

ESTUDIO COMPARATIVO DE CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y PSICOTERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO BIOPSIICOSOCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA. PRIMERA PARTE¹

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

SUMMARY

A treatment program for patients with schizophrenia was designed, implemented and evaluated. In this paper the results of this program are presented and several clinical and psychotherapeutic aspects related to the treatment of schizophrenia are analyzed. Among these are treatment effectiveness (pharmacotherapy and psychotherapy), compliance with antipsychotic medication, relapse, rehospitalization, and psychotherapy: compliance desertion, and adherence.

There is a general consensus that the treatment of schizophrenia has experienced considerable changes and some important therapeutic advances have been made in the management of this disease in the last 50 years. It has also been considered that a very important change has consisted in that the exclusive utilization of the biological approach, with the application of antipsychotic medication, has been widened to integrate psychosocial factors, with the implementation of psychosocial interventions, and using as a result the biopsychosocial model approach for the management of the disease. Antipsychotic medications have proved to be useful in alleviating symptoms and they are an essential part of the treatment of schizophrenia, as patients under antipsychotic medications live more tolerable and satisfying lives in the community. However, it has been found that about 45% of the patients taking antipsychotic medication relapse, some of them because they do not fully comply with the treatment, and noncompliance with antipsychotic medication has been reported around 50%. The biopsychosocial model allows to consider both the biological as well as the psychosocial aspects of the illness.

Approximately 50 years ago, the situation of schizophrenic patients was very well determined: once they developed the illness, they were institutionalized. Therefore, they were permanently confined to mental hospitals for the rest of their lives. This was, obviously, very inconvenient for the patients, because of the enormous suffering caused by the illness: no human being would be willing to stay forever in a psychiatric institution. Today, fortunately, the great majority of schizophrenic patients live in the community.

Some important developments have taken place in the last half a century, specially during the early 1950's, such as the introduction of neuroleptic medications and a wide spectrum of psychotherapeutic modalities. Some argue that neuroleptics and psychotherapy appeared approximately at the same time. Other researches consider that the initial psychotherapeutic attempts took place 60 years ago, when schizophrenic patients were confined in mental institutions. Today, the fact is that scientific research, with the use of clinical and psychosocial trials has yielded a considerable body of well replicated evidence which has been useful for the biopsychosocial treatment of schizophrenia. In the 21st century, it cannot be conceived to treat these patients exclusively with the use of typical or atypical antipsychotic medications. Psychosocial treatments for schizophrenia have demonstrated, undoubtedly, to be very effective, especially when combined with antipsychotic medication, providing considerable help in the maintenance and compliance with antipsychotic medication, reducing relapse and rehospitalizations, improving psychosocial functioning through the acquisition of psychosocial skills and new coping behaviours for the patients to sustain a successful adjustment to community life.

A book recently published, *The psychosocial basis of schizophrenia*, which includes 20 scientific articles, on topics such as integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia, psychological therapy in schizophrenia, and compliance with antipsychotic treatment. As a result, a model is proposed about the advantages of combining pharmacological and psychosocial strategies. The following are the conclusions: "a) patients receiving an effective psychosocial treatment might require a lower dose of antipsychotic medication; b) patients receiving adequate medication might tolerate more intrusive and stimulating forms of psychosocial treatment than those who are unmedicated or improperly medicated; c) patients receiving psychosocial interventions may be more compliant with prescribed medication; d) the effects of combining treatments may be more than additive since each would enhance the effectiveness of the other, and e) drugs and psychosocial treatments may affect different outcome domains. For example, drugs may affect psychotic symptoms or

¹ Las referencias de este artículo aparecerán en la segunda parte (agosto 2004).

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

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

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

Recibido: 13 de enero de 2004. Aceptado: 23 de febrero de 2004.

relapse rates and psychosocial treatments may affect social and vocational skills”.

It has been established that schizophrenia is a disease characterized by the presence of psychotic symptoms, but also by severe impairments that generally lead to a decline in psychosocial functioning. Patients with schizophrenia usually face several psychosocial problems. They have, for instance, difficulties to keep a paid job and therefore they lack the economic resources to live an independent life apart from their families in the community. Their social network is very limited, they usually have only a few friends, and as a consequence they have difficulties to establish loving relationships. The family environment could be described as an style of interaction between family members characterized by intense over involvement and excessive criticism with higher levels of expressed emotion, and because of the illness burden, some family crises might occur. Psychosocial problems in schizophrenic patients generally occur in the following areas of functioning: occupational, social relations, economic, loving relationships including sex roles, and family problems.

In order to assess and analyze the clinical and psychotherapeutic variables, a treatment program for schizophrenic patients was developed. The program included two therapeutic modalities: patients assigned to the first one received a combination of pharmacological treatment and psychosocial psychotherapy (experimental group), while patients assigned to the second modality received pharmacological treatment alone (control group). The aim of the pharmacological treatment was to control and stabilize the psychotic symptoms. The therapeutic goals of the psychosocial psychotherapy promoted the improvement and recovery of psychosocial functioning. The treatment program was replicated on three different occasions, described as first, second and third treatments. All of them were identical in their rationale, structure, and therapeutic management of a one year treatment program. A cuasiexperimental design was utilized. Patients of the experimental and control groups were assessed at the beginning and the end of each treatment, considering the following variables: symptomatology and global functioning, psychosocial functioning, compliance with antipsychotic medication, pharmacotherapy compliance (attendance to psychiatric appointments), relapse, rehospitalization, therapeutic compliance (attendance to psychotherapy sessions), desertion, and psychotherapy adherence. Subjects included in all treatments were outpatients who fulfilled the criteria for schizophrenia diagnosis according to the DSM-IV and CIE-10 and corroborated by the CIDI. The following criteria were used to include patients in the treatment program: 1. they had to be under antipsychotic medications; 2. their positive symptoms had to be controlled, and they had to be clinically stabilized; 3. they had to be outpatients; 4. male or female; 5. in an age-range of 16 to 55 years; 6. with elementary school education; 7. they had to live in the metropolitan area of Mexico City, 8. they had to agree to participate by their own free will, and sign a letter of voluntary participation, and 9. they should have never been under psychotherapy prior to their participation in the treatment program. The pharmacological treatment was carried out by a team of two clinical psychiatrists at the Schizophrenia Clinic. Two trained psychotherapists were in charge of the psychosocial psychotherapy. Group-therapy was utilized with weekly sessions that took place at the Department of Psychotherapy at the hospital of the National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente, in Mexico City. To assess the effectiveness of the treatment program, the following instruments were administered: The Psychosocial Functioning Scale (PSFS),

Valencia (1989), and The Global Assessment Functioning Scale (GAF), Axis V, DSM-IV (1994).

Results showed that patients who received the combination of pharmacological treatment and psychosocial psychotherapy (experimental group) improved considerably in their psychosocial functioning: $p < .000$ for the first treatment; $p > .001$ for the second, and $p < .001$ for the third, as well as in their global functioning (symptoms and psychological, social and occupational functioning): $p < .000$, $p < .000$, $p < .001$, for the first, second and third treatments. They also presented a lower relapse rate, 11.3%, as well as less rehospitalizations, 4.5%, a higher compliance with the antipsychotic medications, 88.3%, a higher compliance with the pharmacological treatment (attendance to psychiatric appointments), 83.3%, for the total of treatments, a lower desertion from psychotherapy, 17.2%, a higher degree of compliance with psychotherapy (attendance to psychotherapy sessions), 83.3%, and a higher percentage of psychosocial psychotherapy adherence, 82.8%. On the other hand, patients who received the pharmacological treatment alone, maintained their symptoms and global activities stable, and their psychosocial functioning did not improve. No statistically significant differences were found for the total of treatments in this two variables. They reported a higher relapse rate, 32.8%, more rehospitalizations, 10.6%, compliance with antipsychotic medication, 80%, as well as their attendance (keeping appointments) to the pharmacological treatment, 70%. Results in all these variables were in a lower proportion compared with patients who received the combination of pharmacological treatment and psychosocial psychotherapy. The findings of the present study showed similar results to those reported in international literature. Therefore, it can be concluded that the most convenient and effective form of treatment for schizophrenic patients is to combine pharmacotherapy and psychosocial psychotherapy. It is possible that various clinical and psychotherapeutic factors influenced the outcome. Patients did not only attend their psychiatric appointments in order to receive the pharmacological treatment, they also had a therapeutic setting (group sessions), which allowed them to talk about their psychosocial problems, the illness, their symptoms, the process of the disease, how and when they got sick and the implications at that moment, when they relapsed and when they were rehospitalized, their response to treatment, the attitude of their relatives, when they stopped taking antipsychotic medications and the consequences, the side effects of the medication, how to face personal and family crises because of the illness, and the importance of accepting the disease might have influenced the acquisition of certain skills that enabled them to recover their psychosocial functioning, improve their role performance and symptomatology, and to function in a more effective and satisfying manner under the biopsychosocial treatment model.

Key words: Schizophrenia, antipsychotic medication, psychosocial psychotherapy, relapse, adherence.

RESUMEN

Se llevó a cabo el diseño, la implementación y la evaluación de un programa de tratamiento biopsicosocial para pacientes con esquizofrenia. Por medio de él se analizan diversos aspectos clínicos y psicoterapéuticos, como la eficacia del tratamiento, el cumplimiento con el uso de medicamentos antipsicóticos, la asistencia al tratamiento psiquiátrico, la posibilidad de recaídas y

rehospitalizaciones, el funcionamiento psicosocial, la actividad global; es decir, la combinación de la sintomatología y la actividad psicológica, así como el cumplimiento con la asistencia a las sesiones, el grado de deserción y la adherencia a la psicoterapia.

El tratamiento del paciente con esquizofrenia ha tenido cambios y avances importantes en los últimos 50 años. Un cambio importante ha consistido en que la aplicación exclusiva del enfoque biológico, por medio de medicamentos antipsicóticos, se ha ampliado a una visión más integral, en la cual se incluyen los factores psicosociales y entre ellos la psicoterapia psicosocial en lo que actualmente conforma el modelo biopsicosocial para el abordaje terapéutico de la enfermedad. Los medicamentos antipsicóticos han demostrado su efectividad al lograr que los pacientes vivan de una manera más satisfactoria en la comunidad. Sin embargo, pese a estar tomando estos medicamentos, recae hasta 45% de los pacientes, en algunos casos debido al incumplimiento con el uso, problema que se ha reportado que llega hasta 50%. El modelo biopsicosocial no solamente permite considerar los aspectos biológicos, sino también los aspectos psicosociales de la enfermedad, los cuales se abordan con alguna forma de terapia psicosocial. La esquizofrenia incapacita a las personas que la padecen a tal grado que presentan dificultades en diversas áreas de su funcionamiento psicosocial. Algunos de los elementos que conforman la problemática psicosocial de estos pacientes son las dificultades para mantener una ocupación remunerada, no contar con recursos económicos que permitan una independencia, carecer de una red de apoyo social por la falta de relaciones interpersonales, la dificultad para establecer relaciones de pareja y el componente familiar que puede ser conflictivo por la carga emocional de la enfermedad y que en algunos casos puede derivar en crisis familiares.

El presente trabajo forma parte del Programa de Rehabilitación Integral de Pacientes Esquizofrénicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en México, D.F. El Programa Integral está conformado de diversas intervenciones, pero para fines del presente trabajo solamente se utilizan el tratamiento farmacológico y la psicoterapia psicosocial. Para evaluar los aspectos clínicos y psicoterapéuticos, se desarrolló un programa de tratamiento conformado por dos modalidades de intervención. La primera consistió en utilizar una combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia psicosocial, que se denominó grupo experimental. En la segunda se aplicó de manera exclusiva el tratamiento farmacológico, y ésta se denominó grupo control. Mientras que el tratamiento farmacológico tenía como objetivo controlar la sintomatología psicótica y mantener la estabilidad clínica de los pacientes durante el tratamiento, el propósito de la psicoterapia psicosocial era que los pacientes adquirieran habilidades y disminuyeran sus incapacidades para, por lo tanto, mejorar su funcionamiento psicosocial en la comunidad. El programa de tratamiento se implementó en tres ocasiones, que se denominaron primer, segundo y tercer tratamientos. Los tres fueron idénticos por su contenido y abordaje terapéutico, así como por la duración de cada intervención, que fue de un año. Se utilizó un diseño cuasiexperimental para evaluar a los dos grupos en estudio –experimental y control–, antes y después de cada intervención. Los sujetos que participaron en los tres tratamientos fueron pacientes que cumplieran con los criterios diagnósticos de esquizofrenia, de acuerdo con el DSM-IV y el CIE-10, y corroborados por el CIDI, y que satisfacían todos los requisitos de inclusión y exclusión del proyecto. Participaron pacientes que asistían a la Consulta Externa del Hospital del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. El manejo farmacológico se llevó a cabo en

la Clínica de Esquizofrenia, y el manejo psicoterapéutico en una sala de terapia del Departamento de Psicoterapia del mismo instituto. Para evaluar a los pacientes, se utilizaron la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPs) (Valencia, 1989) y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (DSM-IV, 1994).

Los resultados indican que los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico y psicoterapia psicosocial, mejoraron de una manera considerable y estadísticamente significativa en su funcionamiento psicosocial ($p < .000$; $p < .001$; y $p < .001$, para el primer, segundo y tercer tratamientos, respectivamente), así como en su actividad global (síntomas y actividad psicológica, social y laboral); $p < .000$, en el primer tratamiento; $p < .000$, en el segundo, y $p < .001$, en el tercero. Asimismo, tuvieron un menor porcentaje de recaídas para el total de tratamientos (11.3%) y rehospitalizaciones (4.5%) y un mayor cumplimiento con el uso de los medicamentos antipsicóticos (88.3%), así como una mayor asistencia a las consultas del tratamiento farmacológico (83.3%), un bajo nivel de abandono de la psicoterapia (17.2%), un alto porcentaje de asistencia a las sesiones terapéuticas (83.3%) y un alto grado de adherencia terapéutica a la psicoterapia psicosocial (82.8%). Por su parte, los pacientes que recibieron únicamente el tratamiento farmacológico se mantuvieron estables en cuanto a su actividad global, donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, no presentaron mejoras estadísticamente significativas en su funcionamiento psicosocial, reportaron un mayor número de recaídas para el total de tratamientos (32.8%) y rehospitalizaciones (10.6%). Su cumplimiento con el uso de medicamentos antipsicóticos (80%) y su asistencia a las consultas psiquiátricas (70%), fue menor en proporción que los de los pacientes que recibieron la combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia psicosocial. Este estudio corrobora lo que se ha encontrado internacionalmente respecto a que la forma más conveniente de tratar a pacientes con esquizofrenia es combinar el tratamiento farmacológico y la psicoterapia psicosocial. Además de asistir a sus consultas psiquiátricas para el manejo farmacológico, contar con un espacio terapéutico para hablar en detalle de sus problemas psicosociales, de la enfermedad, de sus características, de los síntomas, de cómo evitar recaídas y rehospitalizaciones, de la importancia de cumplir con los medicamentos antipsicóticos, del manejo de los efectos secundarios, de cómo afrontar ciertas crisis y de adquirir conciencia de la enfermedad, permitió a los pacientes adquirir habilidades para funcionar de manera más satisfactoria e integral a nivel biopsicosocial.

Palabras clave: Esquizofrenia, medicamentos antipsicóticos, psicoterapia psicosocial, recaídas, adherencia terapéutica.

INTRODUCCIÓN

En este artículo se analizan diversos aspectos clínicos y psicoterapéuticos respecto al tratamiento de la esquizofrenia. Entre ellos están su eficacia, el cumplimiento con el uso de medicamentos antipsicóticos, la asistencia al tratamiento psiquiátrico, la posibilidad de recaídas y rehospitalizaciones, el funcionamiento psicosocial, la evaluación de la combinación de la sintomatología y la actividad psicológica, el cumplimiento con la asistencia a las sesiones, el grado de aban-

dono de la psicoterapia y la adherencia terapéutica. Para evaluar estos aspectos, se diseñó e implementó un programa de tratamiento biopsicosocial para pacientes con esquizofrenia, conformado por dos modalidades de intervención. La primera consistió en utilizar una combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia psicosocial. En contraste, en la segunda modalidad se aplicó únicamente el tratamiento farmacológico. Estas modalidades se aplicaron en tres ocasiones, denominadas primer, segundo y tercer tratamientos. Los tres fueron similares en contenido e implementación, y cada uno duró un año. Como los resultados de cada tratamiento se han publicado por separado (60, 62, 63, 65, 66), se consideró interesante llevar a cabo esta comparación, tomando en cuenta diversas variables clínicas y psicoterapéuticas importantes en pacientes con esquizofrenia. El programa de tratamiento que se utilizó para la presente investigación forma parte del Programa de Rehabilitación Integral de Pacientes Esquizofrénicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, el cual está conformado por distintas intervenciones (14, 15, 16).

En los últimos cincuenta años, la investigación indica que se han realizado avances considerables en el tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, existe una serie de aspectos, como la eficacia de las intervenciones, el cumplimiento con la farmacoterapia, las diversas estrategias terapéuticas, el riesgo de recaídas y rehospitalizaciones, la adherencia a la psicoterapia y el manejo comunitario de la enfermedad, que siguen siendo motivo de estudio y preocupación de clínicos e investigadores. Dentro de los diversos aspectos, un avance importante es el uso de medicamentos antipsicóticos que, gracias a su efectividad, permiten a las personas con esquizofrenia seguir una vida más tolerable en la comunidad. Estos medicamentos ofrecen ventajas importantes pues permiten controlar la sintomatología psicótica y, en consecuencia, lograr la estabilidad clínica del paciente, la cual puede mantenerse con el uso de las dosis adecuadas para cada paciente. Sin embargo, un aspecto desafortunado es que algunos pacientes, pese a recibir un tratamiento con medicamentos antipsicóticos y seguir las dosis prescritas, recaen y en algunos casos es necesaria su hospitalización. Se ha encontrado que, bajo un régimen apropiado de medicamentos antipsicóticos, 40% de los pacientes recaen en el transcurso de un año, cifra que aumenta a 67% para los que no lo siguen (24). Otros indicadores de recaídas oscilan entre 30-40% (27), 35% (13), 45% (30) y 16% cuando se toman los antipsicóticos, y 53% cuando no los toman (19). Otro problema respecto a las recaídas y su relación con el incumplimiento en el uso de los medicamentos antipsicóticos ocurre debido a diversas razones, como cuando el pa-

ciente no acepta la enfermedad o cuando no se le ha informado respecto a ella y, por lo tanto, no está conciente de su manejo. Otro ejemplo es cuando se percata cuando se percata de lo inconveniente de los efectos secundarios, no acepta tomarlos de manera permanente e interrumpe el tratamiento, lo cual provoca la reaparición de la sintomatología psicótica que lo llevará invariablemente a una recaída. Al respecto, Linden (34) plantea que el abandono del tratamiento farmacológico es una de las razones más frecuentes para recaer. A su vez, Perkins (47) considera que, debido a que 50% de estos pacientes no cumple en su totalidad con el tratamiento farmacológico, esta situación los lleva invariablemente a recaídas, rehospitalizaciones, resultados deficientes y consecuencias económicas adversas.

Otro aspecto importante tiene que ver con la evaluación de la eficacia del tratamiento, lo cual se puede analizar en función de todas las modalidades de intervención en que participe el paciente. Se ha encontrado que el tratamiento integral de la esquizofrenia debe basarse inicialmente en el manejo farmacológico (10, 12, 13, 21, 28, 32, 41, 44), pero también es necesario incluir alguna forma de intervención psicosocial (9, 18, 20, 21, 23, 26, 31, 33, 41, 45, 50, 65), así como algún tipo de terapia para la familia del paciente. Respecto al tratamiento farmacológico, la eficacia de los medicamentos antipsicóticos se ha demostrado a lo largo de los años, sobre todo en lo que se refiere al control de los síntomas positivos. Sin embargo, en algunos pacientes estos síntomas persisten y en otros reaparecen después de un tiempo, aunque estén tomando los medicamentos en las dosis correctas, por lo que es un factor que debe tomarse en cuenta, lo mismo que sus efectos secundarios. También se ha encontrado que no todos los medicamentos modifican los síntomas negativos (13, 24, 28, 32, 38) lo cual puede convertirse en un inconveniente importante, pues no resuelve las incapacidades psicosociales ocasionadas por la enfermedad.

Estas incapacidades se han identificado en pacientes con esquizofrenia y afectan de manera considerable su funcionamiento psicosocial. Lo anterior de manifiesta en las dificultades que presentan para realizar un "desempeño de roles" conveniente y satisfactorio en las diversas áreas que conforman el funcionamiento psicosocial. Entre éstas se encuentran el área ocupacional, el área de las relaciones sociales, el área económica y del manejo de dinero, el área del establecimiento de relaciones de pareja con su componente sexual y, finalmente, el área de las relaciones familiares. Las dificultades para tener un trabajo remunerado o mantener una ocupación, la dependencia económica de la familia, la ausencia de relaciones sociales, los proble-

mas para establecer relaciones de pareja significativas y las complicaciones para tener relaciones familiares con un bajo nivel de emoción expresada, así como la carga emocional para el paciente y la familia, se han denominado como aspectos psicosociales de la enfermedad, los cuales también ameritan atención. Por lo tanto, los pacientes necesitan, además de los medicamentos antipsicóticos, un elemento adicional e importante denominado “psicoterapia”, el cual se considera como un recurso terapéutico estratégico en estos pacientes, quienes necesitan contar con un espacio para hablar de su problemática psicosocial, la enfermedad, sus preocupaciones, alternativas posibles para la solución de problemas, su funcionamiento en la comunidad y sus perspectivas.

Desde hace 50 años se ha desarrollado gran cantidad de modalidades psicoterapéuticas para pacientes con esquizofrenia, denominadas como psicoterapia, tratamiento, terapia o intervención psicosocial. Su aparición en revistas científicas se inició en la década de 1950. Se incrementó a tal grado que a partir de la década de 1980 se han publicado diversas revisiones acerca del tratamiento, así como metaanálisis respecto a su efectividad. Entre las revisiones más destacadas se pueden mencionar las realizadas en Estados Unidos por Herz y Liberman en 1994 (23), Schwartz, Cecil e Iqbal en 1993 (51), Bellack y Mueser en 1996 (6), Penn y Mueser en 1996 (45), McEvoy en 1999 (38) y Lehman en 2000 (31), así como la de la Revista *The Harvard Mental Health Letter* en 2001 (21). En Europa destacan las de Rossler y Haug (50), y la de Munk-Jorgensen (42), ambas en 2000. Respecto a los metaanálisis, se pueden mencionar el de Smith realizado en 1980 (52) y el del proyecto para asegurar la calidad del tratamiento y manejo de la esquizofrenia, de 1984 (48). El de Benton y Schroeder en 1990 (7), que revisaron 27 estudios, el de Mari y Steiner en 1994 (37), que revisaron más 300 artículos, el de Mojtabai, Nicholson y Carpenter en 1999 (41), que incluyó un total de 141 investigaciones, y el de Huxley, Rendall y Sederer en 2000 (26), quienes hicieron una revisión de los últimos 20 años de terapias grupales, individuales y familiares, hasta incluir un total de 70 estudios.

Un alto porcentaje de las investigaciones revisadas en los metaanálisis incluía estudios controlados, conformados por grupos experimentales de pacientes en que se aplicaban medicamentos antipsicóticos como antecedente de las intervenciones psicosociales. En la mayoría de los casos, lo anterior dio como resultado la modalidad usual de tratamiento, la combinación de los medicamentos antipsicóticos con alguna forma de tratamiento psicosocial, que es la que actualmente se recomienda. Los grupos controles recibían, por su parte, únicamente los medicamentos antipsicóticos. Las

conclusiones más importantes de estos metaanálisis se pueden resumir en que los tratamientos psicosociales son bastante efectivos cuando se combinan con los antipsicóticos y que sus efectos se deben considerar no solamente como aditivos, sino también porque un tratamiento incrementa los efectos del otro en cuanto a controlar los síntomas, prevenir recaídas y realizar un manejo más conveniente de la enfermedad, además de contribuir a mejorar los aspectos psicosociales. Cabe decir que el tratamiento psicosocial no puede sustituir al tratamiento farmacológico, pues éste se puede utilizar como antecedente de la intervención psicosocial, de modo que ambos se apliquen de manera complementaria para llegar a surtir un efecto sinérgico (10, 51).

Un antecedente importante realizado mucho antes que los metaanálisis es el estudio realizado por Luborsky en 1976 (35), quien revisó 26 investigaciones que evaluaban la combinación de tratamientos farmacológicos con una psicoterapia psicosocial. El autor encontró que, en 69% de estos estudios, el tratamiento había sido más efectivo al combinarse lo farmacológico con lo psicosocial, en comparación con el uso de estos dos tratamientos de manera independiente. Respecto al componente psicoterapéutico, los tratamientos psicosociales han ido modificando y resignificando sus objetivos desde sus inicios, en que pretendían tener un “rol curativo” de la enfermedad, en contraste con la época actual, en que más bien persiguen metas más específicas. Estas consisten en buscar la resolución de problemas psicosociales, con metas claras y alcanzables, remediar déficits cognoscitivos, evitar recaídas, proveer el entrenamiento en habilidades sociales y mejorar el desempeño de roles y, en consecuencia, el funcionamiento psicosocial (7, 18, 20, 21, 26, 31, 33, 41, 42, 45, 50, 51, 53, 58, 65).

Otro aspecto que se debe considerar es la evaluación de la adherencia terapéutica, que incluye el cumplimiento con los medicamentos antipsicóticos y con el tratamiento psicoterapéutico. Hasta la fecha ha sido mayor el interés por evaluar el cumplimiento con los medicamentos antipsicóticos que la terminación de un proceso psicoterapéutico. El incumplimiento con el uso de medicamentos antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia se ha reportado en 33% (28), 40% (12), 41% (70), 48% (11), 50% (3), 50% (5), 50% en un año, y 74% en dos años (68). En este sentido, Hummer y Fleischhacker (25) indican que una tercera parte de los pacientes cumple con el uso de los antipsicóticos de manera total y otra tercera parte lo hace de manera parcial. Esto quiere decir que tales pacientes pueden reducir en cualquier momento las dosis prescritas o que toman los medicamentos de manera intermitente; es decir, los toman un tiempo, luego los dejan durante un periodo, después vuelven a usarlos y luego a dejar-

los, y así sucesivamente. La tercera parte restante no sigue la prescripción y, en consecuencia, nunca toma los medicamentos.

Diversos factores intervienen en el cumplimiento o incumplimiento con el tratamiento. McPhillips y Sensky (39) consideran cinco causas potenciales para el incumplimiento y entre ellas refieren las siguientes: 1. factores relacionados con las actitudes del paciente hacia el tratamiento y la enfermedad, o con sus creencias culturales; 2. factores relativos a la enfermedad, como el déficit cognoscitivo y los síntomas positivos y negativos; 3. factores ambientales, es decir los que rodean al paciente, como la familia, la pareja, el grupo social; 4. factores relacionados con el medicamento, como el hecho de tener que tomarlos o los inconvenientes de los efectos secundarios, y 5. factores relativos al equipo de tratamiento, como tener una actitud negativa hacia el personal a cargo del tratamiento. Hummer y Fleischhacker (25), por su parte, identifican cuatro factores que influyen en el cumplimiento con el tratamiento: el paciente, el ambiente que lo rodea, el médico y factores relacionados con el tratamiento en sí. En estas dos series de factores, se pueden ver similitudes entre los que pueden causar una buena o mala adherencia terapéutica. Parece que los factores que son encausados de manera favorable o positiva, generan el cumplimiento, mientras que los que son utilizados de manera desfavorable o negativa provocan el incumplimiento con el tratamiento.

Para evaluar la adherencia terapéutica, en el presente estudio se consideraron dos aspectos importantes. El primero tiene que ver con el manejo psiquiátrico, es decir el tratamiento farmacológico, respecto al cual se tomaron en cuenta las variables de la asistencia a las consultas psiquiátricas y el cumplimiento con el uso de los medicamentos antipsicóticos. El segundo aspecto se refiere al manejo psicoterapéutico; en este caso se consideraron tres variables: la asistencia a las sesiones psicoterapéuticas, la deserción o abandono y la terminación de la psicoterapia.

MODALIDADES TERAPÉUTICAS

El tratamiento farmacológico

Una característica del tratamiento farmacológico es que cuando el paciente toma el medicamento antipsicótico, experimenta fuertes efectos secundarios, aunque remiten los síntomas psicóticos positivos. El familiar percibe entonces alteraciones motoras y conductuales de mayor impacto en el paciente. Este deja de aceptar el medicamento, los efectos secundarios desaparecen, el familiar considera que el enfermo está mejor y acepta que deje de tomar el medicamento. La consecuencia

es que el paciente recae en el cuadro psicótico, en algunos casos es necesario un nuevo internamiento y la historia se repite así durante muchos años. La importancia de los efectos extrapiramidales, particularmente en pacientes en dosis iniciales de la medicación, reside en que éstos se resisten a continuar con la medicación, las reacciones distónicas pueden ocurrir tardíamente y también pueden resultar de un apego deficiente (suspensión y reinicio del medicamento o incremento de las dosis).

La investigación respecto al tratamiento farmacológico de esta entidad sigue dos vertientes: el manejo adecuado de los antipsicóticos típicos (neurolépticos) y el desarrollo de nuevas moléculas que produzcan menos efectos secundarios (antipsicóticos atípicos). Ambas tienen como objetivos: a) reducir los efectos molestos para el paciente y los familiares; b) controlar la mayoría de los síntomas del trastorno; c) mejorar el apego al tratamiento (es conveniente recordar que la enfermedad es crónica y requiere un tratamiento de por vida); y d) permitir al paciente acceder a la modalidad psicoterapéutica descrita en este trabajo.

Para llevar a cabo el tratamiento, se siguió la estrategia de las dosis umbrales, actualmente llamada de la "dosis mínima necesaria". A 70% de los pacientes se administró una dosis de antipsicóticos típicos equivalente a 3.5 ± 2.0 mg de haloperidol por día. El resto recibió antipsicóticos atípicos a dosis equivalentes (100 mg de clozapina = 2 mg/d de haloperidol). Se consideró que la dosis mínima necesaria era la que producía un efecto terapéutico adecuado; es decir, para mantener al paciente con una variación menor o igual a 20% de la calificación total basal de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) (29). Cuando un paciente presentaba una calificación igual o mayor a dos en la Escala para Síntomas Extrapiramidales de DiMascio (17), se mantuvo la dosis de antipsicóticos o se disminuyó hasta alcanzar tales parámetros. Cuando esto no era posible, se agregó biperideno oral (40% de los pacientes de ambos grupos lo requirió; la dosis de estas sustancias fue de 4.5 ± 4.0 mg/d). Cuando un paciente mostraba disquinesia tardía (15%), se agregó vitamina E (1200 mg/d). Los psiquiatras a cargo del tratamiento realizaron el manejo farmacológico para el cual los pacientes fueron citados mensualmente, durante un año de tratamiento.

La psicoterapia psicosocial

La psicoterapia o tratamiento psicosocial para pacientes con esquizofrenia fue diseñado por Valencia (56, 58, 60, 62, 66) en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en México, D.F. Su desarrollo surgió tomando en cuenta la grave problemática psicosocial de los pacientes con esquizofrenia, que los

incapacita y no les permite ser funcionales. Lo anterior ocurre porque el inicio temprano de la enfermedad obstaculiza o interrumpe el proceso de aprendizaje del “desempeño de roles” en las distintas áreas de funcionamiento psicosocial. En este sentido, la psicoterapia psicosocial actúa sobre las incapacidades que genera la enfermedad. Su objetivo principal es que los pacientes adquieran un nuevo repertorio de habilidades psicosociales o que recuperen las que tenían, pero resultaron afectadas por la enfermedad. Todo ello se hace con el propósito de mejorar su desempeño de roles a fin de que tengan un funcionamiento psicosocial comunitario satisfactorio.

En la psicoterapia psicosocial, se trabajan con los pacientes las áreas siguientes: 1. aspectos ocupacionales, 2. relaciones sociales, 3. manejo del dinero, 4. relaciones de pareja con su componente sexual, y 5. relaciones familiares, por medio de las cuales se abordan

los problemas que presentan los pacientes en cada área. El trabajo terapéutico se inicia con el manejo de los aspectos que tienen que ver directamente con la enfermedad, como las características y los síntomas de ésta, el proceso de enfermar, la conciencia de la enfermedad, el uso y cumplimiento con los medicamentos antipsicóticos, las recaídas, las rehospitalizaciones, y la adherencia terapéutica. Todos estos aspectos se vinculan directamente con las áreas del tratamiento psicosocial, debido a que forman parte del proceso de la enfermedad e inciden considerablemente en el funcionamiento psicosocial del paciente. Del trabajo terapéutico con los pacientes, se encargaron dos clínicos previamente entrenados en este tipo de abordaje psicoterapéutico, quienes trabajaron en coterapia mediante la modalidad de terapia grupal, con una frecuencia de una sesión semanal, durante un año de tratamiento.

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

1. A
2. B
3. C
4. D
5. D
6. C
7. D
8. C
9. D
10. B
11. D
12. C
13. E
14. D
15. C