

# APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN RESPECTO AL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL Y FAMILIAR DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Marcelo Valencia C\*, María Luisa Rascón G\*, Horacio Quiroga\*\*

## SUMMARY

The objective of the present study is to describe the principal therapeutic and research contributions developed during 1979 and the year 2003, at the National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente, former Mexican Institute of Psychiatry. Several psychosocial treatment approaches were applied to different groups of schizophrenic patients, as well as family therapy to their relatives.

Schizophrenia is an illness characterized by psychotic symptoms, some of them known as positive symptoms such as: hallucinations, delusions, disorganized speech, and also negative symptoms such as: affective flattening, avolition or apathy. Psychotic symptoms may lead the patient to loose contact with reality, specially if he is not using antipsychotic medication. Since the illness usually begins in late adolescence or early adulthood, the learning of psychosocial role performance is interrupted resulting in a decline of psychosocial functioning with catastrophic consequences for the patient, several areas of psychosocial functioning remain affected such as: work, income, social relations, love relationships, and also the family system is affected, the relatives have to manage not only the economic consequences but also the impact of the illness. As a result, the management of schizophrenia should include not only the psychotic symptoms, but also the impairments and the disabilities of the illness. Within this framework, the present treatment of schizophrenia should consider four important components: 1.- pharmacological treatment, 2.- psychosocial treatment, 3.- family treatment, 4.-the management of the patient in the community.

The initiation of psychosocial treatments for schizophrenia is almost parallel, or immediately after the appearance of neuroleptic medication, which occurred early in the 1950's. Patients recluded in mental hospitals, started to use neuroleptic medication and as a consequence there was a reduction in psychotic symptomatology. Patients were released to the community, in some cases they returned to live with their relatives, in other cases, some alternatives were developed in the community such as: halfway houses, day care centers, partial hospitalisation services, and therapeutic communities. By the time patients were living in the community, they began to present several psychosocial problems, most of them related to the impairments of the illness. They had difficulties for maintaining a job and as a consequence they had no income; therefore, they had economic dependence upon their families or otherwise they needed economic support from certain

social agencies in the community. They also had difficulties for initiating and maintaining social interactions, their social network was very much reduced and as a consequence the possibility of having long and lasting love relationships was limited. Within this framework certain specific areas where schizophrenic patients have psychosocial problems have been identified. The evidence indicates that psychosocial functioning is not satisfactory for the patient in the community. Patients, not only have to battle with the symptoms of the illness, since it has been established that in order to reduce the symptoms, they need to take antipsychotic medication. They also have to deal with the impairments, and disabilities arising from the illness, that affect their psychosocial functioning, and therefore they need psychosocial treatment.

In developed countries, psychosocial treatments for schizophrenic patients have become an important and necessary component in mental health services, psychiatric hospitals, and specially in Schizophrenia Clinics. Psychosocial treatments have been validated as effective in providing psychosocial coping skills, improving community psychosocial functioning, reducing relapse rate, increasing compliance with the prescribed medication, and usually obtaining an acceptable degree of therapeutic adherence. Psychosocial treatments can not be used as a substitute of pharmacological treatment, neither as the only treatment of choice. It has been established and recommended that the most convenient perspective to treat schizophrenic patients is always using the combination of pharmacological and psychosocial treatment. Psychosocial interventions can be used beneficially in conjunction with antipsychotic medication and the combination may actually have an additive or synergistic effect.

In this article, several models of psychosocial treatment are presented that were carried out in different groups of schizophrenic patients at the National Institute of Psychiatry in Mexico City. One model was utilized on acute psychotic hospitalised patients, during four weeks of treatment. Another model was implemented on chronic hospitalised schizophrenic patients, during two years of treatment. Another type of psychosocial treatment was carried out on three different occasions on non-hospitalised schizophrenic patients, on each occasion the duration of every treatment was of one year. Finally, another study was carried out, comparing three modalities of interventions: integrated treatment, music therapy, and psychosocial treatment, during six months. In all psychosocial models, group therapy techniques were utilized and in some ca-

\* Investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

\*\* Profesor de la Fac. de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Recibido: 1 de agosto de 2003. Aceptado: 2 de septiembre de 2003.

ses, individual therapy was provided, when needed. Therapy sessions were utilized as an space for the patients to talk about their psychosocial problems. In all groups, the basic component was the use of prescribed antipsychotic medication, as the first approach to treatment. The clinical procedure for allocating the patients to the interventions group's consisted in determining and verifying the schizophrenia diagnosis, and the use of antipsychotic medication. Once the patients were clinically stabilized, they were allocated to the treatment groups. The scientific method consisted of using quasi-experimental and experimental designs including experimental and control groups. Patients of all groups were assessed at the beginning and at the end of each intervention, considering variables such as: symptomatology, psychosocial functioning, global functioning, compliance with antipsychotic medication, relapse, rehospitalization, therapeutic non-compliance and adherence.

The results show that psychosocial treatments can be very effective when combined with antipsychotic medication, in comparison with the use of pharmacotherapy alone. Patients improved clinically and psychosocially in the following aspects: symptomatology, psychosocial functioning, global functioning (symptoms and psychological activities), they presented a lower relapse frequency and rehospitalization rate, a higher antipsychotic medication compliance, a reduced rate of therapeutic non-compliance and a higher degree of adherence. Control patients, who received exclusively pharmacological treatment, remained stabilized in their psychotic symptomatology, but they did not improved in any of the psychosocial variables. It can be concluded that the conjunction of pharmacological and psychosocial treatments, show beneficial effects for the patients; therefore, it should be considered as an important therapeutic alternative in the treatment of schizophrenia.

The schizophrenia is one of the mental disorders in where old difficulties in the family environment are introduced; the negative effect of the illness, in the majority of the cases, it relapse basically in who they suffer it and in who they live together with the sick person, the clinical characteristics of this illness generate a great number of negative situations like difficulty in the family relationships, impoverishment in the quality of life, social isolation that interferes in the labor operation, scholar and in the own home; the one which increases the level of stress already existent, being converted in an additional factor of anguish, so much for the patient like for their family, coming to be considered like precipitant of relapses, of exacerbation of symptoms and of rehospitalization, the family plays a fundamental paper when she are pretended to improve the level of global operation of the patient, their quality of life and their addiction to the treatment.

The treatment that they received the relatives was conformed by two element: 1° the psychoeducation and 2° the therapeutic. Psychoeducation was begun multifamily that divided in two parts, the senior with a shop it consisted in the presentation of specific related topics with the illness, exposed for specialists of the team with a total of 12 educational sessions. Subsequently, in a second part, in more reduced groups recombine the topics of the sessions and he was favored the handling of the emotions that the information woke up in each relative and the solution of problems. To the same time the therapy was carried out unfamiliar, in where I am worked the specific problem of each family and their patient, approximately 5 sessions, fundamentally as for the limits, the hierarchy and the centrality, as well as the establishment of nets of support in order to favor a better evolution of the illness centered in looks communicative, interaccional and structural.

Several instruments were utilized: 1.- The Identification of Evaluation of the conduct of the patient SBAS 2° Ed; 2.- The Cuestionary of Evaluation of expressed emotion (CEEE); 3.- Conception of the Illness. (CONENF); 4.- The Composite International Diagnostic Interview [version] 1.0. (CID); Global evaluation of the form of family relationship with the EEGAR-DSM-IV and the Cuestionary of Woman Domestic Violence (MVD).

The outputs of the study of the effects of the intervention in the relatives, they were evaluated by means of several indicators, concerning the family load answers in the loads were observed: Emotional, Economical, Physics and Social, highlighting improvement mainly in the «subjective emotional load» of the relatives after receiving the treatment.

As for the emotional expression the tall level was introduced with more frequency, he stood out the component of overinvolvement, compound for looks of overinvolvement and sacrificial, they to the term of the treatment met differences in the component of overinvolvement and in the global EE. He met association between the emotional tall expression, an unfortunate operation and the symptomatic conduct of the patient. The relatives that expressed tall EE, reporter old carelessness, irritability, violence and isolation per party of their sick relative.

With concerning the secondary opposing psychopathology in the relative, he was observed that more than three fourth relate the suffer any physical or emotional disorder with the apparition of the schizophrenia in their relative, it is important mention that of two relatives one introduced any disorder psychical, very superior figure to the reported for the general population, as for the type of diagnosis met similitude with him described in other populations, in where the disorders depressives highlights in first place; consecutive for the dependence to the alcohol.

The outputs that were gotten of this investigation are of utility for the construction of a model of treatment and study of the relatives of a sick person with schizophrenia, in order to prevent and try to resolve the necessities detected in the relatives of effective manner. Upon considering the illness of the patient on one hand and the wide range of problems related to this and for another, the presence of one or more diagnoses psychical in the responsible relative, he is of waiting for, that the evolution of both lacks a satisfactory course, unless this comorbility is detected and undertaken therapeutics, with the purpose of optimizer the evolution or the development of the illness and diminish the exacerbation of symptoms or relapses and to their time, improve the family interaction.

Considering the necessity of undertaking so much integral the diagnosis like the treatment and the prevention of the illness for the family group, the sick relative, of manner the team of mental health and the community will allow to advance toward the rehabilitation of the people that they suffer this suffering.

**Key words:** Schizophrenia, psychosocial treatment, psychosocial functioning, family treatment, family studies.

## RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo presentar las principales aportaciones terapéuticas y de investigación realizadas desde 1979 al 2003, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, antes Instituto Mexicano de Psiquiatría, en donde se aplicaron

diversas formas de tratamiento psicosocial a pacientes con esquizofrenia, así como el tratamiento familiar correspondiente, dirigido a las familias de estos pacientes

La esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de sintomatología psicótica, y también porque incapacita al paciente de manera considerable, alterando su funcionamiento psicosocial y familiar. Se ha considerado que el tratamiento integral actual de la esquizofrenia, debe considerar por lo menos cuatro aspectos fundamentales: 1.- el tratamiento farmacológico, 2.- el tratamiento psicosocial, 3.- la terapia familiar, y 4.- el manejo del paciente en la comunidad.

Respecto al componente psicosocial, se han identificado áreas específicas en las cuales los pacientes tienen dificultades para tener un desempeño de roles efectivo y satisfactorio en cuanto a su funcionamiento psicosocial. Estas áreas incapacitan a los pacientes a desarrollar actividades que tienen que ver con aspectos ocupacionales, manejo de dinero, relaciones sociales, vínculos de pareja y relaciones familiares. Los tratamientos psicosociales desarrollados a nivel internacional han demostrado su efectividad terapéutica ya que mejoran el funcionamiento psicosocial, ayudan a reducir las recaídas y rehospitalizaciones y a tener un funcionamiento comunitario más satisfactorio para el paciente.

En este trabajo se presenta la implementación de diversas modalidades de tratamiento psicosocial llevadas a cabo en varios grupos de pacientes esquizofrénicos: el trabajo con pacientes agudos hospitalizados tuvo cuatro semanas de duración, en pacientes crónicos hospitalizados, el tratamiento fue de dos años, en pacientes crónicos manejados en la Consulta Externa, el tratamiento se aplicó en tres ocasiones, cada una con un año de intervención, y en el último grupo se compararon tres modalidades de intervención: el tratamiento integral, la musicoterapia y el tratamiento psicosocial, durante seis meses de intervención respectivamente. En todos los casos se utilizaron preferentemente técnicas terapéuticas grupales y también individuales cuando lo requería el paciente, trabajando en las sesiones la problemática psicosocial de los pacientes, teniendo siempre como denominador común el tratamiento farmacológico en todos los grupos de pacientes. En términos metodológicos, en la mayoría de las modalidades se utilizaron grupos experimentales y controles, evaluando a los pacientes antes y después de las intervenciones por medio de instrumentos de investigación. Se encontró que los tratamientos psicosociales son efectivos cuando se combinan con el tratamiento farmacológico ya que los pacientes presentaron mejorías clínicas considerables, así como en su funcionamiento psicosocial, en el funcionamiento global (síntomas y actividad psicológica, social y laboral), un menor porcentaje de recaídas y rehospitalizaciones, un mayor cumplimiento con los medicamentos antipsicóticos y un mayor nivel de adherencia terapéutica, en comparación con los pacientes controles que recibieron únicamente el tratamiento farmacológico y se mantuvieron estables a lo largo del tratamiento, sin obtener los logros a nivel psicosocial, demostrados por los pacientes experimentales. Los resultados obtenidos coinciden con lo encontrado a nivel internacional, en el sentido que los tratamientos psicosociales aplicados en México también han demostrado su efectividad.

El tratamiento que recibieron los familiares estuvo conformado por dos elementos: 1° el psicoeducativo y 2° el terapéutico. Se inició con un taller psicoeducativo multifamiliar que se dividió en dos partes, la primera consistió en la presentación de temas específicos relacionados con la enfermedad, expuestos por especialistas del equipo con un total de 12 sesiones educativas. Posteriormente, en una segunda parte, en grupos más reducidos se

retomaban los temas de las sesiones y se favoreció el manejo de las emociones que la información despertaba en cada familiar y la solución de problemas. Al mismo tiempo se llevó a cabo la terapia unifamiliar, en donde se trabajó la problemática específica de cada familia y su paciente, aproximadamente 5 sesiones, fundamentalmente en cuanto a los límites, la jerarquía y la centralidad, así como el establecimiento de redes de apoyo para favorecer una mejor evolución de la enfermedad centrada en aspectos comunicacionales, interaccionales y estructurales.

Los resultados del estudio de los efectos de la intervención en los familiares, se evaluaron mediante diferentes indicadores, respecto a la carga familiar se observaron respuestas en las cargas: Emocional, económica, física y social, destacando mejoría principalmente en la "carga subjetiva emocional" de los familiares después de recibir el tratamiento.

En cuanto a la expresión emocional el nivel alto se presentó con más frecuencia, resaltó el componente de sobreinvolucramiento, compuesto por aspectos de sobreprotección y autosacrificio, al término del tratamiento se encontraron diferencias en el componente de sobreinvolucramiento y en la EE global. Se encontró asociación entre la expresión emocional alta, un pobre funcionamiento y la conducta sintomática del paciente. Los familiares que expresaron EE alta, reportaron mayor autodescuido, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte de su pariente enfermo.

Con respecto a la psicopatología secundaria encontrada en el familiar, se observó que más de tres cuartas relacionan el padecer algún trastorno físico o emocional con la aparición de la esquizofrenia en su pariente, es importante mencionar que de dos familiares uno presentó algún trastorno psiquiátrico, cifra muy superior a la reportada para la población general. En cuanto al tipo de diagnóstico se encontró similitud con lo descrito en otras poblaciones, en donde los trastornos depresivos destacan en primer lugar, seguidos por la dependencia al alcohol. Los mejores predictores de la psicopatología en los familiares por medio del uso de la regresión logística fueron: la conducta sintomática del paciente (síntomas positivos y negativos), el número de recaídas con hospitalización y el número de años de evolución de la enfermedad del paciente. R<sup>2</sup>:.423;F:7.102; p>.001.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, tratamiento psicosocial, funcionamiento psicosocial, tratamiento familiar, estudio familiar.

En este artículo se presentan las principales aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia realizadas en el Instituto Mexicano de Psiquiatría; actualmente, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en los últimos 23 años: de 1979 al 2003. Debido a la gran cantidad de datos con los que se cuenta y tomando en cuenta los problemas de espacio para incluir toda la información, solamente se presenta una recopilación resumida de estas aportaciones, considerando que la mayoría de los resultados de estas investigaciones ya han sido publicados en revistas científicas nacionales e internacionales, así como en libros de esta área de estudio.

La investigación científica, ha encontrado que la esquizofrenia es una enfermedad incurable, que gene-

ra deterioro progresivo en el paciente, y que afecta a la familia. Debido a que es multifactorial, en el proceso de la enfermedad intervienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales deben ser considerados como elementos importantes del “modelo biopsicosocial” que se utiliza para abordar este trastorno. En el tratamiento integral actual, se ha considerado que se deben tomar en cuenta por lo menos cuatro aspectos fundamentales: 1.- el tratamiento farmacológico, 2.- el tratamiento psicosocial, 3.- la terapia familiar, y 4.- el manejo del paciente en la comunidad.

### **El tratamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia**

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que no solamente se caracteriza por la presencia de la sintomatología psicótica, sino también porque ocasiona incapacidades severas. De todas las enfermedades que aquejan a la humanidad, la esquizofrenia ocupa el séptimo lugar en cuanto a que incapacita a las personas que la padecen (57). Las incapacidades denominadas psicosociales, tienen que ver con las dificultades que presentan los pacientes y que afectan diversas áreas de su funcionamiento psicosocial. La incapacidad para mantener un trabajo remunerado (área ocupacional) y en consecuencia no tener ingresos (área económica), y por lo tanto depender económicamente de la familia, la dificultad para establecer relaciones sociales (área social), generalmente su red de apoyo social es muy reducida, existiendo una tendencia al aislamiento social; el aplanamiento afectivo puede llevar a no contar con vínculos afectivos en relaciones de pareja y su componente sexual (área sexual y de pareja), así como el impacto de la enfermedad en la familia (área familiar), la detección de relaciones familiares conflictivas entre el enfermo y su familia, que cuando existe un ambiente de emoción expresada alta en la familia, pueden derivar en recaídas hasta en un 90% (15,37,42) o la presencia de un trastorno psiquiátrico en algún familiar, que llega hasta un 58.5% (72). A todo esto se pueden añadir otros factores como: la no aceptación del paciente de su enfermedad, el rechazo y discriminación que podría sufrir por su padecimiento, la carga emocional ocasionada, las implicaciones sociales del diagnóstico, el costo económico, el incumplimiento con el uso de los medicamentos antipsicóticos, que pueden generar recaídas y en algunos casos rehospitalizaciones, etc, lo cual complica el panorama. Tomando en cuenta estos aspectos, es que surgen los tratamientos, intervenciones o terapias psicosociales, como se les llama indistintamente, que precisamente sirven para abordar la problemática psicosocial de estos pacientes.

### **El panorama internacional del tratamiento psicosocial**

El panorama internacional respecto a las intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia se remonta a la década de los cincuentas que es cuando iniciaron este tipo de tratamientos, casi como consecuencia del uso de los medicamentos neurolépticos en 1952 (19). Aunque Malm (50) refiere la existencia de los tratamientos psicosociales desde hace 60 años, cuando los pacientes se encontraban todavía reclusos en los hospitales psiquiátricos. Los trabajos pioneros fueron los de Ayllon y cols. (8) en Estados Unidos y los de Wing (109) en Inglaterra, destacando posteriormente otros con diversos enfoques como el de la terapia de habilidades sociales (13, 104), la terapia de roles (30), el enfoque psicoeducativo (11,52), el tratamiento psicosocial (12,27,44,62), el tratamiento integral (53), la rehabilitación psicosocial (9,109), la integración de los tratamientos farmacológico y psicosocial (14,30,33,44,51), etc. En estos últimos cincuenta años, la eficacia de estos tratamientos ha sido demostrada, las publicaciones se han incrementado a tal grado que a partir de los años 80 se han publicado revisiones (12,28,29,43,51,63,78). También se han realizado diversos meta-análisis, entre ellos el de Benton y Shroeder (13) que revisaron 27 estudios, el de Mojtabei y cols. (55) que revisaron un total de 200 tratamientos realizados desde 1966 a 1994, incluyendo en su muestra final 141 investigaciones, y finalmente el de Huxley y cols. (31) quienes revisaron las publicaciones en los últimos 20 años, de terapias psicosociales grupales, individuales y familiares e incluyeron en su revisión un total de 70 estudios. Es conveniente mencionar que la mayoría de los meta-análisis incluyeron en su revisión a estudios en situaciones experimentales, que incluían “grupos experimentales”, en los que se aplicaba alguna forma de tratamiento psicosocial en combinación con el tratamiento farmacológico, y que eran comparados con grupos en situaciones controladas, “grupos controles”, en los cuales se utilizaba exclusivamente el tratamiento farmacológico. En este sentido, un aspecto importante del tratamiento psicosocial es su relación directa con el tratamiento farmacológico, debido a que los pacientes con esquizofrenia necesitan tomar los medicamentos antipsicóticos de por vida para poder mantenerse estables clínicamente y sin sintomatología psicótica. El manejo clínico consiste en iniciar el tratamiento farmacológico y una vez que se logre la estabilidad clínica del paciente, aplicar el tratamiento psicosocial, que es lo que actualmente se recomienda; que los tratamientos farmacológico y psicosocial son necesarios, imprescindibles y complementarios (12,31,33,28,51, 53,58,94,97, 98,100,111,45) ya que permiten utilizar el enfoque biopsicosocial.

## **El panorama del tratamiento psicosocial en México**

Las intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia empezaron en 1979 a iniciativa del Dr. Ramón de la Fuente, precisamente en el año de la fundación del Instituto Mexicano de Psiquiatría y cuando este Instituto todavía no contaba con un hospital dónde tratar a los pacientes. Debido a esto, se conformó un grupo de investigadores, los cuales fuimos enviados a realizar investigaciones en un hospital psiquiátrico al sur de México, D.F, en el cual estuvimos realizando trabajo clínico y psicoterapéutico con los pacientes, a través de la implementación de un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos, desde 1979 hasta 1984. Otro grupo de investigadores fue enviado a una granja psiquiátrica, para trabajar con pacientes crónicos (7,66). Posteriormente, a partir de 1994 hasta el 2003, se han llevado a cabo, en el hospital del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, diversas intervenciones psicosociales como parte del proyecto denominado: "Programa de tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico" (21).

### **Panorama internacional del tratamiento familiar**

El interés en el estudio de la relación familia y esquizofrenia no es reciente, desde hace más de cuatro décadas se estudiaba la participación familiar en la etiología de la enfermedad (12). En esa época a la familia no se le consideraba relevante en el tratamiento de la enfermedad. Es hasta la década de los años 80 que los modelos de estudio y tratamiento de la esquizofrenia han cambiado permitiendo pasar de enfoques reduccionistas como por ejemplo los biológicos, psicológicos, familiares, etc, a otros modelos que integran una serie de factores de estudio y de carácter terapéutico, en donde las intervenciones terapéuticas se integren en programas coordinados, planteados a mediano y largo plazo y que consideren a la familia como unidad básica de salud incorporada a dichos programas(32). Se han desarrollado cuatro modelos básicos en Inglaterra y en Estados Unidos, para probar la eficacia del tratamiento (25,41,2,23,24). Todos ellos tienen metas en común: apoyo a la familia, énfasis en el tratamiento farmacológico, información acerca de la enfermedad, manejo de síntomas positivos y negativos, prevención de recaídas a través del conocimiento de los síntomas prodrómicos, intervención en crisis, adaptación de las expectativas familiares hacia el paciente. Diversos estudios han demostrado la importancia de brindar tratamiento a los familiares porque reducen la carga familiar (64,65,22,47,36,17,11,38,83, 84,85,42) Así como respecto al costo o tensión que

origina la estigmatización (18). Otros se han enfocado a evaluar el impacto, el estrés y la reducción de los vínculos sociales en la familia (3,4,81,39,79). También se ha estudiado el impacto psicológico en el familiar cuidador (48,46,54,82). Otros estudios se centraron en el curso de la esquizofrenia, proponiendo que había una relación entre las condiciones de vida y la evolución de la enfermedad con el constructo de la Expresividad Emocional (EE) (15, 103,40,49,35,83); otros estudios han desarrollado el modelo de atribución-afecto (107,108).

Por otro lado, existen estudios que reportan la percepción de los pacientes esquizofrénicos acerca de los ambientes familiares que predicen las recaídas (39,10,61,77,106). Además se han desarrollado meta-análisis de estudios que han demostrado la utilidad de las diversas intervenciones familiares para disminuir las recaídas de los pacientes (52,31).

La cronología de los tratamientos psicosociales y familiares realizados en pacientes con esquizofrenia, es la siguiente:

- 1.- En pacientes agudos hospitalizados: 1979-1994  
Grupos: Experimental y Control  
Duración del tratamiento: 4 semanas  
Orientación familiar
- 2.- En pacientes crónicos hospitalizados: 1979-1989  
Grupos: Aprendizaje social y Terapia Milieu  
Duración del tratamiento: 2 años  
Sensibilización familiar
- 3.- En pacientes crónicos de Consulta Externa: 1994-2001  
Grupos: Experimental y Control  
Duración del tratamiento: 1 año  
1er Tratamiento 1994-1995  
2do Tratamiento 1997-1998  
3er Tratamiento 2000-2001  
Terapia multifamiliar y unifamiliar
- 4.- En pacientes crónicos de Consulta Externa: 2001-2003  
Grupos: Tratamiento integral, musicoterapia y tratamiento psicosocial.  
Duración del tratamiento: 6 meses  
1er Tratamiento 2001-2002  
Terapia multifamiliar y unifamiliar  
2do Tratamiento 2003-2004 (Pendiente de iniciar).

El tratamiento psicosocial y familiar en pacientes agudos hospitalizados: Cuatro semanas de tratamiento.

Antes de implementar cualquier programa de tratamiento, es necesario realizar una evaluación de los pacientes para conocer algunos aspectos clínicos como:

la historia de su enfermedad, tratamientos recibidos, respuesta y apego a los tratamientos, así como determinar su funcionamiento psicosocial. Se realizó una evaluación de los principales problemas psicosociales de los pacientes y se encontró que entre el 45-65%, no trabajaba, el 40-50% no tenía amigos, el 50-75%, carecía de recursos económicos propios, el 70-80% dependía económicamente de su familia, el 70-80% no tenía una relación de pareja, el 60-70% no tenía buenas relaciones familiares, el 95-100% desconocía las características de su enfermedad, el 90-95% desconocía su diagnóstico, el 90-95% pensaba que no necesitaba medicamentos, y el 95-100% consideraba que no necesitaba psicoterapia. De manera adicional se hizo un estudio observacional, durante 4 semanas (74) en el pabellón donde se encontraban hospitalizados los pacientes, y se encontró que tenían una rutina que consistía básicamente en: dormir, comer y medicarse. De manera adicional a las consultas médico-psiquiátricas, con su tratamiento medicamentoso correspondiente durante la hospitalización, no existía ningún espacio para hablar de otros problemas e incapacidades y buscar alternativas de solución respecto a la problemática psicosocial.

Tomando en cuenta estos aspectos, se diseñó un programa de tratamiento psicosocial (74,75) que incluía las áreas siguientes: 1.- autocuidado, 2.- control de síntomas y medicamentos, 3.- orientación ocupacional, 4.- habilidades sociales, 5.- orientación familiar, y 6.- actividades recreativas y deportes. Se trabajó bajo la modalidad de terapia grupal, durante cuatro semanas, con un total de 24 sesiones, mientras los pacientes se encontraban internados. Se utilizó un diseño cuasi-experimental conformando dos grupos de pacientes: el grupo experimental (n=35) recibió medicamentos neurolépticos y el tratamiento psicosocial, mientras que el grupo control (n=35) recibió únicamente el tratamiento tradicional consistente en tomar los medicamentos neurolépticos. Se evaluó a los pacientes antes y después del tratamiento. Para evaluar la sintomatología se utilizó la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS) de Overall y Gorham (60), y para evaluar el funcionamiento global, la Escala de Valoración Global (GAF)(80). Los resultados indican que los pacientes del grupo experimental presentaron una mayor disminución de la sintomatología con una  $x=1.82$  al inicio y una  $x=.68$  al término del tratamiento, en comparación con los pacientes del grupo control quienes presentaron una  $x=1.52$  en ingreso y una  $x=1.01$  en egreso del tratamiento. De los 21 reactivos que conforman el BPRS, en 19 de ellos los pacientes experimentales reportaron mejoría considerable, lo cual no ocurrió con los pacientes controles. Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas

(prueba t de Student) en los pacientes experimentales.

Respecto al funcionamiento global (síntomas y comportamiento), los pacientes experimentales iniciaron el tratamiento con una  $x=52.05$  y lo terminaron con una  $x=72.61$ , con un puntaje de ganancia de +20.5, mientras que los controles empezaron el tratamiento con una  $x=55.24$  y lo terminaron con una  $x=59.4$ , con un puntaje de ganancia de +4.2. Los dos grupos iniciaron el tratamiento en el nivel de 51-60, los experimentales mejoraron dos niveles; al de 61-70 y al de 71-80, mientras que los controles, se quedaron en el mismo nivel, el de 51-60, que fue el que manifestaron al inicio del tratamiento. Las diferencias estadísticamente significativas (prueba t de Student) solamente ocurrieron en los pacientes experimentales.

De igual forma al realizar el seguimiento comunitario de seis meses después de su alta hospitalaria, se encontró que los pacientes experimentales presentaron un menor nivel de recaídas que los pacientes controles. La efectividad de este modelo ha sido demostrada (74,89,90,92,94).

### Orientación familiar

Tenía como objetivo el involucrar a la familia de manera que se pudiera establecer un cierto grado de cooperación y comunicación favorable entre el paciente y su familia, para resolver los problemas durante la hospitalización, así como en la etapa de seguimiento comunitario. Esta área representó un alto grado de dificultad, debido a la resistencia de parte de las familias, para asistir a las sesiones de orientación, en algunos casos no estaban conscientes de la importancia de su participación, consideraban que la enfermedad era exclusivamente del paciente, no acudían a visitarlo y se olvidaban de él, no podían asistir a las sesiones porque tenían que trabajar para tener ingresos para vivir, algunas familias no asistieron al hospital durante el tiempo del internamiento y otras, después de mucha insistencia se presentaron al hospital al final del tratamiento, sin haber podido participar.

Finalmente, ante tantas dificultades, el área familiar dejó de ser un requisito y se trabajó solamente con el familiar responsable y el paciente de aquellas familias que quisieron participar durante las 4 a 6 semanas de hospitalización, con un total de 4 sesiones de orientación respecto a la enfermedad y resolución de problemas. El porcentaje de participación de los familiares fue del 37%.

### El tratamiento psicosocial y familiar en pacientes crónicos hospitalizados: Dos años de tratamiento

En la década de los años 80 (1979-1989) se diseñaron, instrumentaron y evaluaron, bajo los auspicios de la

Facultad de Psicología de la UNAM y del Instituto Mexicano de Psiquiatría, dos programas de tratamiento psicosocial (“Aprendizaje Social” y “Terapia Milieu” (66) para la rehabilitación de Pacientes Esquizofrénicos Crónicos Hospitalizados en dos instituciones psiquiátricas (“La Salud Tlazolteotl” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno”) dependientes de los Servicios Coordinados de Salud Pública de la SSA del Estado de México y de la Dirección General de Salud Mental de la SSA. El “Programa de Aprendizaje Social” derivó sus bases conceptuales, metodológicas y aplicadas, a partir de un enfoque de la psicología denominado “Análisis Experimental y Aplicado de la Conducta”. En tanto que el “Programa de Terapia Milieu” las derivó a partir de una perspectiva social y re-educacional con base en un modelo de “Comunidad Terapéutica”. Dichos programas se estructuraron en las siguientes áreas de repertorios y destrezas conductuales: 1) Resocialización; 2) Conducta Instrumental; 3) Conducta Extraña y 4) Reintegración Comunitaria. Para el establecimiento de los repertorios y conductas adecuadas y eliminación de las conductas extrañas de los pacientes del “Programa de Aprendizaje Social” se emplearon técnicas y procedimientos basados en una “economía de fichas”, “sistemas de auto-gobierno”, “Consejo Psicológico”, “Entrenamiento Familiar”, “Análisis de Tareas” y “Secuencias Instruccionales”, principalmente, en tanto que para el “Programa de Terapia Milieu” los procedimientos principales fueron: la comunicación de expectativas, la participación de los pacientes en las actividades-objetivo, la retroalimentación positiva y negativa continua y la presión social, instrumentados con base en la “comunidad terapéutica”, constituida por todos los pacientes participantes y el personal profesional de psicólogos encargados del programa, empleándose un conjunto de reglas de convivencia que promovían, paulatinamente, una mayor responsabilidad de los pacientes en la realización de las distintas actividades programadas. Los pacientes recibieron el tratamiento usual de la institución, consistente en la aplicación de los medicamentos neurolépticos, para las terapia se utilizaron técnicas individuales y grupales, durante dos años de tratamiento. Los principales resultados que indican el porcentaje de avance en las áreas evaluadas en el Programa de Aprendizaje Social fueron los siguientes: Área de Resocialización (87.3%); Área de Conducta Instrumental (83.6%); Área de Control de Conducta Extraña (49.5%) y Reintegración Comunitaria (75.7%). Por otro lado, en cuanto al “Programa de Terapia Milieu” los resultados fueron los siguientes: Área de Resocialización (80%); Área de Conducta Instrumental (91%) y Área de Control de Conducta Extraña (5%).

## **Educación, sensibilización y orientación familiar**

Una vez que los pacientes ingresaban a la fase de Reintegración Comunitaria existía la opción, en aquellos que contaban con familiares, de asistir a 4 sesiones educativas, de sensibilización y orientación familiar en las que se les educaba sobre la enfermedad, la medicación y el manejo conductual, concientizándolas de la importancia de la familia como sistema o red de apoyo social y sensibilizándolas en la aceptación y apoyo al paciente, así como en la orientación sobre el trato al mismo que evite la sobre-protección, el sobre-involucramiento en el paciente, los comentarios críticos y la alta emoción expresada, haciendo énfasis en su rol en la identificación de síntomas, motivar al paciente a hacer más y a ofrecer apoyo emocional sin juicio ni crítica.

### **El tratamiento psicosocial y familiar en pacientes crónicos de Consulta Externa: Un año de tratamiento**

Previo a la implementación de este modelo de tratamiento se realizó una evaluación acerca de los principales problemas psicosociales de los pacientes y se encontró que entre el 50-80% no trabajaba, el 60-70% no tenía amigos, el 80-90% no tenía recursos económicos propios, el 80-90% dependía económicamente de la familia, el 90-96% no tenía una relación de pareja, el 70-80% no tenía buenas relaciones familiares, el 90-95% desconocía las características de la enfermedad, el 55-65% no conocía su diagnóstico, el 70-80% consideraba que no necesitaba medicamentos, y el 80-90% consideraba que no necesitaba psicoterapia. Estos resultados se sumaron a la evaluación del funcionamiento psicosocial que se hizo de los pacientes antes del tratamiento, lo que permitió delimitar las áreas que conformarían el tratamiento.

El tratamiento psicosocial está conformado de dos componentes principales:

1. la parte asistencial o psicoterapéutica, que tiene que ver con la implementación del tratamiento, y
2. el componente de investigación, que consiste en evaluar el tratamiento para conocer su eficacia.

Este modelo de tratamiento fue diseñado e implementado en cuatro ocasiones entre 1994 y 2003, su efectividad ya ha sido demostrada (94,20,97,98, 21,99,58,100,102,101). El tratamiento psicosocial ha sido definido como: “La aplicación de técnicas y procedimientos en el paciente para la adquisición y/o recuperación de sus habilidades, afectadas por su padecimiento, de manera que pueda funcionar en una forma efectiva y satisfactoria en la comunidad” (88,92,94). El proceso de intervención se lleva a cabo por medio

de seis formulaciones terapéuticas, las cuales tienen que ver con: 1.-la definición del tratamiento, 2.-la revisión del proceso de la enfermedad, 3.- la valoración de si tienen conciencia de ésta, 4.-la aceptación del tratamiento, 5.-el compromiso de participar en el tratamiento, y 6.-la evaluación de su funcionamiento psicosocial comunitario.

El tratamiento psicosocial actúa sobre las incapacidades de la enfermedad, y tiene como objetivos principales que los pacientes adquieran un considerable repertorio de habilidades psicosociales, mejorar su desempeño de roles y tener un funcionamiento psicosocial comunitario satisfactorio, el cual ha sido definido como: "los roles que desempeña el sujeto, en su relación con otros individuos y en el medio ambiente en el que se desenvuelve" (94,98). El tratamiento psicosocial está conformado por cinco áreas, a través de las cuales se abordan los diversos problemas que presentan los pacientes respecto a: 1.-los aspectos ocupacionales, 2.-las relaciones sociales, 3.- los aspectos económicos, 4.-las relaciones de pareja con su componente sexual correspondiente y 5.- las relaciones familiares. De manera complementaria se manejan algunos aspectos importantes relacionados directamente con la enfermedad, conocidos como: "la enfermedad y sus aspectos asociados", entre los que se incluyen a las características de la enfermedad (síntomas positivos y negativos), la conciencia de la enfermedad, el uso y cumplimiento de los medicamentos antipsicóticos, sus efectos secundarios, la evitación de recaídas y rehospitalizaciones, así como la adherencia terapéutica.

Dos clínicos previamente entrenados llevan a cabo el trabajo clínico y terapéutico con los pacientes, se trabaja en coterapia y bajo la modalidad de terapia grupal, con una frecuencia de una sesión semanal, con un total de 48 sesiones, durante un año de tratamiento. Las sesiones le pueden permitir al paciente entrar en contacto con otros pacientes y por lo tanto socializar, para lo cual es necesario comunicarse con los integrantes de la terapia, lo cual tiene que ver con la posibilidad de escuchar, dialogar, buscar acuerdos y alternativas de soluciones satisfactorias con los otros pacientes, con la gente y con la familia.

### **El tratamiento familiar**

El tratamiento que recibieron los familiares estuvo conformado por dos elementos: 1° el psicoeducativo y 2° el terapéutico. Se inició con un taller psicoeducativo multifamiliar que se dividió en dos partes, la primera consistió en la presentación de temas específicos relacionados con la enfermedad, expuestos por especialistas del equipo con un total de 12 sesiones educativas en donde se trataron los temas siguientes: Primera se-

sión: enfermedad mental, segunda sesión: características de la esquizofrenia, características orgánicas, emocionales, manejo de la afectividad, agresión, tipos de esquizofrenia, curso de la enfermedad, mitos acerca de la enfermedad. Tercera sesión: sintomatología y evolución. Cuarta sesión: Areas de deterioro y pronóstico. Quinta y sexta sesiones: tipos de tratamiento farmacológico, tratamiento psicosocial, psicoterapia individual y de grupo, terapias de arte, rehabilitación laboral, adherencia al tratamiento. Séptima sesión, así como las subsecuentes: el concepto de rehabilitación. En un segundo momento, mediante técnicas terapéuticas, se trabajó con la culpa, vergüenza e incertidumbre hacia el futuro, etcétera. Posteriormente, en una segunda parte, en grupos más reducidos se retomaban los temas de las sesiones y se favorecía el manejo de las emociones que la información despertaba en cada familiar y la solución de problemas. Al mismo tiempo se llevó a cabo la terapia unifamiliar, en donde se trabajó la problemática específica de cada familia y su paciente, aproximadamente 5 sesiones, fundamentalmente en cuanto a los límites, la jerarquía y la centralidad, así como el establecimiento de redes de apoyo para favorecer una mejor evolución de la enfermedad centrada en aspectos comunicacionales, interaccionales y estructurales. Para la intervención familiar se tomó en cuenta la problemática intergeneracional, ya que a menudo se presentan problemáticas entrelazadas con la enfermedad; también se consideraron aspectos como: qué familiar está más involucrado y cuál más distante con el paciente, su historia personal, la evolución del trastorno y la prevención del riesgo de recaídas, que son elementos importantes de las intervenciones psicosociales.

### **Método de investigación del tratamiento psicosocial**

A continuación se presenta el método de investigación del tratamiento psicosocial y posteriormente del tratamiento familiar

Se utilizó un diseño cuasi-experimental en las 3 intervenciones las que se implementaron en tres ocasiones, las cuales fueron similares en cuanto a su contenido (áreas de tratamiento, la enfermedad y sus aspectos asociados, descritas previamente), a la forma de intervención (técnicas utilizadas, coterapia, terapia grupal) y al tiempo de duración (un año de tratamiento). Para cada intervención se conformaron dos grupos de pacientes: el grupo experimental recibió la combinación de los tratamientos farmacológico y psicosocial, mientras que el grupo control recibió únicamente el tratamiento farmacológico. La muestra final de los pacientes experimentales y controles de cada



tratamiento aparece en el cuadro 1, en donde se presentan los resultados del funcionamiento psicosocial. Participaron pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo al DSM-IV (1) y al CIE-10 (56), diagnósticos que fueron corroborados con la aplicación de la Cédula de Entrevista Diagnóstica- CIDI (73), que estuvieran tomando medicamentos antipsicóticos, estables clínicamente respecto al control de la sintomatología psicótica, que no se encontraran hospitalizados, que asistieran a la Consulta Externa, hombres y mujeres, con edades entre los 16 y 55 años, con educación primaria terminada, que vivieran con sus familias en la ciudad de México o área metropolitana, y que certificaran por escrito y de manera voluntaria su deseo de participar en el tratamiento.

Se utilizaron los siguientes instrumentos de investigación para evaluar a los pacientes:

- Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) (34)
- Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS) (91)
- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (5)
- Cuestionario de Características Clínicas y Psicosociales (CCCPS) (93)

### **Método del tratamiento familiar**

Para el tratamiento familiar se utilizó un diseño de corte longitudinal-prospectivo con dos medidas en tiempo (ingreso-egreso), de tipo cuasiexperimental para los tres tratamientos, la muestra para cada uno fue no probabilística y de tipo circunstancial; la selección fue de manera secuencial, para cada grupo de estudio se conformaron dos grupos de familiares: el grupo experimental recibió la combinación de la intervención psicoducativa, la terapia multifamiliar y la terapia unifamiliar, mientras que el grupo control no recibió ninguna intervención.

Los criterios de inclusión para los familiares responsables del paciente fueron los siguientes:

1. Que quien esté a cargo del paciente sea responsable de su manutención y de su cuidado.
2. Que conviva cotidianamente con el paciente.
3. Que resida en la ciudad de México o en la zona conurbada.
4. Que pueda acudir al Instituto cuando se le requiera.

Los criterios de exclusión del familiar responsable del paciente fueron:

1. Que esté gravemente enfermo o incapacitado, y
2. Que no reúna alguno de los criterios de inclusión.

Para el estudio de cada tópico se desarrollaron tres fases, en primer lugar la prueba de instrumentos, la segunda fase: el estudio exploratorio y por último la

prueba de modelos conceptuales.

Además se llevaron a cabo en este periodo otros tipos de estudio: Transversales (Muestras diferentes), de Seguimiento; Grupos focales y Entrevistas a profundidad.

### **Material**

Los instrumentos que se utilizaron para la evaluación familiar:

1. Escala de evaluación de la conducta social del paciente. (*Social Behaviour Assessment Schedule*) SBAS 2<sup>o</sup> ed. (64,65). La confiabilidad global Kappa: 78 (59).
2. El CIDI (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta) (*The Compositive International Diagnostic Interview version*) 1.0 DSM-III R, 1987 (73).
3. La FMSS. Una muestra de discurso de cinco minutos (*The five-minute speech sample*) adaptada por Magaña y cols(49), la confiabilidad por crítica Kappa: 75 p<.000, y por el sobreinvolucramiento emocional Kappa: 72 p<.000 (70).
4. Cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) (26). Su confiabilidad Alpha estandarizada de Cronbach de 0.85 (68).
5. El concepto de la enfermedad (CONENF). Confiabilidad Alpha estandarizada de 0.82 (69).
6. Evaluación global de la forma de relación familiar con el EEGAR-DSMIV (6).
7. La violencia intrafamiliar con el cuestionario de mujer violencia doméstica (MVD) (67).

### **Resultados del tratamiento psicosocial**

#### **Funcionamiento psicosocial**

Se utilizó la Escala de Funcionamiento Psicosocial (91), instrumento que tiene validez y confiabilidad para su uso en México. En el cuadro 1 se presentan los resultados del funcionamiento psicosocial en cada área de tratamiento, así como el funcionamiento psicosocial (FP) global, comparando el 1er, 2do y 3er tratamiento, en donde cada tratamiento incluye un grupo experimental y un grupo control. Se encontró que todos los grupos experimentales mejoraron considerablemente su funcionamiento en todas las áreas de tratamiento, el cual generalmente lo iniciaron ubicándose en el nivel 3 que corresponde a neutral-indiferente con excepción de los pacientes del 1er tratamiento en las áreas ocupacional, familiar y en el funcionamiento psicosocial global, que se ubicaron en el nivel 2 que corresponde a satisfecho. Al término de cada tratamiento los pacientes reportaron sentirse satisfechos en cada área, así como en su funcionamiento psicosocial global. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos experimentales al comparar el ingreso-egreso de los tratamientos, con excepción del área

CUADRO 1

Funcionamiento psicosocial de los pacientes en ingreso y egreso del 1er, 2do y 3er tratamiento

Areas	1er. Tratamiento				2do. Tratamiento				3er. Tratamiento			
	Grupo Exp n=21		Grupo control n=15		Grupo exp n=24		Grupo control n=24		Grupo exp n=25		Grupo control n=22	
	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

económica, en el primer tratamiento. En los pacientes controles no se encontraron mejorías considerables entre ingreso y egreso de los tratamientos, aun así considerando que los pacientes del 1er tratamiento, con excepción del área económica, terminaron el tratamiento en el nivel 2 que corresponde a sentirse satisfechos en las áreas de tratamiento. Sin embargo, sus niveles de satisfacción disminuyeron en todas las áreas al terminar el tratamiento, con excepción del área familiar. Al comparar los niveles de satisfacción, en los tres tratamientos, los pacientes experimentales reportaron mayor satisfacción que los controles. En el 2do y 3er tratamiento, los pacientes controles se mantuvieron en el mismo nivel al inicio y al término de los tratamientos, es decir en el nivel 3=neutral-indiferente, un nivel inferior al de los pacientes experimentales, con excepción del área familiar del 2do tratamiento. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ingreso-egreso, en ninguna de las áreas de tratamiento de los pacientes controles.

**La actividad global**

La actividad global de los pacientes (cuadro 2) evaluada a través de la Escala de Evaluación de la Actividad Global-EEAG (5) considera la combinación de los síntomas y la actividad psicológica, social y laboral del paciente en un continuum de salud-enfermedad con

un rango de puntaje del 1 al 100. Al iniciar cada tratamiento, los pacientes bajo estudio se ubicaron dentro del nivel de 41-50, con una media para el total de tratamientos de 42.8 para el grupo experimental y 43.6 para el grupo control. Cuando terminaron los tratamientos, los pacientes experimentales mejoraron su funcionamiento llegando hasta el nivel de 61-70, con una x=66.8 para el total de tratamientos, a diferencia de los pacientes controles quienes permanecieron en el mismo nivel (41-50) que el que iniciaron, con una x=43.7 para el total de tratamientos. Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias al inicio y al término de los tratamientos de los pacientes experimentales, del 1er tratamiento (p<.000), del 2do tratamiento (p<.000) y del 3er tratamiento (p<.001), usando la prueba t de Student. En los pacientes controles, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el inicio y la terminación de los tratamientos.

**Adherencia terapéutica al tratamiento psicosocial**

La adherencia terapéutica es definida como: “el cumplimiento de parte del paciente de las indicaciones terapéuticas necesarias para el tratamiento” (Valencia, 2003), para lo cual se tomaron en cuenta dos aspectos: el por-

CUADRO 2

Comparación de la actividad global de los pacientes en ingreso y egreso del 1er, 2do y 3er tratamiento

	1er. Tratamiento		2do. Tratamiento		3er. Tratamiento		Total Tratamientos	
	Grupo		Grupo		Grupo		Grupo	
	Ex n=21 x	Co n=15 x	Ex n=24 x	Co n=24 x	Ex n=25 x	Co n=22 x	Ex n=70 x	Co n=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	N.S.	p<.000	N.S.	p<.001	N.S.		

N.S.=No Significativo

**CUADRO 3**  
**Adherencia terapéutica al tratamiento psicosocial**

	1er. Tratamiento n=21 %	2do. Tratamiento n=24 %	3er. Tratamiento n=25 %	Total Tratamientos 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	82.7

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

centaje de asistencia a las sesiones terapéuticas durante el tratamiento, y el nivel de cumplimiento o terminación del tratamiento. La asistencia a las sesiones de los tres tratamientos ocurrió dentro de un rango del 80 al 85%, con una asistencia del 83.3% para el total de los tres tratamientos, que de acuerdo a los criterios de evaluación de la adherencia terapéutica corresponde a un alto grado. La terminación de la terapia se dio en un rango de 80.0 al 87.5%, con un porcentaje final para el total de los tres tratamientos del 82.7%, lo cual indica un alto grado de adherencia terapéutica. También se evaluó la falta de adherencia terapéutica, para lo cual se consideró el grado de deserción de la terapia, el cual estuvo en un rango del 12.5 al 20%, con un porcentaje para todos los tratamientos del 17.2%, lo que indica un bajo nivel de abandono de las terapias (cuadro 3).

### Resultados del tratamiento familiar

Algunos de los resultados del efecto del tratamiento en los familiares son los siguientes:

#### *La carga familiar*

En el primer tratamiento de los familiares se evaluaron las consecuencias o dificultades que padece en mayor medida el cuidador y resultó en primer lugar el costo emocional (72.2%) a través de expresiones de irritabilidad, angustia, problemas para dormir, diferentes emociones de culpa, enojo, frustración y resentimiento; en segundo lugar, el costo económico (52.7%) por gastos excesivos por los medicamentos y por su manutención; el costo físico en tercer lugar (44.4%), asociado a las enfermedades de diabetes, gastritis, colitis, herpes y otros más y por último el costo social

(33.3%) observado en el aislamiento social por la vergüenza de tener un familiar enfermo. Se encontraron también algunos familiares (19.4%) que indicaron que el paciente no representaba ninguna carga para ellos (69,70). Se probó la diferencia estadísticamente significativa en el tiempo, ingreso-egreso en los tres tratamientos, encontrándose diferencias en la carga emocional del 1º grupo control y en el 3er grupo experimental (cuadro 4), evaluado por medio de la SBAS de Platt y cols. (65). El perfil de las características sociodemográficas de los cuidadores que padecen mayor número de cargas fue: ser mujer y en especial ser madre, tener alrededor de 50 años de edad, nivel educativo bajo y no tener pareja.

#### *La emoción expresada del familiar a cargo*

La emoción expresada (EE) incluye la medición de las actitudes de crítica, hostilidad y el sobreinvolucramiento. En el primer grupo se piloteó el instrumento, por tal motivo no se presentan resultados. En los dos grupos de tratamiento se encontraron niveles altos de (EE) respecto al 2º y 3er grupo, el 65% y 81% respectivamente correspondió a niveles de (EE) alta, destacando el componente del sobreinvolucramiento en cada uno de ellos. Al egreso se observaron cambios; 52% y 33% (2º y 3º respectivamente) observándose mayor cambio en las expresiones de sobreinvolucramiento y hostilidad. En el 2º grupo solamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en el componente de sobreinvolucramiento t: 2.0 sig:.05, mientras que en los familiares del grupo control no hubo diferencias significativas. De igual manera, respecto al 3er grupo experimental se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el componente de sobreinvolucramiento t: 2.9 sig:.00, y en la EE global, mientras

**CUADRO 4**  
**Diferencias en la percepción de carga familiar**

	1º Grupo				2º Grupo				3º Grupo															
	Experimental n=18		Control n=15		Experimental n=20		Control n=12		Experimental n=25		Control n=14													
	Ing	Egr	t	sig	Ing	Egr	t	sig	Ing	Egr	t	sig												
Carga Física	1.0	0.76	1.8	0.08	1.0	0.93	1.0	0.33	0.95	2.0	-0.53	0.60	0.77	0.62	0.80	0.44	0.65	0.78	0.85	0.41	2.0	2.0	1.3	0.20
Carga Económica	0.64	0.56	0.29	0.77	0.88	0.50	1.5	0.17	0.46	2.0	-0.93	0.37	0.83	0.33	1.8	0.67	0.62	0.33	2.4	0.70	1.5	1.5	1.5	0.17
Carga Social	0.29	0.50	-0.89	0.38	0.77	0.80	-0.55	0.59	0.53	1.5	0.00	1.0	0.55	0.54	0.00	0.15	0.35	0.43	0.00	1.0	1.0	1.5	-0.81	0.44
Carga Emocional	0.97	0.66	1.9	0.06	1.2	0.86	2.1	0.04	1.2	2.0	-0.96	0.35	0.96	0.81	0.84	0.42	1.0	0.70	2.5	0.02	2.0	2.0	-0.84	0.41

CUADRO 5

Diferencias en la expresividad emocional del familiar cuidador por el efecto del tratamiento

Subescalas	Nivel	2º Grupo								3er Grupo							
		Experimental n=23				Control n=14				Experimental n=21				Control n=19			
		Ing	Egr	t	sig	Ing	Egr	t	sig	Ing	Egr	t	sig	Ing	Egr	t	sig
Crítica	Alta	13.0	17.4	0.00	1.0	21.4	35.7	-1.0	0.33	28.6	23.8	0.37	0.71	26.3	21.1	0.56	0.57
	Baja	87.0	82.6			78.6	64.3			71.4	76.2			73.7	78.9		
Sobreinvolucramiento	Alta	39.1	21.7	2.0	0.05	21.4	28.6	-0.36	0.72	61.9	23.8	2.9	0.00	63.2	42.1	1.7	0.10
	Baja	60.9	78.3			78.6	71.4			38.1	76.2			36.8	57.9		
Hostilidad	Alta	13.0	-	1.8	0.08	21.4	14.3	0.56	0.58	23.8	9.5	1.82	0.08	15.8	10.5	1.0	0.33
	Baja	87.0	100.0			78.6	85.7			76.2	90.5			84.2	89.5		
Global	Alta	65.2	52.2	1.1	0.26	57.1	50.0	0.00	1.0	81.0	33.3	4.2	0.00	68.4	57.9	0.56	0.57
	Baja	34.8	47.8			42.9	50.0			19.0	66.7			31.6	42.1		

que en el grupo control no hubo diferencias significativas (cuadro 5). Se utilizó para evaluar la EE el instrumento (CEEE)(26).

Al evaluar la relación entre los familiares con EE alta con sus parientes enfermos se observó un pobre funcionamiento en ellos. En particular en el 2º grupo experimental se observaron cambios importantes principalmente en el manejo doméstico del paciente, en la conversación cotidiana entre el paciente y el familiar y en la manifestación del afecto y amistad, mientras que en el grupo control solamente se observó diferencia en la demostración del afecto y de la amistad.

**Las atribuciones familiares sobre la causalidad de la esquizofrenia**

Después del estudio exploratorio del 1º grupo, se pudo conocer a qué atribuyen los familiares la causa de la enfermedad, la principal fue por sus problemas familiares 55.5% (separación o divorcio de los padres, conflictos familiares, violencia intrafamiliar, etc, en segundo lugar, a los eventos adversos con 41.6% (abusos, encarcelamientos, problemas económicos, etc); en tercer lugar por presión, cambio o pérdida laboral o de estudio con 36.1%, y por último 11.1% al efecto de brujería o hechizos. Al estudiar los cambios en el segundo y tercer grupo, después de la intervención familiar se observaron cambios hacia delegar la causalidad en las características propias de la persona enferma: Prob. de nacimiento, físicos, etc, o por características de personalidad (69).

Se presentan en el cuadro 6, las diferencias en las atribuciones de causalidad de la enfermedad entre los diferentes grupos de familiares, en cuanto al 1º grupo experimental las diferencias significativas entre el ingreso y el egreso, fueron al no estar de acuerdo que las decepciones o frustraciones y las características de personalidad pudieron causar la enfermedad del paciente t: 2.7 sig:.01 y t 5.1 sig:.00; en el grupo control se encontraron de manera similar diferencias significa-

tivas t: 4.6 sig:.00 y t 3.4 sig:.00 . Respecto al 2º grupo se advirtieron diferencias estadísticamente significativas en atribuir a problemas familiares y a eventos adversos como accidentes etc. La causa de la enfermedad t: 2.1 sig:.04 y t: 2.9 sig:.01; respecto al grupo control no hubo diferencias significativas. Para el 3er tratamiento solamente se observaron diferencias significativas en el grupo experimental t: 25 sig:.02, en atribuir a la brujería o a los hechizos la causa de la enfermedad, en el grupo control no hubo diferencias significativas. Se aplicó el instrumento (CONENF) (69).

Las actitudes familiares con relación al trato del paciente indican que en el primer grupo de tratamiento se evaluó el cambio de actitudes ante el paciente en dos categorías: autoritarismo y benevolencia, en el grupo experimental la diferencia estadísticamente significativa se observó al egreso del tratamiento en cuanto a las actitudes de benevolencia.

Las actitudes hacia la esquizofrenia o hacia la enfermedad mental incluyen la predisposición a reaccionar de una manera como resultado de nuestras experiencias adquiridas en el orden cultural, el estigma se convierte en una marca imborrable, por lo que los familiares y la sociedad rechazan la posibilidad de recibir ayuda.

**Otros estudios de los familiares**

**La psicopatología secundaria en familiares**

Con el objeto de describir los trastornos presentes en 131 familiares cuidadores, se observó que más de tres cuartas partes (78%) de los familiares relacionan el padecer algún trastorno físico o emocional con la aparición de la esquizofrenia en su pariente, evaluados con el SBAS (72); asimismo se encontró que más de la mitad (58.8%) de ellos mostraron algún trastorno psiquiátrico evaluado mediante el CIDI; el diagnóstico que destacó en las mujeres fue depresión y en los hombres la dependencia al alcohol. Con la intención de identificar los mejores predictores de la psicopatología

CUADRO 6

Diferencias entre la atribución de causalidad de la enfermedad por familiares de pacientes con esquizofrenia

	1º Grupo				2º Grupo				3º Grupo															
	Experimental n=18		Control n=15		Experimental n=20		Control n=12		Experimental n=25		Control n=14													
	Ing	Egr	t	sig	Ing	Egr	t	sig	Ing	Egr	t	sig												
$\bar{X}$	$\bar{X}$			$\bar{X}$	$\bar{X}$			$\bar{X}$	$\bar{X}$			$\bar{X}$	$\bar{X}$											
Prob. nacimiento físicos, hereditarios	2.2	2.3	0.94	0.36	2.7	2.3	1.8	0.08	4.2	4.9	-1.3	0.20	3.7	4.3	-0.12	0.90	3.7	3.6	0.33	0.74	1.9	3.2	-1.0	0.37
Prob. Familiares	1.9	1.8	0.38	0.70	2.3	1.8	-0.43	0.67	4.8	3.6	2.1	0.04	3.8	3.4	-0.24	0.81	3.2	3.6	-1.2	0.23	4.6	3.6	0.16	0.88
Eventos adversos	2.2	2.2	0.24	0.81	2.9	2.2	1.0	0.15	3.3	2.4	2.9	0.01	4.5	2.4	3.0	0.02	2.8	2.5	0.20	0.84	4.0	3.6	-0.53	0.62
Uso de drogas o alcohol	2.3	2.7	-1.8	0.08	3.3	2.7	1.7	0.09	1.9	1.3	1.8	0.08	3.5	2.5	0.82	0.43	2.1	1.3	1.5	0.13	2.6	2.0	0.40	0.70
Presión, pérdida de empleo o estudios	2.3	2.4	-0.56	0.57	2.9	2.4	1.1	0.26	3.0	2.5	0.94	0.36	4.4	3.7	1.9	0.08	3.2	3.4	-0.49	0.62	5.0	3.9	1.0	0.37
Decepciones, frustraciones e insatisfacción	2.8	2.6	2.7	0.01	3.1	2.6	4.6	0.00	3.6	2.6	12.0	0.23	3.6	3.7	-0.09	0.92	3.9	3.1	1.7	0.09	5.3	3.2	1.0	0.33
Características de personalidad	2.8	1.6	5.1	0.00	2.6	1.6	3.4	0.00	3.4	3.9	-0.16	0.87	4.0	3.0	1.9	0.08	3.4	3.1	1.0	0.31	4.1	4.0	-0.95	0.39
Brujería o hechizos	2.9	3.3	-1.0	0.33	3.0	3.3	0.88	0.39	1.9	1.7	1.1	0.26	1.9	2.1	-0.37	0.72	2.1	1.2	2.5	0.02	2.0	1.9	0.00	1.0
Por descuido afectivo o en general	-	-	-	-	-	-	-	-	3.6	3.7	-0.79	0.44	3.0	2.7	-0.70	0.50	3.3	3.3	0.10	0.91	4.6	2.8	0.91	0.41

$\bar{X}$  = promedio del nivel de acuerdo, 1=totalmente en desacuerdo al 6=totalmente de acuerdo

en los familiares se probó el modelo a través del uso de la regresión logística R2:423; F:7.102; p>.001. La variable dependiente fue la presencia o no de un diagnóstico psiquiátrico, los mejores predictores fueron variables continuas: la conducta sintomática del paciente (síntomas positivos y negativos), el número de recaídas con hospitalización y el número de años de evolución de la enfermedad del paciente.

**Presencia de expresiones de violencia doméstica**

Al investigar el antecedente de violencia en las madres entrevistadas reportaron por parte de su pareja haber recibido violencia emocional en todas sus dimensiones: Abuso, hostilidad, devaluación, intimidación y amenazas en el 62.5%. La violencia física se manifestó en todas sus modalidades en más de 43% (alguna vez en la vida). La violencia sexual se observó en casi la mitad de las entrevistadas a través de ser forzadas a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad aspecto que se evaluó por medio de el cuestionario de mujer violencia doméstica (MVD) (67).

**Antecedentes de trastornos familiares**

El estudio de la historia generacional de enfermedad mental en las familias ha sido útil para conocer los antecedentes de trastorno mental en ellas, en los tres grupos estudiados se encontró 66.6% en familiares de 1er grado (padres y/o hermanos), 39.8% de los familiares de segundo grado (abuelos, tíos y primos) y por último 14.8% en los de tercer grado (otros parientes) y el 29.6% sin antecedentes.

**La perspectiva de género en la esquizofrenia**

El método que se utilizó fue a través de dos grupos focales, madres y padres de personas con esquizofrenia. Algunos de los resultados de sentir y escuchar el discurso de los padres y madres que participaron muestran las expectativas y estereotipos de los roles sexuales actuales, la rigidez del rol de género es difícil de romper, pues aunque en algunos existe intención de igualdad, otros refieren que existen ventajas y desventajas entre pertenecer a uno u otro sexo padeciendo esquizofrenia.

En las familias que sufren de este problema se observa muy frecuentemente la ausencia del varón (el padre, el jefe de familia) esto, adquiere significados diferentes: en algunos estudios es de importancia marginal y en otros, se convierte hasta en la explicación central de la patología familiar. Causó agrado que las tareas culturalmente asignadas a hombres y mujeres se han modificado de modo que el padre se ve cada día más involucrado en el cuidado de los hijos, por lo que existe una mayor cercanía emocional y compromiso para con ellos. Podemos afirmar que existen diferencias de género importantes en el curso y evolución de la enfermedad.

**El tratamiento de tres grupos: tratamiento integral, musicoterapia y tratamiento psicosocial en pacientes crónicos de consulta externa. Seis meses de tratamiento**

Durante el año 2002, se hicieron modificaciones terapéuticas y metodológicas y a diferencia de los otros 3

tratamientos psicosociales descritos previamente, que tuvieron un año de duración con una sesión semanal, y con un total de 48 sesiones, en este caso el tiempo de tratamiento se redujo a 6 meses con dos sesiones semanales, trabajando igualmente, un total de 48 sesiones. Se seleccionaron de manera aleatoria los pacientes a 3 modalidades de intervención: el tratamiento integral (n=18), la musicoterapia (n=18), y el tratamiento psicosocial (n=18), en donde los pacientes de los 3 grupos recibieron el tratamiento farmacológico correspondiente. Se encontró respecto al funcionamiento psicosocial, que en las tres modalidades, los pacientes mejoraron terapéuticamente. Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento integral en el área social y en el funcionamiento psicosocial global (FPGlobal); en la musicoterapia en las áreas social, familiar y en el (FPGlobal) y en el tratamiento psicosocial en todas las áreas, así como en el (FPGlobal). Lo mismo ocurrió en la evaluación de la Actividad Global, en donde los tres grupos bajo estudio iniciaron el tratamiento en el mismo nivel: de 41-50, el tratamiento integral con un  $x=41.4$ , la musicoterapia con una  $x=43.8$  y el tratamiento psicosocial con una  $x=41.7$ , y al terminar el tratamiento, los pacientes del tratamiento integral presentaron una  $x=54.4$ , los de musicoterapia  $x=54.5$ , ubicándose estos dos grupos en el mismo nivel de 51-60, y los del tratamiento psicosocial con una  $x=67.6$ , ubicándose un nivel superior de los otros dos grupos bajo estudio.

### ***Tratamiento familiar***

Cabe mencionar que para los familiares la intervención fue similar conformada por intervención psicoducativa, terapia multifamiliar y terapia unifamiliar, solamente para los pacientes fue diferente la modalidad de intervención: Musicoterapia, T. Integral, y T. Psicosocial,

Se evaluó la expresión emocional (EE) en las tres modalidades diferentes de tratamiento (Musicoterapia, T. Integral, y T. Psicosocial) en donde a los familiares se les brindó el mismo tratamiento familiar, la diferencia entre el ingreso-egreso respecto a los niveles de la expresión emocional (EE), 50%, 38.5% y 26.7%, y al terminar 28.6%, 15.4%, y 20% (Musicoterapia, T. Integral, y T. Psicosocial, respectivamente). No se advirtió ninguna diferencia significativa mediante la prueba  $t$ , entre los grupos, sin embargo, en el tiempo se observaron diferencias Intra-sujetos aplicando ANOVA para medidas repetidas  $F:4.96$  Sig:032. Entre los resultados resalta como componente característico en los familiares, el sobreinvolucramiento, compuesto por aspectos de sobreprotección similar al trato que normalmente se le da a un niño, con niveles inapropiados

de preocupación por parte del familiar; el paciente es visto como menos competente que antes, y más vulnerable. Este hallazgo permite conocer las actitudes que los familiares expresan con mayor frecuencia en la relación con su familiar enfermo y que pueden ser un predictor de recaída sintomatológica evaluado por el (CEEE) (26).

Respecto a la carga familiar se probó si existían diferencias estadísticamente significativas entre la Musicoterapia, T. Integral y T. Psicosocial, no observándose diferencia entre los grupos, ni en el tiempo ingreso-egreso evaluado por medio de la SBAS (65).

Se estudiaron las atribuciones de causalidad de la enfermedad por los cuidadores y se observaron diferencias estadísticamente significativas en la modalidad de Musicoterapia respecto a estar de acuerdo a que la presión o pérdida de empleo o estudios pudieron causar la enfermedad  $t:-3.46$  sig:.004; en el grupo de terapia psicosocial se encontró diferencias al estar en desacuerdo en que las decepciones o frustraciones podrían causar la enfermedad  $t: 2.2$  sig:.04. En el grupo de Tratamiento integral no se encontraron ninguna diferencia significativa evaluado por medio del instrumento CONENF (71).

Con el objetivo de evaluar en los familiares la forma de relacionarse, resolver sus problemas, la forma de organizarse, y el clima emocional de cada familia, en un espectro continuo desde un sistema de relación competente hasta otro desestructurado y disfuncional (0-100), se entrevistaron a 52 familiares integrantes de las tres modalidades de tratamiento: el puntaje promedio de ingreso fue: T. Integral de 66.8, Musicoterapia 66.1 y 65.2 T. Psicosocial, siendo que al egreso el puntaje promedio fue 72.2 T. Integral, 65.6 Musicoterapia y 60.4 T. Psicosocial. El puntaje promedio de los tres grupos se ubica en el rango de 61-80, significa que la forma de relacionarse es de algún modo insatisfactoria, observándose mejoría en la resolución de problemas, en la organización y en el clima emocional, lo cual se evaluó por medio de la entrevista con los familiares y de la aplicación del EEGAR, DSM- IV (6).

### **CONCLUSIONES**

Este artículo refleja el trabajo clínico, terapéutico y de investigación, realizado con pacientes esquizofrénicos y su familias en los últimos 23 años. Para este fin, se han seguido los lineamientos internacionales establecidos para el manejo integral de este tipo de pacientes, basados en la utilización del modelo biopsicosocial, que consiste en combinar los tratamientos farmacológico, psicosocial y familiar, así como realizar el manejo del paciente en la comunidad. La efectividad

de la integración de los tratamientos farmacológico y psicosocial realizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, ya ha sido demostrada (94,96,97,98,100,58,102,101), así como el manejo comunitario del paciente, a través de estudios longitudinales de seguimiento (95,96, 97,98,99). El manejo farmacológico es la base fundamental en el tratamiento de la esquizofrenia y el tratamiento psicosocial su complemento, el cual no puede ser aplicado de manera independiente, ni en sustitución de los antipsicóticos. De igual forma cada vez se reconoce con mayor énfasis la importancia de la interacción entre el individuo y su entorno familiar, los resultados revelan lo necesario de considerar al cuidador en el proceso como un socio activo indispensable y como una persona a la que se debe ayudar a enfrentar con habilidad la solución de problemas. Como resultado de las intervenciones familiares la carga emocional percibida en los familiares fue menor así como los cambios en la expresión emocional (20,21,69, 70,71,72).

Entre las aportaciones relevantes respecto al componente psicosocial, se puede destacar la importancia del diseño de un modelo original de tratamiento o terapia psicosocial para pacientes esquizofrénicos mexicanos, que a través de diversas aplicaciones ha demostrado su utilidad y eficacia terapéutica (71,72). De igual forma, el desarrollo de un instrumento de investigación: La escala de funcionamiento psicosocial, que tiene validez y confiabilidad para su uso en México y que ha servido para evaluar la eficacia de esta técnica terapéutica. De esta manera se ha conformado una línea terapéutica y de investigación para pacientes con esquizofrenia, utilizando a la psicoterapia como un instrumento terapéutico para beneficio de los pacientes y el método científico a nivel de diseños experimentales para probar la eficacia del tratamiento, haciendo uso estricto de los estándares éticos en el trato con los pacientes.

Los hallazgos hasta el momento han permitido incidir en varias vertientes: Primero el desarrollo de la metodología en la evaluación de programas de tratamiento mediante técnicas confiables en nuestro medio, dicha tecnología podrá servir a otros investigadores que atienden a poblaciones similares. En segundo lugar en la identificación de puntos críticos para la planeación de la estrategia de intervención en el ámbito familiar, para sensibilizar a los cuidadores a disminuir y equilibrar la comprensión y aceptación de la enfermedad y para mejorar la relación familiar-enfermo y en consecuencia para la prevención de recaídas.

Si se considera a la familia como instancia fundamental, es decir como el único agente comunitario en nuestro medio, ya que en ella se materializan las condiciones de vida de una población, los tomadores de

decisiones públicas y los expertos en salud deben considerar y contribuir a recuperar la dimensión humana, comunitaria, de desarrollo, proporcionando orientación para reducir los costos, los problemas específicos, para contribuir al desarrollo de la vida familiar y comunitaria. Así como sensibilizar al personal de salud para la identificación de víctimas de violencia que en este caso puede ser la madre o el paciente.

Sabemos que el tratamiento integral a largo plazo es lo más conveniente para el paciente cuando se trata de una enfermedad tan compleja como la esquizofrenia, en la que la familia desempeña un papel fundamental para mejorar el nivel global de funcionamiento, tanto del paciente como de ella misma, su calidad de vida y su apego al tratamiento. Para cumplir estos objetivos es necesaria la participación del paciente y de su familia, de un equipo interdisciplinario de profesionistas y de las redes de apoyo social.

Otra aportación de las intervenciones es que estas motivaron a los familiares a crear redes sociales de apoyo, a tal grado que hasta el momento se han formado diversas asociaciones de familiares que sirven de apoyo para los pacientes y sus familias.

#### Agradecimientos

Los autores agradecen muy especialmente la colaboración de los pacientes y sus familiares que participaron en los diferentes proyectos, así como a la Lic. Ma. de Lourdes Gutiérrez por el apoyo en la captura y procesamiento computarizado de algunos de los datos del estudio de la familia.

#### REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA) DSM-IV: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. DSM IV. Cuarta Edición. American Psychiatry Association Press. Washington, 1995.
2. ANDERSON C; Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A psycho-Educational Approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3):490-503, 1980.
3. ANDERSON CM, HOGARTY G, BAYER G, NEEDLEMAN R: Expressed emotion and the social networks of parents of schizophrenic patients. *British J Psychiatry*, 144:247-255, 1984.
4. ANDERSON CM, HOGARTY GE, REISS DJ: Esquizofrenia y familia. Amorrortu, Buenos Aires. 1986
5. ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Escala de evaluación de la actividad global-EEAG. Eje V, DSM IV, Ed. Masson, Barcelona. 1995.
6. ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Escala de evaluación global de la actividad relacional EEGAR. Eje V, DSM IV, Ed. Masson, Barcelona. 1995.
7. AYALA H, CHISM K, CÁRDENAS G. Una alternativa al tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales crónicos. *Salud Mental*, 5:1-10, 1982.
8. AYLLON T. y MICHEL J. The psychiatric nurse as a behavioural engineer. *J Exp Analysis Behavior*, 2:323-334, 1959.
9. BACHRACH LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry

- in the treatment of schizophrenia-what are the boundaries. *Acta Psychiatr Scand*, 407(102):6-10, 2000.
10. BAKER B, HELMES E & KASARIAN S: Past and present perceived attitudes of schizophrenic in relation to rehospitalisation. *British J Psychiatry*, 144:263-269, 1984.
  11. BALLUS C, LLOVET JM, BOADA JC: La orientación terapéutica familiar en la esquizofrenia: Un modelo psicoeducativo sistémico. Reflexiones tras un año de seguimiento. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 18:71-8, 1991.
  12. BELLACK AS, MUESER KT: A comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. *Community Mental Health J*, 22:175-89, 1993.
  13. BENTON MK, SCHOROEDER HE: Social skills training with schizophrenics, meta-analytic evaluation. *J Consulting Clin Psychology*, 58:741-47, 1990.
  14. BRENNER HD, RODER V, HODEL B, KIENZLE N, REED D: Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. Hogefre & Huber. Seattle, 1994.
  15. BROWN GW, BIRLEY JLT, WING JK: Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication. *Br J Psychiatry*, 121:241, 1972.
  16. BROWN GW: The mental hospital as an institution. *British J Psychiatry*, 130:1-18, 1977.
  17. BULGER MW, WANDERSMAN A, GOLDMAN CH: Burdens and gratifications of caregiving: Apraisal of parental care of adults with schizophrenia. *Amer J Orthopsychiat*, 630(2), 1993.
  18. CABRERO LJ: "Familia y tratamiento integral en la esquizofrenia" Trabajo presentado en el simposio: Abordajes Psicosociales en la Esquizofrenia en el XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. Bilbao, Mayo. 1993.
  19. DELAY J, DENICKER P, HARL JM: Traitment des états d'excitations et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hibernothérapie. *Ann Med Psychol*, 110:273-76, 1952.
  20. DÍAZ R, RASCON ML, ORTEGA H, MUROW E, VALENCIA M, RAMÍREZ I: Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico. *Revista de la Facultad de Medicina*, 41(2):51-59. 1998
  21. DIAZ R, RASCON ML, VALENCIA M, UNIKEL C, MUROW E, RASCON D, LEAÑOS C, ORTEGA H: El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. *Salud Mental*, 22:104-113, 1999.
  22. FADDEN GB, BEBBINGTON PE, KUIPER S: The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry*, 150:285-292, 1987.
  23. FALLOON I Family Management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: A controlled Study. The new England journal of medicine vol.306, n°24 1437-1440,1982
  24. FALLOON IRH, BOYD JL, MCGILL C: Family care of schizophrenia. Nueva York: Guilford Press, 1984.
  25. GOLDSTEIN M: "Family Intervention Programs" en: Bellack K, A: Schizophrenia, Treatment, Management and rehabilitation. Orlando, FL: Grunes & Stratton, inc. Cap. 10:281-305, 1984.
  26. GUANILO JV, SECLÉN YM: Relación entre el Nivel de Conocimientos sobre Enfermedad Mental y el Nivel de Emoción Expresada de los Familiares de Pacientes Esquizofrénicos de Consultorios Externos del INSM HD-HN. Tesis para optar el Título Profesional de Enfermera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú. 1993.
  27. GUNDERSON JG, FRANK A, KATZ HM, VANICELLI ML, FROSCH JP: Effects of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 10:564-98, 1984.
  28. HARVARD MEDICAL SCHOOL: The Harvard Mental Health Letter. The psychosocial treatment of schizophrenia-Part I, 18(2):1-4, 2001.
  29. HERZ MI: Early interventions in schizophrenia. En Psychosocial treatment of schizophrenia Vol 4 de Herz MI, Keith SJ, Docherty JP, Edit. Elsevier Science Publishers. Amsterdam. 25-44, 1990.
  30. HOGARTY GE, GOLDBERG SC: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry*, 28:54-64, 1973.
  31. 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.
  32. KANE JM, MAYERHOFF D: Do negative symptoms respond to pharmacological treatment? *British J Psychiatry*, 155:115-118, 1989.
  33. KANE JM: Management issues in schizophrenia. Martín Dunitz Ltd. London, 2000.
  34. KAY S, FIZBEN A, OPLE R: The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 13: 261-76, 1987.
  35. KUIPERS L, BEBBINGTON P: Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*, 18:893-909, 1988.
  36. KUIPERS L: Family burden in schizophrenia: implications for services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 28:207-210. 1993.
  37. LAGOMARSINO A: Psicoeducación para familias de esquizofrénicos. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat*, 36:73-80, 1990.
  38. LAWTON MP, KLEBAN MH, MOSS M, ROVINE M, GLICKSMAN A: Measuring caregiving appraisal. *J Gerontology*, 44:61-71, 1989.
  39. LEBELL M, MARDER RE, MINTZ J, MINTZ IL, THOMPSON M, WSHING W, JOHNSTON-CRONK K, MCKENZIE J: Patients, perceptions family emotional climate and outcome in schizophrenia. *British J psychiatry*, 162:751-754, 1993.
  40. LEFF J, VAUGHN C: The interaction of life events and relatives expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *Br J Psychiatry*, 136:146, 1980.
  41. LEFF JC: Relatives expressed emotion and the curse of schizophrenia in Chandigarh. *British J Psychiatry*, 156:351-356, 1990.
  42. LEFF J, BERKOWITZ N, SHAVIT N, STRACHAN A, GLASS I, VAUGHN C: A trial of family therapy versus relatives' group for schizophrenia. *British J Psychiatry*, 157: 571-577, 1990.
  43. LEHMAN: Commentary: What happens to psychosocial treatment on the way to the clinic. *Schizophrenia Bull*, 26(1): 137-144, 2000.
  44. LIBERMAN RP: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Psychiatry*, 57:104-14, 1994.
  45. LIBERMAN RP: Biobehavioral therapy: Interactions between pharmacotherapy and behaviour therapy in schizophrenia. En: Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia, de Wykes T, Tarrrier N, Lewis S, Edit. Wiley, Chichester. 179-199, 1998.
  46. LINDZ T, PAKER B, CORNELISON AR: *Am J Psychiat*, 113(1), 1956.
  47. MACCARTHY B, LESAGE A, BREWIN CR y cols.: Needs for care among the relatives of long-term users of day-care. *Psychol Med*, 19:725-736, 1989.
  48. MacCARTHY B: The role of relatives, In Lavender A, Holloway F eds Community care in practice. Wiley, Chichester, 1988.
  49. MAGAÑA AB, GOLDSTEIN MJ, KARMO M: A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry res*, 17:203-212, 1986.



50. MALM U: Group therapy. En Handbook of Schizophrenia, Vol 4 Psychosocial treatment of schizophrenia, Elsevier Science Publishers. Amsterdam. 191-211, 1990.
51. MARDER SR: Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 407:87-90, 2000.
52. MARI JJ, STEINER D: An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine*, 24:565-78, 1994.
53. MAY PRA: Treatment of schizophrenia. Science House. New York, 1968.
54. MCGILLOWAY S, DONNELLY M, MAYS N: The experience of caring for former long-stay psychiatry patients. *British J Clinical Psychology*, 33(1):149-151, 1997.
55. 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*, 24:569-587, 1998.
56. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. OMS, España, 1992.
57. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): Reporte de salud mundial: Siglo XXI WHO, Geneva, 1998.
58. ORTEGA H, VALENCIA M: El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia. En: Esquizofrenia: Estado actual y perspectivas, de Ortega H y Valencia M, Edit. Colección de libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, D.F. 349-398, 2001.
59. OTERO R, RASCÓN ML: Confiabilidad de la escala de valoración de la conducta social (SBAS). *Salud mental*, 11(1): 8-12, 1988.
60. OVERALL J G, GORHAM DR: The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10:799-812, 1962.
61. PARKER G & MATER R, Predicting schizophrenic relapse: A comparison of two measures. Australian and New Zealand. *J Psychiatry*, 20:82-86, 1986.
62. PAUL G, LENTZ .: Psychocial treatment of the chronic mental patient. Harvard University Press. Cambridge, MA, 1977.
63. PENN DL, MUESER KT: Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 153:607-617, 1996.
64. PLATT S, WEYMAN A, HIRSCH S: La escala de la conducta del paciente Charing Cross Hospital, London, 1977.
65. PLATT S, WEYMAN A, HIRSH S, HEWETT S: The Social Behaviour Assessment Schedule (Sbas): Rationale Contents, Soring And Reliability Of A New Inteterview Schedule. *Social Psychiatry*, 15:43-55, 1980.
66. QUIROGA H, RODRÍGUEZ M, CARDENAS G, VITE A, MATA A, MOLINA J, AYALA H: Programas de tratamiento psicosocial para la rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado en México: Descripción, resultados y perspectivas. *Rev Mex Psicología*, 3(1):44-58, 1986.
67. RAMÍREZ, PATIÑO: La violencia intrafamiliar con el cuestionario de mujer violencia doméstica (MVD). 1997.
68. RASCÓN G ML: Funcionamiento familiar y esquizofrenia. Reporte interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1995.
69. RASCÓN G ML, DÍAZ M LR, LÓPEZ JL, REYES RC: La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, 2(supl.): 55-64, 1997.
70. RASCÓN ML, RASCÓN D, DÍAZ-MARTÍNEZ R, LÓPEZ JL: Consecuencias familiares por el cuidado del paciente esquizofrénico. Depto. De Educación Especializada, Centro Universitario de Estudios para la Familia, Universidad Autónoma de Tlaxcala. 1998.
71. RASCÓN G ML, RASCÓN D: "Los Factores Familiares en la Esquizofrenia" en el libro: Esquizofrenia estado actual y perspectivas. Colección del Instituto Nacional de Psiquiatría y el Fondo de Cultura Económica (en proceso de publicación, 2001).
72. RASCÓN G ML: *Estudio de familias de pacientes con esquizofrenia*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado Universidad Nacional Autónoma de México. 2001.
73. ROBINS LN: The composite international diagnostic interview. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
74. RYAN P, VALENCIA M, OTERO BR, NÚÑEZ M, GONZÁLEZ N, RASCÓN ML: Alternativas al hospitalismo. *Salud Mental*, 5:8-15, 1982.
75. RYAN P: Un programa experimental psicosocial para pacientes agudos hospitalizados. I Reunión sobre Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 196-202, 1982.
76. RYAN PJ, VALENCIA M, OTERO B, NÚÑEZ M, GONZÁLEZ N, RASCÓN ML: Alternativas para el hospitalismo. *Salud Mental*, 5:53, 1982.
77. SCHUNUR DB, FRIEDMAN S, DORMAN M y cols.: Assessing the family environment of schizophrenic patients with multiple hospital admissions. *Hospital Community Psychiatry*, 37:249-252, 1986.
78. SCHWARTZ BJ, CECIL A, IQBAL N: Psychosocial treatments of schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 23:216-21, 1993.
79. SEEMAN M, THORNTON J: Schizophrenia courses and outcome. Clarke Institute of Psychiatry, Canada. 1982.
80. SPITZER RL, GIBBON J, ENDICOTT J: The global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry*, 4:766-771, 1976.
81. STRAUSS JS, CARPETER WT: The prediction of outcome in schizophrenia. y characteristics of outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 27:739, 1972.
82. SZMUKLER GI, BURGERS P y cols.: Caring for relatives with serious mental illness: The Experiences of caregiving inventory. *Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol*. 31(3-4):137-148, 1996.
83. TARRIER N, BARROWG CLOUGH C, VAUGHN CE, BAMRAN JS, PORCEDDU K, WATTS S, FREEMAN HL: The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British J Psychiatry*, 153:532-542, 1988.
84. TARRIER N, BARROWCLOUGH CH, VAUGHN CH, BAMRAH J, PORCEDDU K, WATTS S, FREEMAN H: Community management of schizophrenia: a two yaeer follow up of a behavioural intervention with families. *British J Psychiatry*, 154:625-628, 1989.
85. TARRIER N, BARROWCLOUGH CH: Families of schizophrenic patients: cognitive-behavioural intervention. Londres: Chapman & Hall, 1992.
86. VALENCIA M, OTERO R, RASCÓN ML, NUÑEZ M, GONZALEZ N: Un programa de intervención clínica en un hospital mental. *Salud Púb Méx*, 28:480-488, 1986.
87. VALENCIA M, OTERO BR, RASCÓN ML: Un modelo de intervención clínica en un hospital mental. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*, 32:41-51, 1986.
88. VALENCIA M: Formulación de principios de tratamiento y rehabilitación del paciente psicótico. *Rev Mex Psicología*, 3:37-43, 1986.
89. VALENCIA M, RASCÓN ML, OTERO R, RYAN P: Descripción de la conducta de pacientes Psiquiátricos hospitalizados. *Salud Mental*, 10:81-89, 1987.
90. VALENCIA M: Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos. *Psiquiatría*, 12:72-86, 1988.
91. VALENCIA M, ROJAS E, GONZÁLEZ C, RAMOS L, VILLATORO J: Evaluación del funcionamiento psicosocial en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública Méx*, 31:674-87, 1989.
92. VALENCIA M: El hospital mental como instrumento tera-

- péutico: El rol del psicólogo en la práctica clínica institucional. *Rev Mex Psicología*, 8:99-107, 1991.
93. VALENCIA M, SALDIVAR G: "Seguimiento comunitario de pacientes esquizofrénicos". Anales IV, Reseña de La VIII Reunión de Investigación Instituto Mexicano de Psiquiatría. 145-156, 1993.
  94. VALENCIA M: Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. *Psiquiatría*, 12:72-86, 1996.
  95. VALENCIA M: Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. *Salud Mental*, 20:28-37, 1997.
  96. VALENCIA M, RASCON ML: Abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia en pacientes agudos y crónicos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 8(4):18-33, 1998.
  97. VALENCIA M: Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental*, 22:128-137, 1999.
  98. VALENCIA M: Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 2:31-40, 1999.
  99. VALENCIA M. El manejo comunitario de la esquizofrenia. En Esquizofrenia: Estado actual y perspectivas, de Ortega H, Valencia M, Edit, Colección de libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, D.F. 547-607, 2001.
  100. VALENCIA M, RASCON ML, ORTEGA H: El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En: Esquizofrenia: Estado Actual y Perspectivas, de Ortega H y Valencia M. Edit. Colección de libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, D.F. 399-454, 2001.
  101. VALENCIA M, LARA MC, RASCON ML, ORTEGA H: La importancia de los tratamientos farmacológico y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia. *Rev Latinoamericana Psiquiatría*, 2(1):6-21, 2002.
  102. VALENCIA M, ORTEGA H, RASCON ML, GOMEZ L: Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(6):358-369, 2002.
  103. VAUGHN CE, LEFF JP). The Measurement Of Expressed Emotion In The Families of Psychiatric Patients. *Clin Psychol*, 15:157-165, 1976.
  104. WALLACE CJ, LIBERMAN RP, MACKAIN SJ, BLACK J, ECKMAN TA: Effectiveness and replicability of modules for teaching social skills to severely mental ill. *American J Psychiatry*, 149:654-58, 1992.
  105. 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.
  106. WARNER R, ATKINSON M: The relationship between schizophrenic patients' perceptions of their parents and the course of their illness. *British Journal of Psychiatry*, 153:344-353, 1988.
  107. WEISMAN A, LÓPEZ S, KARNO M, JENKINS J: An Attributional Analysis of Expresses Emotion in Mexican-American Familiars with Schizophrenia, *J Abnorm Psychol*, 601-606, 1993.
  108. WEISMAN AG, NUECHTERLEIN KH, GOLDSTEIN MJ, SNYDER KS: Expressed Emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *J Abnorm Psychol*, 107(2): 355-9, 1998.
  109. WING JKA: A pilot experiment on the rehabilitation of long hospitalized male schizophrenic patients. *British J Prev Soc Med*, 14:173-80, 1960.
  110. WYKES T, TARRIER N, LEWIS S: *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*. Wiley & Sons. Chichester. 1998.
  111. YOUNG M, MELTZER HS: The relationship of demographic, clinical and outcome variables to neuroleptic treatment requirements. *Schizophrenia Bull*, 6:88-100, 1980.

**RESPUESTAS DE LA SECCION  
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA  
Autoevaluación**

- 1. C**
- 2. D**
- 3. D**
- 4. C**
- 5. D**
- 6. D**
- 7. D**
- 8. B**
- 9. C**
- 10. E**
- 11. E**
- 12. B**
- 13. C**