

ESTUDIO COMPARATIVO RESPECTO A CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y PSICOTERAPEUTICAS EN EL TRATAMIENTO BIOPSICOSOCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA. 2ª PARTE*

Marcelo Valencia C**, Héctor A. Ortega-Soto***, María Soledad Rodríguez V***, Leopoldo Gómez C****

METODOLOGÍA

Se diseñó un programa de tratamiento para pacientes con esquizofrenia, conformado por dos modalidades de intervención. Estas se llevaron a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en México, D.F., en el periodo de 1994 a 2001. Para cada modalidad se conformaron dos grupos de pacientes: en la primera, denominada “grupo experimental”, los pacientes recibieron una combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia psicosocial; en la segunda, denominada “grupo control”, los pacientes recibieron únicamente el tratamiento farmacológico. Este programa se implementó en tres ocasiones denominadas primero, segundo y tercer tratamientos. Los tres fueron idénticos en contenido, abordaje terapéutico, y tiempo de duración de cada intervención, que fue de un año. Para implementar las intervenciones se utilizó un diseño cuasiexperimental, prospectivo. La muestra de pacientes de cada modalidad se conformó de la manera siguiente: en el primer tratamiento, el grupo experimental tuvo una muestra de 21 pacientes y el control de 15; en el segundo, el grupo experimental y control tuvieron una muestra de 24 pacientes cada uno, y en el tercer tratamiento quedaron 25 pacientes en el grupo experimental y 22 pacientes en el grupo control. La muestra final para el total de tratamientos fue de 70 pacientes experimentales y 61 controles. En cada uno de los tres tratamientos, los pacientes de los dos grupos bajo estudio, experimental y control, fueron evaluados antes y después de cada intervención. Se evaluaron las características sociodemográficas, la sintomatología, el funcionamiento psicosocial, la acti-

vidad global, las recaídas, las rehospitalizaciones y la adhesión terapéutica en términos del cumplimiento con los tratamientos farmacológico y psicoterapéutico.

Los sujetos que participaron en los tres tratamientos fueron pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo con el DSM-IV (1) y el CIE-10 (43) (estos diagnósticos se corroboraron con la aplicación de la Cédula de Entrevista Diagnóstica [CIDI]) (49), que tomaran los medicamentos antipsicóticos prescritos, que fueran estables clínicamente respecto al control de la sintomatología psicótica, que no se encontraran hospitalizados, que fueran de ambos sexos, que sus edades estuvieran entre los 16 y 55 años, que hubieran terminado la educación primaria, que vivieran con sus familias y que residieran en la Ciudad de México o el área metropolitana, que certificaran por escrito y de manera voluntaria su deseo de participar en el tratamiento y que nunca antes hubieran recibido alguna forma de psicoterapia. Se excluyó a pacientes gravemente enfermos, inestables en su cuadro clínico, con efectos medicamentosos colaterales y con un déficit cognoscitivo importante. Participaron pacientes ambulatorios que asistían a la Consulta Externa del Hospital del mismo Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. *Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS)* (Valencia, 1989).

Este instrumento comprende dos secciones: una informativa, que incluye los datos sociodemográficos,

*Los resúmenes en inglés y español aparecen en el Vol. 27, No. 3, junio, 2004.

**Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F. valencm@imp.edu.mx

***Clínica de Esquizofrenia. Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

****Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

las condiciones de vivienda y la composición familiar. La sección evaluativa permite conocer el funcionamiento psicosocial en cinco áreas: ocupacional, social, económica, pareja-sexual y familiar, así como el funcionamiento psicosocial global del paciente. Se evalúa el nivel de satisfacción que el paciente reporta respecto a su desempeño de roles en las cinco áreas de funcionamiento psicosocial, por medio de 35 reactivos, siete en cada área. Para ello se utiliza un sistema de calificación que incluye cinco niveles, donde la calificación de 1 corresponde al nivel de muy satisfecho, el nivel 2 a satisfecho, el nivel 3 a neutral-indiferente, el nivel 4 a insatisfecho y el nivel 5 a muy insatisfecho. La escala fue diseñada por Valencia (1989) (61), en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, y presenta un alto grado de validez y confiabilidad para su uso en México. La escala debe ser aplicada por un entrevistador previamente capacitado en su manejo, mediante una entrevista directa al paciente. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 45 minutos.

2. *Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), DSM-IV* (1995).

Esta escala evalúa una combinación de la sintomatología y la actividad psicológica, social y laboral del paciente en un *continuum* salud-enfermedad. De acuerdo con el DSM-IV: “la AEG puede ser particularmente útil para seguir la evolución del progreso clínico de los sujetos en términos globales”. Se califica con un puntaje mínimo de 1 hasta 100 como puntaje máximo, considerando niveles previamente establecidos: 1-10, 11-20, 21-30 hasta el 91-100, tomando en cuenta que un bajo puntaje indica menor salud mental del sujeto, así como que un alto puntaje representa un mejor funcionamiento en la actividad global y, por lo tanto, mejor salud mental del paciente. Para su utilización, la escala requiere que el entrevistador tenga entrenamiento clínico para realizar la evaluación global del paciente. Este instrumento forma actualmente parte del Eje V del DSM-IV. El tiempo de aplicación de la escala es de cinco minutos (2).

PROCEDIMIENTO

Se consideró a pacientes que llegaban a solicitar consulta al hospital del Instituto. Si el paciente era diagnosticado con esquizofrenia, se enviaba a la Clínica de Esquizofrenia, donde se realizaba la atención clínica. Ahí se verificaba el diagnóstico y se iniciaba el tratamiento farmacológico con el fin de lograr una estabilidad clínica que le permitiera participar en la psicoterapia. Posteriormente, los pacientes eran referidos a la

Coordinación General del proyecto de tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico, donde se corroboraba el diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con el DSM-IV (1) y el ICD-10 (43), se les aplicaba el CIDI (49), y se verificaba que llenaran los criterios de inclusión mencionados en la sección de metodología.

Se sostenía una entrevista con el paciente y su familia, para explicarles todas las características de los tratamientos. Una vez que manifestaban su conformidad en participar, se aplicaba a los pacientes los siguientes instrumentos de investigación: la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS) (61), y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (2), que eran aplicadas al inicio y al final de cada año de tratamiento. Finalmente se conformó una lista de pacientes a partir de la cual se dirigió a los sujetos a los dos grupos en estudio: experimental y control.

Para llevar a cabo el análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS. Para comparar los datos de ingreso y egreso del tratamiento para muestras relacionadas, así como para contrastar los grupos para muestras independientes, se utilizó la prueba t de Student.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

En el cuadro 1 se presentan las características sociodemográficas obtenidas de los pacientes antes de cada intervención. En él se comparan los grupos experimentales y controles de primer, segundo y tercer tratamientos, y se incluye el promedio de porcentajes o medias, según corresponda, que comprende el total de los tres tratamientos. Respecto a la edad, se observa un margen de 26 a 30.5 años para los tres grupos, con una media, para el total de tratamientos, de 29.4 para el grupo experimental y de 28.3 para el grupo control, lo que indica una población joven de pacientes. Las diferencias por sexo indican una mayor proporción de pacientes masculinos, con un porcentaje total para los tres tratamientos de 74.3% para el grupo experimental y de 75.6% para el grupo control, en comparación con las pacientes del sexo femenino, a quienes les correspondió 25.6% para el grupo experimental y 24.3% para el grupo control, respectivamente. Respecto al estado civil, destaca que la mayoría de los pacientes de los tres tratamientos son solteros, con porcentajes para el total de los tratamientos de 93.3%, para el grupo experimental, y 90.5%, para el grupo control, y, en menores porcentaje, los pacientes separados o divorciados, así como los casados. En cuanto a la educación, resalta para el total de tratamientos que 61.4% de los pacientes experimentales y 65.1% de los

CUADRO 1
Características sociodemográficas de los pacientes

Tratamientos	1°		2°		3°		Total	
Grupo	Ex	Co	Ex	Co	Ex	Co	Ex	Co
n	21	15	24	24	25	22	70	61
Edad x	28.9	26.0	30.0	30.5	29.4	28.4	29.4	28.3
	%	%	%	%	%	%	%	%
<u>Sexo</u>								
Masculino	76.1	80.0	70.8	83.3	76.0	63.6	74.3	75.6
Femenino	23.8	20.0	29.1	16.7	24.0	36.4	25.6	24.3
<u>Estado civil</u>								
Soltero	100.0	93.3	87.5	87.5	92.0	90.9	93.3	90.5
Casado	-	-	4.1	-	-	-	1.3	-
Sep./Div.	-	6.6	8.2	12.4	8.0	9.0	8.1	9.3
<u>Educación</u>								
Primaria	23.8	26.6	-	4.1	-	-	7.9	10.2
Secundaria	61.8	59.9	62.5	58.3	60.0	77.2	61.4	65.1
Universidad sin terminar	-	-	25.0	25.0	32.0	22.7	19.0	15.9
Universidad terminada	14.2	2.0	12.5	12.5	8.0	-	11.5	4.8
<u>Ocupación</u>								
Trabaja	14.2	13.3	12.5	16.6	12.0	18.2	12.9	16.0
Estudiante	4.7	6.6	4.1	4.1	4.0	4.5	4.2	5.0
No trabaja	80.9	80.0	83.3	79.1	80.0	77.3	81.4	78.8

controles terminó la secundaria y, en menores porcentajes, los que tienen estudios universitarios y de primaria. En la ocupación se encontró, respecto al total de tratamientos, que 12.9% de los pacientes del grupo experimental trabajaba, en comparación con 16.0% del grupo control. El 4.2% de los experimentales eran estudiantes, en comparación con 5.0% de los controles. Finalmente, destaca, con un margen entre 77.3 y 83.3%, que la mayoría de los pacientes de los tres tratamientos se encontraba desempleado: con 81.4% para el grupo experimental y 78.8% para el grupo control.

Funcionamiento psicosocial

El funcionamiento psicosocial ha sido definido como: “el desempeño de roles de parte del sujeto, en su relación con otros sujetos, y en el medio ambiente en el que se desenvuelve, en cada una de las áreas de funcionamiento” Valencia (56, 58, 60, 64, 65), y se evalúa

de acuerdo con los niveles de satisfacción-insatisfacción que reporta el paciente respecto a su desempeño de roles.

En el cuadro 2 se observan las medias en las cinco áreas que permiten evaluar el funcionamiento psicosocial, así como el nivel de funcionamiento psicosocial global (FP Global) en los grupos experimentales y controles del primer, segundo y tercer tratamientos. En el ingreso a los tres tratamientos, los pacientes experimentales y controles se ubicaron en general entre el nivel 2, que corresponde a sentirse satisfechos, y el nivel 3, que corresponde a neutral-indiferente, en todas las áreas de funcionamiento, así como en el funcionamiento psicosocial global. Al terminar los tres tratamientos, los pacientes experimentales manifestaron sentirse satisfechos en todas las áreas de funcionamiento, así como en su funcionamiento psicosocial global, que en ambos casos corresponde al

CUADRO 2
Funcionamiento psicosocial de los pacientes en ingreso y egreso del primer, segundo y tercer tratamientos

Tratamiento	1°				2°				3°			
Grupo	Exp n=21		Control n=15		Exp n=24		Control n=24		Exp n=25		Control n=22	
Áreas	Ingr x	Egr x	Ingr x	Egr x	Ingr x	Egr x	Ingr x	Egr x	Ingr x	Egr x	Ingr x	Egr x
Ocupacional	2.7	2.1**	2.6	2.8 ns	3.3	2.0*	3.3	3.2 ns	3.8	2.0*	3.6	3.4 ns
Social	3.1	2.4*	2.6	2.9 ns	3.5	2.0*	3.3	3.1 ns	3.8	2.0*	3.5	3.7 ns
Económica	3.0	2.9 ns	3.0	3.2 ns	3.4	2.5*	3.1	3.2 ns	3.3	2.3*	3.1	3.2 ns
Pareja/sexual	3.1	2.5***	2.3	2.7 ns	3.4	2.5*	3.4	3.6 ns	3.8	2.1*	3.5	3.5 ns
Familiar	2.7	2.2****	2.7	2.5 ns	2.9	2.2*	2.6	2.7 ns	3.1	2.0*	3.0	3.1 ns
FP Global	2.9	2.4**	2.6	2.8 ns	3.3	2.3*	3.1	3.2 ns	3.5	2.1*	3.2	3.4 ns

*p<.001, **p<.000, ***p<.010, ****p<.033, ns=no significativo

Niveles de funcionamiento psicosocial: 1=Muy satisfecho, 2=Satisfecho, 3=Neutral-Indiferente, 4=Insatisfecho, 5=Muy insatisfecho

FP Global = Funcionamiento psicosocial global

CUADRO 3
Comparación de la actividad global de los pacientes en ingreso y egreso de los tratamientos

Grupo n	Tratamientos							
	1°		2°		3°		Total	
	Ex 21 x	Co 15 x	Ex 24 x	Co 24 x	Ex 25 x	Co 22 x	Ex 70 x	Co 61 x
Ingreso	43.8	45.2	41.9	44.4	42.8	41.3	42.8	43.6
Egreso	65.7	42.3	66.1	47.7	68.8	41.1	66.8	43.7
	p<.000	ns	p<.000	ns	p<.001	ns	p<.001	ns

ns= No significativo

nivel 2 de funcionamiento. En los pacientes experimentales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el ingreso y el egreso de los tres tratamientos en todas las áreas de funcionamiento, así como en el funcionamiento psicosocial global. La única excepción se presentó en el área económica del primer tratamiento, en la que, aunque terminaron satisfechos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Por otro lado, en los pacientes controles la situación fue diferente cuando terminaron los tres tratamientos, ya que se ubicaron en cuatro áreas (ocupacional, social, pareja-sexual y familiar) del primer tratamiento en el nivel 2, así como en el funcionamiento psicosocial global, que corresponde a sentirse satisfechos en su funcionamiento. Sin embargo, en el resto de las áreas, así como en el funcionamiento psicosocial, del primer, segundo y tercer tratamientos, se ubicaron en el nivel 3 que corresponde a neutral-indiferente, sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas en alguna de las áreas o en el funcionamiento psicosocial global de estos pacientes.

Actividad global

La actividad global se consideró evaluando “la combinación de la sintomatología y la actividad psicológica, social y laboral de los pacientes” (2), que aparece en el cuadro 3. Se encontró que, al ingresar a cada tratamiento, los pacientes experimentales y controles se ubicaron dentro del nivel 41-50 que, de acuerdo con la EEAG, indica: “Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p.ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo)”. Sin embargo, al comparar las medias entre ingreso y egreso de los tres tratamientos, los pacientes experimentales mejoraron su funcionamiento llegando hasta el nivel 61-70 que refiere: “Algunos síntomas leves (p.ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas”, con una $x=66.8$ para el total de tratamientos, a diferencia de

los pacientes controles quienes se mantuvieron en el mismo nivel (41-50), a lo largo de cada tratamiento, con una $x=43.7$ para el total de tratamientos. Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias entre ingreso-egreso de los pacientes experimentales del primer tratamiento ($p<.000$), segundo tratamiento ($p<.000$), tercer tratamiento ($p<.001$) y en el total de los tratamientos. En los pacientes controles no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el ingreso y el egreso de los tratamientos.

Recaídas y rehospitalizaciones

Las recaídas fueron definidas como “las manifestaciones de parte del paciente, o las observaciones del clínico, de la exacerbación de la sintomatología psicótica que implicó un ajuste en los medicamentos antipsicóticos”. Por su parte, las rehospitalizaciones se entienden como: “el internamiento del paciente debido al incremento de la sintomatología de la enfermedad, que no pudo ser controlada con los medicamentos antipsicóticos”. Se encontró que los pacientes experimentales tuvieron un menor porcentaje de recaídas en los tres tratamientos, con un 11.3% a diferencia de 32.8% de los controles, para el total de tratamientos.

Al comparar a los pacientes experimentales con los controles, se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en los primeros, en el primer ($p<0.05$), segundo ($p<0.05$) y tercer tratamientos ($p<0.05$), así como en el total de tratamientos ($p<0.01$). En cuanto al índice de rehospitalizaciones, con excepción de los pacientes experimentales del primer tratamiento, quienes presentaron un 9.5% en comparación con 0% de los controles, en los restantes tratamientos los pacientes experimentales tuvieron un menor porcentaje de rehospitalizaciones, con 4.5% en comparación con 10.6% de los controles para el total de tratamientos.

Salvo los pacientes experimentales del tercer tratamiento ($p<0.05$), en el resto de las comparaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (cuadro 4).

CUADRO 4
Recaídas y rehospitalizaciones durante los tratamientos

Grupo n	Tratamientos							
	1°		2°		3°		Total	
	Ex 21 %	Co 15 %	Ex 24 %	Co 24 %	Ex 25 %	Co 22 %	Ex 70 %	Co 61 5
Recaídas	9.5*	33.3	12.5*	33.3	12.0*	31.8	11.3**	32.8
Rehospitalizaciones	9.5	0 ns	4.1	16.6 ns	0*	13.6	4.5	10.6 ns

*p<0.05; **<0.01; ns= no significativo

CUADRO 5
Cumplimiento con los medicamentos y la asistencia a las consultas del tratamiento farmacológico

Grupo n	Tratamientos							
	1°		2°		3°		Total	
	Ex 21 %	Co 15 %	Ex 24 %	Co 24 %	Ex 25 %	Co 22 %	Ex 70 %	Co 61 5
Cumplimiento con el uso de medicamentos	90	80 ns	85	80 ns	90	80 ns	88.3*	80
Asistencia a las consultas del tratamiento farmacológico	85	70 ns	85	70 ns	80	70 ns	83.3*	70

*<0.05; ns= no significativo

Evaluación de la adhesión terapéutica: 100-90=Excelente, 89-80=Alto, 79-70=Bueno, 69-60=Regular, 59-50=Malo.

Cumplimiento con los medicamentos antipsicóticos y consultas psiquiátricas

El cumplimiento con el uso de los medicamentos antipsicóticos se evaluó tomando en cuenta la respuesta afirmativa del paciente de que “efectivamente ha estado tomando sus medicamentos tal como se los prescribió el psiquiatra”, y la verificación de parte de éste de que el paciente se encontrara clínicamente estable. La asistencia a las consultas psiquiátricas se evaluó con: “la verificación de parte del psiquiatra de la asistencia del paciente a sus consultas”. Como se observa en el cuadro 5, los pacientes experimentales reportaron un mayor cumplimiento con el uso de los medicamentos antipsicóticos en cada uno de los tratamientos, con un porcentaje de 88.3% ($p<0.05$), en comparación con 80% de los controles para el total de los tratamientos. Respecto a la asistencia a las consultas del tratamiento farmacológico, los pacientes experimentales tuvieron un mayor porcentaje de asistencia a las consultas, en cada tratamiento, con 83.3% ($p<0.05$) para el total de tratamientos a diferencia del grupo control que tuvo 70% en este mismo rubro.

CUADRO 6
Adhesión terapéutica a la psicoterapia psicosocial

	Tratamientos			
	1°	2°	3°	Total
	n=21 %	n=24 %	n=25 %	n=70 %
Asistencia a las sesiones	85.0	85.0	80.0	83.3
Abandono de la terapia	12.5	20.0	19.3	17.2
Terminación de la terapia	87.5	80.0	80.7	82.8

Evaluación de la adhesión terapéutica: 100-90=Excelente, 89-80=Alto, 79-70=Bueno, 69-60=Regular, 59-50=Malo, 49-40=Pésimo

Adhesión terapéutica a la psicoterapia psicosocial

La adhesión terapéutica fue definida como: “el cumplimiento de parte del paciente de las indicaciones terapéuticas necesarias para el tratamiento”, verificadas por los psicoterapeutas, para lo cual se tomaron en cuenta dos aspectos importantes: el porcentaje de asistencia a las sesiones terapéuticas durante el tratamiento, así como el nivel de cumplimiento o terminación de la terapia. En el cuadro 6 se observa que el porcentaje de asistencia a las sesiones en los tres tratamientos fue de 80 a 85%, con un porcentaje de 83.3% para el total de los tres tratamientos. De acuerdo con los criterios de evaluación de la adhesión terapéutica, esto último indica un alto grado de asistencia terapéutica. La terminación de la terapia ocurrió dentro de un margen de 80 a 87.5%, con un porcentaje final de 82.7% para el total de tratamientos, lo cual indica, otra vez, un alto grado de adhesión terapéutica. Para evaluar la falta de ésta se consideró el grado de deserción de la terapia, y el abandono se ubicó en un margen de 12.5 a 20%, con un porcentaje para todos los tratamientos de 17.2%, lo que indica un bajo nivel de deserción.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se corroboran los hallazgos internacionales, en el sentido de que la forma más conveniente y efectiva de tratar a pacientes esquizofrénicos es con una combinación del tratamiento farmacológico y la psicoterapia psicosocial (9, 10, 21, 23, 26, 28, 31, 32, 36, 41, 42, 45, 67, 69). De este modo

se implementó un programa de tratamiento para este tipo de pacientes, en el cual se utilizaron dos modalidades de intervención. Por un lado se combinaron los medicamentos antipsicóticos con la psicoterapia psicosocial en vez de utilizar exclusivamente los medicamentos. El programa se repitió tres veces con pacientes esquizofrénicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Los pacientes que recibieron la combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia psicosocial mejoraron de manera considerable y significativa en su funcionamiento psicosocial, así como en su actividad global. Es decir, en los síntomas y en su actividad psicológica, social y laboral tuvieron un menor porcentaje de recaídas y rehospitalizaciones durante los tratamientos y un mayor cumplimiento con el uso de medicamentos antipsicóticos. También tuvieron una mayor asistencia a las consultas del tratamiento farmacológico, un alto porcentaje de asistencia a las sesiones psicoterapéuticas, un bajo nivel de abandono de la psicoterapia y un alto grado de adhesión a la psicoterapia psicosocial. Por su parte, los pacientes que recibieron únicamente el tratamiento farmacológico se mantuvieron estables en su actividad global (síntomas y actividad psicológica, social y laboral), no presentaron mejorías significativas en su funcionamiento psicosocial, reportaron un mayor porcentaje de recaídas y rehospitalizaciones. Su cumplimiento con el uso de medicamentos, así como su asistencia a las consultas psiquiátricas, fue en menor proporción que las de los pacientes que recibieron la combinación de medicamentos antipsicóticos y psicoterapia psicosocial.

También es conveniente comentar por separado y de manera integrada respecto al tratamiento farmacológico y la psicoterapia psicosocial. Es evidente que el tratamiento farmacológico persigue dos objetivos importantes: lograr la remisión de la sintomatología psicótica y alcanzar y mantener la estabilidad clínica del paciente, realizando los ajustes necesarios a las dosis y al manejo de los medicamentos antipsicóticos. En esta investigación se comprobó la efectividad del tratamiento farmacológico en los dos grupos en estudio. En los pacientes controles, que recibieron exclusivamente los medicamentos antipsicóticos, una vez que se logró la remisión de la sintomatología psicótica, ésta se mantuvo estable a lo largo de los tratamientos. Esto último es un indicador de la utilidad de los antipsicóticos y de la efectividad del manejo farmacológico realizado por los especialistas a cargo de los tratamientos. En los pacientes experimentales, la situación fue diferente, ya que, además de remitir la sintomatología psicótica y lograr su estabilidad clínica, las mejorías sintomatológicas fueron considerables y significativas, pues estos pacientes me-

joraron en varios niveles de su actividad global, es decir, en los síntomas y en la actividad psicológica, social y laboral, en comparación con el nivel con que iniciaron los tratamientos. En este caso, un indicador importante es la combinación de los antipsicóticos y la psicoterapia psicosocial.

Respecto a los aspectos psicosociales, cuyo abordaje se realizó por medio de la psicoterapia psicosocial, se puede comentar que la utilización de esta técnica terapéutica grupal permitió a los pacientes adquirir habilidades psicosociales y funcionar de manera más efectiva en las diversas áreas de funcionamiento, así como en el funcionamiento psicosocial global. También tuvieron dos veces por semana un espacio psicoterapéutico durante un año de tratamiento, en el cual pudieron hablar de sus problemas psicosociales, de la enfermedad, de adquirir conciencia de ella, de sus características, del proceso de enfermarse, del uso y cumplimiento con los antipsicóticos, de sus efectos secundarios y de cómo evitar las recaídas, así como de las rehospitalizaciones y del cumplimiento con las recomendaciones terapéuticas. En todo momento se enfatizó la conveniencia de asistir a las sesiones terapéuticas y la importancia de terminar con el proceso terapéutico. Los resultados fueron un bajo porcentaje de abandono de la psicoterapia (17.2%), un alto porcentaje de asistencia a las sesiones terapéuticas (83.3%) y un alto índice de terminación de la psicoterapia (82.8%), lo cual indica un alto grado de adhesión terapéutica. Es posible que la experiencia de pasar por un proceso terapéutico y terminarlo —así como valorar los beneficios que obtuvieron de éste, en el sentido de poder hablar de los problemas que les preocupaban, de contestar interrogantes que les angustiaban, de identificarse con otros pacientes que padecían problemas similares, de tener una actividad semanal, de sentirse escuchados, de apegarse a la estructura de las actividades terapéuticas, de ser constantes y de sentirse tomados en cuenta como personas— haya generado en los pacientes el alto grado de adhesión terapéutica que reportaron al terminar la psicoterapia. Perkins (2002) realizó una revisión de las investigaciones llevadas a cabo entre 1980-2002, respecto a los predictores de incumplimiento y cumplimiento con el tratamiento en pacientes con esquizofrenia. La autora encontró que este aspecto se puede ver como una toma de decisión del paciente al considerar y valorar el peso que confiere a los riesgos percibidos por el incumplimiento en comparación con los beneficios que puede obtener del tratamiento. De ello se concluye que el abordaje terapéutico de la esquizofrenia debe comprender una estrategia que combine una adecuada elección de los antipsicóticos y la inclusión de una psicoterapia psicosocial. En estas condiciones se pueden obtener

mayores logros y mayor efectividad en el manejo de esos pacientes (47).

Si se consideran otros dos aspectos clínicos, como el incumplimiento con los medicamentos antipsicóticos y las recaídas, se puede comentar que los datos internacionales en cuanto a la falta de cumplimiento con los antipsicóticos reportan porcentajes que oscilan entre 33 y 50% (11, 12, 25, 28, 46, 47, 68, 70) en comparación con el margen de entre 11.7 a 20.0% de la presente investigación. En este caso, los resultados obtenidos en ella respecto al incumplimiento están muy por debajo de lo reportado internacionalmente. Al parecer, en nuestros pacientes el cumplimiento con los antipsicóticos es mucho mejor que en otros grupos de pacientes esquizofrénicos. En cuanto a las recaídas, internacionalmente se reportan cifras que van de 16 a 45% (13, 19, 24, 27, 30) para los pacientes que toman antipsicóticos, en comparación con nuestros datos que oscilan entre 11.3 y 32.8%. En esta variable, los datos internacionales y los de la presente investigación muestran, aunque en menor proporción, ciertas coincidencias y no se encuentran diferencias considerables.

Diversos aspectos han cambiado en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia. La noción de utilizar un enfoque exclusivamente biológico y, por lo tanto, farmacológico, ha cambiado por la de incluir de manera efectiva los aspectos psicosociales de la enfermedad y adoptar el modelo biopsicosocial de modo que se pueda tratar de una manera integral a estos pacientes.

La evolución de los medicamentos antipsicóticos y de las psicoterapias psicosociales ha cambiado de manera considerable la perspectiva de vida de los pacientes con esquizofrenia.

Es importante ofrecer a los pacientes nuevas técnicas terapéuticas cada vez mejores, como los antipsicóticos de última generación y las modernas psicoterapias psicosociales. Sin embargo, los cambios y mejoras en los pacientes no se pueden lograr con la sola existencia de estas técnicas. Para que éstas sean efectivas es necesario trabajar con los pacientes, lo cual requiere tiempo de atención, consultas y terapias, así como lograr que se sientan tomados en cuenta, escuchados y tratados como seres humanos, para que finalmente exista la esperanza de un mejor futuro para ellos.

REFERENCIAS

1. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV*. Edit Masson, Barcelona, 1994.
2. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA. *Escala de Evaluación de la Actividad Global-EEAG. Eje V, DSM IV*. Edit Masson, Barcelona, 1994.
3. BABIKER IE. Noncompliance in schizophrenia. *Psychiatric Dev*, 4:329-337, 1986.
4. BACHRACH LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia-what are the boundaries?. *Acta Psychiatr Scand*, 407(102):6-10, 2000.
5. BEBBINGTON PE: The content and context of noncompliance. *International Clinical Psychopharmacology*, 9 (Supl 5):41-50, 1995
6. BELLACK AS, MUESER KT: A comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. *Community Mental Health J*, 22:175-89, 1993
7. BENTON MK, SCHOROEDER HE: Social skills training with schizophrenics, meta-analytic evaluation. *J Consulting Clin Psychology*, 58:741-47, 1990
8. BREEKE J, LONG J: Community based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 26:667-680, 2000.
9. BRENNER HD, RODER V, HODEL B, KIENZLE N, REED D: Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients. Hogrefe & Huber. Seattle, 1994.
10. CARPENTER WTJr, KEITH SJ: Integrating treatments in schizophrenia. *Psychiatric Clinics North America*, 9:153-164, 1986.
11. CORRIGAN PW, LIBERMAN RP, ENGEL JD: From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*, 41:1203-1211, 1990.
12. CURSON DA, BARNES TR, BAMBER RW: Long-term depot maintenance of chronic schizophrenic out-patients: the seven year follow-up of the Medical Research Council flufenazine/placebo trial. II The incidence of compliance problems, side effects, neurotic symptoms and depression. *Br J Psychiatry*, 146:469-474, 1985.
13. DAVIS JM, KANE JM, MARDER SR, BRAUZER B, GIERL B y cols.: Dose response of prophylactic antipsychotics. *J Clin Psychiatry*, 54(3):24-30, 1993.
14. DIAZ 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 R, RASCON ML, ORTEGA H, MUROW E, VALENCIA M: Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico. *Rev Facultad Medicina*, 41(2):51-59, 1998.
16. DIAZ R, RASCON ML, VALENCIA M, UNIKEL C, MUROW E y cols.: El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. *Salud Mental*, 22(número especial):104-113, 1999.
17. DIMASCIO A, BERNARDO DL, GREENBLANT DJ: A controlled trial of amantadine in drug-induced extrapyramidal disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 33:599-602, 1976.
18. FALLOON IRH, COVERDALE JH, BROKER C: Psychosocial interventions in schizophrenia: A review. *Int J Ment Health*, 25:3-21, 1996.
19. GILBERT PL, HARRIS J, McADAMS LA, JESTE DV: Neuroleptic withdrawal in schizophrenia patients: a review of the literature. *Archives General Psychiatry*, 52:173-188, 1995.
20. GUNDERSON JG, FRANK A, KATZ HM, VANICELLI ML, FROSCH JP: Effects of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 10:564-98, 1984.
21. HARVARD MEDICAL SCHOOL: *The Harvard Mental Health Letter*. The psychosocial treatment of schizophrenia- Part I, 18(2): 1-4, 2001.
22. HAUG HJ, WIRZ-JUSTICE A, ROSSLER W: Actigraphy to measure day structure as a therapeutic variable in the treatment of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand*, 102(Supl.

- 407):91-5, 2000.
23. HERZ MI: Early interventions in schizophrenia. En: *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Herz MI, Keith SJ, Docherty JP (Edit.). Elsevier Science Publishers. Amsterdam, Vol.4:25-44, 1990.
24. HOGARTY GE: Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry*, 54:18-23, 1993.
25. HUMMER OM, FLEISCHACKER WW: Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Supl 407):83-86, 2000.
26. HUXLEY N, RENDALL M, SEDERER LL: Psychosocial treatments in schizophrenia. A review of the past 20 years. *J Nervous Mental Disease*, 188:187-201, 2000.
27. JONHSON DAW: Depot neuroleptics. En: *Antipsychotic Drugs and Their Side Effects*. Barnes TRF (ed.). London Academy Press; Londres, 205-212, 1993.
28. KANE JM: Management Issues in Schizophrenia. Martín Dunitz Ltd. Londres, 2000.
29. KAY S, FIZBEN A, OPLER L: The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 13:261-76, 1987.
30. KISSLING W: Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica*, 89(supl 382):16-24, 1994.
31. LEHMAN: Commentary: What happens to psychosocial treatment on the way to the clinic. *Schizophrenia Bull*, 26(1):137-44, 2000.
32. LIBERMAN RP: Biobehavioral therapy: Interactions between pharmacotherapy and behavior therapy in schizophrenia. En: *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*. Wykes T, Tarrier N, Lewis S (eds.). Edit. Wiley, Chichester, 179-199, 1998.
33. LIBERMAN RP: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Psychiatry*, 57:104-14, 1994.
34. LINDEN M, GODERMAN F, GAEBEL W, KOPKE W: A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. *Schizophrenia Bull*, 27(4):585-596, 2001.
35. LUBORSKY L, SINGER B, LUBORSKY L: Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everybody has won and all must have prizes?", en *Evaluation of Psychological Therapies, and their Interaction*. Ed. Spitzer RL, Klein DF (eds.). Johns Hopkins Univ Press, Baltimore, 3-22, 1976.
36. MARDER SR: Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scan*, 407:87-90, 2000.
37. MARI JJ, STEINER D: An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine*, 24:565-78, 1994.
38. Mc EVOY J: The expert consensus guideline series: treatment of schizophrenia. *J Clinical Psychiatry*, 60(Supl): 11, 1999.
39. Mc PHILLIPS M, SENSKY T: Coercion, adherence or collaboration? Influences on compliance with medication. En: *Outcome an Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*. Edit Wykes T, Tarrier N, Lewis S (eds.). Wiley and Sons, Londres, 161-177, 1998.
40. MELTZER HY: Outcome in schizophrenia: Beyond symptom reduction. *J Clin Psychiatry*, 60:3-7, 1999.
41. 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.
42. MUNK-JORGENSEN P: Abstract book 13th International symposium for the psychological treatment of schizophrenia and other psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 404(102):1-81, 2000.
43. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripción Clínica y Pautas para el Diagnóstico*. OMS, España; 1992.
44. ORTEGA H, VALENCIA M: El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia. En: *Esquizofrenia: Estado actual y Perspectivas*. Ortega H, Valencia M (ed.) Colección de libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 349-398, México, 2001.
45. PENN DL, MUESER KT: Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 153:607-17, 1996.
46. PERKINS D: Adherence to antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry*, 60:25-30, 1999.
47. PERKINS D: Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 63:1121-1128, 2002.
48. QUALITY ASSURANCE PROJECT: Treatment outlines for the management of schizophrenia. *Australian New Zeland J Psychiatry*, 18:19-38, 1984.
49. ROBINS LN: The composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1990.
50. ROSSLER W, HAUG HJ, MUNK-JORGENSEN P.: The psychosocial basis of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 407 (102):1-99, 2000.
51. SCHWARTZ BJ, CECIL A, IQBAL N: Psychosocial treatments of schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 23:216-21, 1993.
52. SMITH ML, GLASS GV, MILLER TI: The benefits of psychotherapy. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1980.
53. TARRIER N, HADDOCK G, BARROWCLOUGH: Training and dissemination: research to practice in innovative psychosocial treatments for schizophrenia. En: *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*. Wykes T, Tarrier N, Lewis S (eds.). Wiley, 215-236, Chichester, 1998.
54. VALENCIA M, OTERO BR, RASCON ML: Un modelo de intervención clínica en un hospital mental. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*, 32:41-51, 1986.
55. VALENCIA M: El hospital mental como instrumento terapéutico: El rol del psicólogo en la práctica clínica institucional. *Rev Mexicana Psicología*, 8:99-107, 1991.
56. VALENCIA M: El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En: *Esquizofrenia: Estado Actual y Perspectivas*. Ortega H, Valencia M (eds.). Colección de libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 399-454, México, 2001.
57. VALENCIA M: Formulación de principios de tratamiento y rehabilitación del paciente psicótico. *Rev Mexicana Psicología*, 3:37-43, 1986.
58. VALENCIA M: Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. *Rev Psiquiatría*, 12:72-86, 1996.
59. VALENCIA M, OTERO BR, RASCON ML: Un modelo de intervención clínica en un hospital mental. *Acta Psiquiatr Psicol Am Latina*, 32:41-51, 1986.
60. VALENCIA M: Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental*, 22 (número especial):128-137, 1999.
61. VALENCIA M, ROJAS E, GONZALEZ C, RAMOS L, VILLATORO J: Evaluación del funcionamiento psicosocial en pacientes de un centro de salud. *Rev Salud Pública México*, 31:674-87, 1989.
62. VALENCIA M: Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 2:31-40, 1999.
63. VALENCIA M: Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos. *Rev Psiquiatría*, 12:72-86, 1988.
64. VALENCIA M, RASCON ML: Abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia en pacientes agudos y crónicos. *Revista Iberoamericana Psicología*, 8(4):18-33, 1998.

65. VALENCIA M, ORTEGA H, RASCON ML, GOMEZ L: Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas Psiquiatria*, 30 (6):358-369, 2002.
66. VALENCIA M, LARA MC, RASCON ML, ORTEGA H: La importancia de los tratamientos farmacológico y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana Psiquiatria*, 2(1):6-21, 2002.
67. WALLACE CJ, LIBERMAN RP, TAUBER R, WALLACE J: The independent living skills survey: A comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally ill individuals. *Schizophrenia Bull*, 26:631-658, 2000.
68. WEIDEN P, RAPKIN B, MOTT T, ZYGMUNT A, GOLDMAN D y cols.: Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2):297-310, 1994.
69. WYKES T, TARRIER N, LEWIS S: Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia. Wiley & Sons. Chichester, 1998.
70. YOUNG JL, ZONANA HV, SHEPLER L: Medication noncompliance in schizophrenia: codification and update. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 14:105-122, 1986.