudará a comprender mejor los cambios asociados a las intervenciones psicoterapéuticas.

*Agradecemos la colaboración del licenciado Francisco Juárez y de la señorita Lorena Romero Bazaldúa en el análisis estadístico de los datos.*

## REFERENCIAS

1. ANDREASEN NC: Though, language and communication disorders II. Diagnostic significance. *Archives of General Psychiatry*, 36:1325-1330, 1979.
2. ANDREASEN NC: Language and communication disorders: Clinical assessments definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36: 1315-1321, 1979.
3. ANDREASEN NC, OLSEN S: Positive and negative schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39: 789-794, 1982.
4. ANDREASEN NC: Scale for the Assessment of Negative and Positive Symptoms (SPAS). Iowa City, IA. University of Iowa, 1984.
5. ARIETE S: Psychotherapy of schizophrenia: New or revised procedures. *American Journal of Psychotherapy*, XXXIV(4), 1980.
6. BELLACK A: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2):317-336, 1993.
7. BRAIVE CH: The professional apprenticeship enterprise: An experiment in readapting mentally ill adults to working life. *J Ment Health*, 17(2):65-71, 1988.
8. CARPENTER WT: Comentario: El tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. *Psiquiatría*, 56:301-306, 1993.
9. CURSEY RD: Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia: The need for a new agenda. *Schizophrenia Bulletin University of Maryland*, 15(3):349-353, 1989.
10. 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.
11. CHOVINARD G, ROSS-CHOVINARD A y cols.: The extrapyramidal symptom rating scale. *Can J Neurol Sci*, 7:233, 1980.
12. De LA FUENTE R, DIAZ MR: Proyecto para el Estudio, Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993.
13. DELAHUNTY A: Specific cognitive flexibility rehabilitation in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 23:221-227, 1993.
14. 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.
15. FUREDI J: Un punto de vista sobre la rehabilitación del paciente psiquiátrico en Hungría. *Salud Mental*, (9)2:28-29, 1986.
16. GLASS LL: Psychotherapy of schizophrenia: An empirical investigation of the relationship of process to outcome. *Am J Psychiatry*, 146(5):603-608, 1989.
17. HICKING FW: Sociodrama in the rehabilitation of chronic mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(4):402-406, 1989.
18. KALINA K: Psychotherapy and pharmacotherapy in treatment of schizophrenia. Part one: Additive model and therapeutic relationship. *EUR J Psychiatr*, 2(3):133-139, 1988.
19. KLERNAN GL: The psychiatric patient's right to effective treatment: Implications of Osheroff V. Chestnut Lodge. *Am J Psychiatry*, 147(4):409-418, 1990.
20. MALONE J: Concepts for the rehabilitation of the long-term mentally ill in the community. *Issues in Mental Health Nursing*, 10: 121-135, 1989.
21. MULLER BJ: Attitudinal, administrative, legal, and fiscal barriers to case management in social rehabilitation of the mentally ill. *Int J Ment Health*, 5(4):44-58, 1987.
22. MUNICH RL: Conceptual trends and issues in the psychotherapy of schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy*, XLI(1):23-37, 1987.
23. Mc GLASHAN: What has become of the psychotherapy of schizophrenia? *Acta Psychiatr Scand*, (Suppl 90) 384: 147-152, 1994.
24. NEL K: Rehabilitation services for psychiatric patients. *Rehabilitation in SA*. 8-11, 1991.
25. OLSON DH y cols.: Circumplex model of marital and family systems: I Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Fam Proc*, 18:3-28, 1979.
26. OTERO V: Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquis*, 13(3):135-142, 1992.
27. PAQUIN MJR: Maintaining successful interventions in social, vocational, and community rehabilitation. *Canadian Journal of Community, Mental Health*, 9(1):39-49, 1990.
28. QUIROGA H: La rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado: Descripción, resultados y perspectivas. *Anales. I Reunión sobre Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 203-215, 1982.

29. REVERE VL: Modifying psychotherapeutic techniques to meet the needs of chronic schizophrenics. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(4):361-362, 1983.
30. RIMMERMAN A: Token reinforcement in the psychosocial rehabilitation of individuals with chronic mental illness: is it effective over time?. *International Journal of Rehabilitation Research*, 14:123-130, 1991.
31. ROBINS LN: The Composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
32. ROGERS ES: Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology*, 33(1):5-14, 1988
33. RYAN HP: Un programa experimental psicosocial para pacientes agudos hospitalizados. *Salud Mental*. 5(3):8-15, 1982
34. SCHAWARTZ BJ: Psychosocial treatments of schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 23:4, 1993.
35. SIMPSON C: Home-based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 162:227-237, 1993.
36. SPAULDING WD: Changing cognitive functioning in rehabilitation of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, (90 Suppl) 384:116-124, 1994.
37. STEINHART I: Prediction of hospitalization within a psychiatric community care system a five-year study. *Psychiatry Epidemiol*, 27:270-273, 1992.
38. VALENCIA M, OTERO BR, RASCON ML, NUÑEZ L: Un programa de intervención clínica en un hospital mental. *Salud Pública de México*. 28(5):480-488, 1986.
39. VALENCIA M: Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. *Psiquiatría*, 1:71-96, 1988.