

# III. Intervenciones psicosociales

## PSICOTERAPIA

Históricamente, la psicoterapia precedió al descubrimiento de los psicofármacos para el tratamiento de los trastornos psicóticos, demostrándose actualmente que tanto la psicoterapia individual como la familiar, así como las intervenciones de rehabilitación psicosocial, mejoran el resultado del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia toda vez que la discapacidad que causa a quien la padece, y la disfunción familiar resultante, no pueden ser solucionadas únicamente con medicamentos. No obstante, no todas las modalidades de psicoterapia son recomendables para la esquizofrenia; incluso algunas, como la psicoterapia psicodinámica orientada al insight (introspección), han mostrado ser ineficaces.

Inicialmente, el interés en el tratamiento psicoterapéutico de las personas que presentan el diagnóstico de esquizofrenia se ha centrado en los síntomas positivos de la enfermedad, con lo que se reduce la frecuencia de recaídas y rehospitalizaciones; esto ha sido particularmente cierto en el caso de la Terapia Cognitivo Conductual. El enfoque puntual sobre los síntomas residuales como las alucinaciones o las ideas delirantes, el apego al tratamiento y algunas habilidades sociales y de autocuidado, ha sido característico. La necesidad de desarrollar modelos de tratamiento cognitivo conductual sobre los síntomas negativos como la alogia, la desmotivación y déficits cognitivos, como la pobre atención que genera fallas en la memoria reciente, son imprescindibles ya que representan la mayor queja de familiares y cuidadores encargados de estas personas. (Turington 2011) [C2].

Recientemente, un estudio clínico controlado llevado a cabo por Grant y colaboradores (Grant 2012) [C2], perteneciente al grupo del Dr. Aaron Beck, quien también participó en el ensayo, estudió el efecto de un modelo cognitivo orientado hacia la recuperación en un grupo de 60 pacientes, por un periodo de 18 meses; demostraron la utilidad de un tratamiento basado en la presencia de Esquemas de Fracaso en estas personas (patrones cognitivos que afectan la emotividad y conducta de los sujetos), el cual estaría presente desde el momento en que han sido diagnosticadas y que genera evitación y aislamiento de su interacción social y laboral. Evidencia como la anterior pone de manifiesto la posibilidad de mejorar los síntomas de bajo funcionamiento que caracteriza a las personas que sufren de síntomas residuales de esta enfermedad.

Muchos investigadores piensan que la disfunción cognoscitiva, es decir, la distractibilidad, las alteraciones de memoria y las limitaciones en la planificación y la toma de deci-

siones, puede ser la clave de las dificultades que los pacientes enfrentan para restaurar sus niveles de funcionamiento premórbido personal, social y vocacional, o bien, para el retorno a las actividades escolares que desarrollaban al momento de su primer brote psicótico. Sin una cognición conservada (atención, memoria verbal, habilidades visoespaciales, destreza motora y funciones ejecutivas), es difícil alcanzar una vida productiva e independiente, pero afortunadamente los déficits cognoscitivos pueden responder a estrategias de rehabilitación que permiten aumentar la capacidad de los pacientes de aprovechar otros enfoques de tratamiento y mejorar los aspectos de funcionamiento social.

Por otro lado, el entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento educativo estructurado que favorece el desarrollo de las conductas necesarias para establecer y mantener relaciones interpersonales cotidianas funcionales mediante el uso de modelaje, juego de roles y reforzamiento social. El entrenamiento en habilidades sociales imita más la experiencia de un salón de clases que una sesión de psicoterapia convencional.

En este sentido, para muchos pacientes la psicoterapia de grupo puede ser tan efectiva como la individual; algunas de sus ventajas incluyen la interacción social y el apoyo de sus pares, proporcionando redes de apoyo social que resultan especialmente útiles para enseñar competencias interpersonales y de afrontamiento.

En cuanto a las intervenciones familiares, se ha demostrado que éstas disminuyen el riesgo de recaída y mejoran el funcionamiento psicosocial por el beneficio de los programas psicoeducativos y su enfoque en proporcionar esperanza, competencia y expectativas realistas sobre el futuro del paciente.

## TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

El tratamiento psicosocial surge a partir de la evidencia de que además de la sintomatología psicótica los pacientes con esquizofrenia presentan un sinnúmero de incapacidades psicosociales que afectan su funcionamiento psicosocial, el cual no puede ser mejorado con los medicamentos antipsicóticos más allá de que han demostrado su efectividad para controlar de una manera considerable la sintomatología psicótica, pero no le permiten al paciente adquirir las habilidades psicosociales necesarias para tener un funcionamiento comunitario satisfactorio. 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 (OMS 1998). Las incapacidades psicosociales de la esquizofrenia ya han sido plenamente identificadas y afectan diversas áreas del funcionamiento psicosocial como la ocupacional/laboral, las relaciones interpersonales, la económica, las vinculaciones de pareja con su componente sexual, así como las relaciones familiares. Las personas con esquizofrenia, en un alto porcentaje, tienen dificultades para tener y mantener una ocupación; en consecuencia, no tienen ingresos y dependen económicamente de su familia. Su problemática psicosocial se agudiza ya que debido al aislamiento social que los caracteriza, generalmente no tienen amigos y su red de apoyo social es muy reducida, afectando la búsqueda de una relación de pareja. De igual forma, las relaciones familiares son un elemento que afecta su funcionamiento psicosocial (sobre todo si existe un ambiente en que la emoción expresada es alta) y que puede generar en crisis familiares y derivar en recaídas del paciente hasta en el 58% de los casos (Brown 1972) [C2], 85% (Leff 1985) [C2] y 62% (Hogarty 1998) [C2] e inclusive a dos rehospitalizaciones en el 77% (Rascón 1998) [C2].

La presencia de estas incapacidades puede ocurrir desde la fase previa al inicio de la enfermedad ya que, aunque todavía no aparezcan los síntomas positivos, el paciente puede percatarse de la ocurrencia de algunos problemas psicosociales como: haber abandonado sus estudios, dejar de trabajar o mantenerse en un estado de aislamiento social, sin salir de su casa, sin relacionarse con nadie, ni siquiera con la familia. La presencia de los síntomas negativos como: la apatía, la falta de energía, la disminución y pérdida de motivación, la pasividad, el aplanamiento afectivo, la empatía limitada, etc., pueden contribuir a complicar esta problemática, por lo que el funcionamiento psicosocial se ve afectado ubicando al paciente en una situación de incapacidad psicosocial.

## Inicio de los tratamientos psicosociales

Estos tuvieron lugar en países de primer mundo como Inglaterra y Estados Unidos, y ocurrieron de manera simultánea al tratamiento farmacológico que se inició en los años cincuenta con la aparición de la clorpromacina. Malm 1990 [C2] y Wykes 1998 [C2] han reportado su existencia desde hace 60 años, e inclusive, antes de la aparición de los neurolepticos, y refieren intentos de estas modalidades terapéuticas cuando los pacientes se encontraban reclusos e institucionalizados en los hospitales psiquiátricos de antaño. Sus objetivos han consistido en proveer a los pacientes de habilidades para reducir las incapacidades y, en consecuencia, mejorar su funcionamiento psicosocial, prevenir recaídas y rehospitalizaciones, así como promover el cumplimiento con los medicamentos antipsicóticos. Estas intervenciones se han implementado a nivel individual, grupal o familiar y se han llevado a cabo en hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios privados y en servicios de atención comunitaria (Lieberman 1994) [C2].

Las primeras publicaciones de los tratamientos psicosociales ocurrieron en la década de los cincuentas y empezaron a incrementarse y a aparecer en las revistas científicas de todo el mundo a tal grado que desde los años ochenta se han publicado:

1. revisiones
2. meta-análisis
3. guías de tratamiento
4. tratamientos basados en la evidencia

Su implementación ha sido recomendada tomando en cuenta su efectividad terapéutica respecto a la cual se pueden mencionar las siguientes:

1. *Revisiones*: Smith 1980 [C2], Liberman 1990 [C2], Bellack y Mueser 1993 [C2], Penn y Mueser 1996 [C2], Rossler 2000 [C2], Munksgaard y Marder 2000 [C2], Huxley 2000 [C2], Heinssen 2000 [C2], The Harvard Mental Health Letter 2001 [C2], Kopelowicz 2006 [C2].
2. *Meta-análisis*: Benton & Schroeder 1990 [A1], Mari & Streiner 1994 [A1], Dilk y Bond 1996 [A1], Mojtabai 1998 [A1], Pilling I y II 2002 [A1], Pfammatter 2006 [A1], Kurtz y Mueser 2008 [A1].
3. *Guías de tratamiento*: Lehman 2003 [A2]; Asociación Psiquiátrica Americana 2004 [A2]; Dixon 2009 [A2]; Dixon 2010 [A2].
4. *Utilización de tratamientos basados en la evidencia*: Brenner y Pfammatter 2000 [C2], Thornicroft y Susser 2001 [C2], Lehman 2003 [C2], Falloon 2004 [C2], Moser 2004 [C2], Drake 2009 [C2], Shean 2009 [C2].

Un alto porcentaje de los meta-análisis efectuados incluyeron grupos experimentales en los que se combinaba alguna forma de tratamiento psicosocial con tratamiento farmacológico y que se comparaban con grupos controles, los cuales recibían únicamente el tratamiento farmacológico. De todos estos meta-análisis y revisiones se pueden mencionar las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de los tratamientos psicosociales en cualquiera de sus modalidades, ya sea individual, grupal o familiar, son efectivos.
2. No es posible ni conveniente aplicar alguna forma de tratamiento psicosocial de manera independiente al uso de los medicamentos antipsicóticos, dada la incurabilidad de la enfermedad y a que cuando ésta tiene un curso crónico, los pacientes necesitarán tomarlos de por vida.
3. Tampoco es posible considerar que los tratamientos psicosociales pueden ser aplicados en sustitución del tratamiento farmacológico. Lo recomendado y conveniente es utilizar en estos pacientes la combinación del tratamiento farmacológico con alguna forma de intervención psicosocial, debido a que mientras los medicamentos controlan los síntomas, los tratamientos psicosociales se encargan de abordar las dificultades psicosociales y las incapacidades ocasionadas por la enfermedad. Finalmente, cuando los pacientes son tratados únicamente

con los medicamentos antipsicóticos sin tener ninguna forma de tratamiento psicosocial, el logro básico se traduce en controlar y mantener estable la sintomatología psicótica, pero sin la posibilidad a través del tratamiento psicosocial de adquirir un amplio repertorio de habilidades psicosociales que les permitan tener un mejor funcionamiento psicosocial comunitario. Por lo tanto se concluye de todas estas investigaciones: que los tratamientos farmacológicos y psicosociales son necesarios, imprescindibles y complementarios (Herz 1990) [C2], (Lieberman 1994) [C2], (Marder 2000) [C2], (Mojtabai 1998) [C2], (Hogarty 1998) [C2], (Lieberman 1998) [C2], (Huxley 2000) [C2], (Valencia 2004) [C2], (Ortega 2001) [C2], (Kopelowicz 2003) [C2], (Dixon 2009) [C2], (Valencia 2012) [C2], (Álvarez 2011) [C2].

En los tratamientos psicosociales se han planteado diversos objetivos con el uso de varias modalidades terapéuticas que permitan adquirir habilidades para tener un mejor conocimiento de la enfermedad, realizar un manejo conveniente de los síntomas, mejorar la adherencia terapéutica, promover la prevención de recaídas así como la adquisición de habilidades psicosociales para mejorar el funcionamiento comunitario respecto a las relaciones sociales, el trabajo, la escuela, la familia, actividades recreativas, el uso más eficiente de los servicios de salud mental o tener una vida más independiente en la comunidad.

En los últimos cincuenta años se han diseñado una gran cantidad de tratamientos psicosociales entre los que se encuentran: el aprendizaje de habilidades sociales (Bellack 2004) [C2], (Glynn 2002) [C2], (Lieberman 2007) [C2], (Valencia 2010) [C2], (Valencia 2012) [C2], (Morian 2012) [C2]), el apoyo para el trabajo (McGurk 2009) [C2], (Mueser 2001) [C2], (Tsang 2001) [C2], (García 2012) [C2]), el aprendizaje del manejo de la enfermedad (Atkinson 1996) [C2], (Birchwood 1989) [C2], (Mueser 2002) [C2]), la terapia psicológica integrada (Brian 2006, Roder 2006), el tratamiento asertivo en la comunidad (Bond 2001) [C2], (Burns 1999) [C2] (Thorncroft 1998) [C2]), la rehabilitación cognitiva (Bell 2009) [C2] (Velligan 2006) [C2], (Vesterager 2011) [C2]), el abordaje cuando existe comorbilidad con el abuso de sustancias (Bellack 2006) [C2], (Ridgely 1990) [C2], (Shaner 2003) [C2]), la psicoeducación a la familia (Bauml 2006) [C2], (Murray 2004) [C2], (Xia 2011) [C2]), el apoyo para la vivienda (McCrone 1994) [C2], (The Harvard Mental Health Letter Part II 2001) [C2], (Trainor 1993) [C2], la prevención de recaídas (Herz 2000) [C2], (Leucht 2003) [C2], (Schooler 2006) [C2], (Kane 2007) [C2], (Godoy 2012) [C2].

### El contexto en Latinoamérica

Su existencia es muy reducida ya que, en general, ha prevalecido el manejo exclusivo con los medicamentos antipsicóticos. Sin embargo, se tiene conocimiento por comunicaciones personales realizadas en congresos y eventos científicos por

colegas latinoamericanos, que en algunos países latinoamericanos se están llevando a cabo intervenciones psicosociales, siendo el problema principal la no publicación de sus resultados. Hasta donde se tiene conocimiento, solamente en cuatro países de Latinoamérica se han llevado a cabo intervenciones psicosociales, citados por orden alfabético: en Brasil (Zimmer 2003, 2006) [C2], en Chile (Pérez 2009), en Perú (Sotillo 1989) [C2] y en México (Valencia 1987, 1991, 1998, 1999, 2001, 2002, 2004) [C2]. En California, Estados Unidos, se están llevando a cabo intervenciones psicosociales en pacientes latinos con esquizofrenia y sus familiares (Kopelowicz 2003) [C2], así como en pacientes latinos con esquizofrenia de la tercera edad (Patterson 2005) [C2]. El país con mayores contribuciones es México, en donde diversos programas de tratamiento psicosocial se han llevado a cabo en pacientes psicóticos agudos hospitalizados (Anexo 1, pág. 83), en pacientes con esquizofrenia crónicos hospitalizados (Anexo 2, pág. 83), así como en pacientes crónicos no-hospitalizados. Por cuestiones de espacio se describe a continuación un modelo de intervención psicosocial que ilustra una estrategia terapéutica con estas características en pacientes crónicos que viven en la comunidad.

## TRATAMIENTO PARA PACIENTES CRÓNICOS DE CONSULTA EXTERNA

Se llevó a cabo en la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, D.F. Una evaluación previa del funcionamiento psicosocial de los pacientes permitió delimitar las áreas que conformarían el tratamiento, el cual fue diseñado por Valencia (1994) [C2], implementado en cinco ocasiones entre 1994 y 2004, y cuya efectividad ya ha sido demostrada (Valencia 1996, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2004, 2006, 2007, 2010, 2012) [C2].

El tratamiento psicosocial tiene como objetivos principales que los pacientes adquieran habilidades psicosociales para mejorar su funcionamiento psicosocial comunitario, prevenir recaídas, rehospitalizaciones y mejorar el apego a los antipsicóticos. El tratamiento está conformado por cinco áreas y algunas de las habilidades que se adquieren aparecen entre paréntesis:

1. Área ocupacional/laboral (conseguir trabajo, mantenerlo, ayudar en tareas de la casa)
2. Área social (tomar la iniciativa para empezar una conversación, ser capaz de tener amigos, asistir a eventos sociales)
3. Área económica (manejo y distribución del dinero)
4. Área de pareja/sexual (tener citas, enamorarse, casarse)
5. Área familiar (comunicación, convivencia y resolución de conflictos familiares)

Al inicio del tratamiento se manejan algunos aspectos importantes relacionados con el manejo de la esquizofrenia, entre los que se incluyen 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. Estos tratamientos se llevaron a cabo por dos terapeutas previamente entrenados; se trabajó en coterapia y bajo la modalidad de terapia grupal, con una frecuencia de una sesión semanal, durante todo un año. Estos tratamientos psicosociales se implementaron como complemento del uso de medicamentos antipsicóticos que estuvieron a cargo de dos psiquiatras.

Para evaluar el tratamiento se utilizaron grupos experimentales que recibieron la combinación de medicamentos antipsicóticos y el tratamiento psicosocial comparados con grupos controles que recibieron únicamente los medicamentos antipsicóticos. Se empleó la modalidad de terapia grupal, con una sesión semanal y un total de 48 sesiones. Se evaluó a los pacientes al inicio y al final del año de tratamiento y se encontró que los pacientes que recibieron el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicosocial mejoraron de una manera considerable y estadísticamente significativa su sintomatología ( $p < 0.001$ ), funcionamiento psicosocial, ( $p < 0.001$ ) y actividad global (síntomas y actividad psicológica, social y laboral), ( $p < 0.001$ ). Asimismo, tuvieron un menor porcentaje de recaídas (11.3%) y rehospitalizaciones (4.5%), un mayor cumplimiento con el uso de los medicamentos antipsicóticos (88.3%), una mayor asistencia a las consultas del tratamiento farmacológico (83.3%), un bajo nivel de abandono del tratamiento psicosocial (17.2%), un alto porcentaje de asistencia a las sesiones terapéuticas (83.3%) y un alto grado de adherencia terapéutica al tratamiento psicosocial (82.8%). Por su parte, los pacientes que recibieron únicamente el tratamiento farmacológico se mantuvieron estables en cuanto a sintomatología y actividad global, en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. No presentaron mejorías significativas en su funcionamiento psicosocial ni se hallaron diferencias estadísticamente significativas; reportaron un mayor número de recaídas (32.8%) y rehospitalizaciones (10.6%), su cumplimiento con el uso de los medicamentos antipsicóticos (80%) así como su asistencia a las consultas psiquiátricas (70%) fue menor que los pacientes que recibieron de manera integrada el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicosocial, corroborando con estas investigaciones lo que se ha encontrado a nivel internacional respecto a que la forma más efectiva y conveniente de tratar a pacientes con esquizofrenia es combinando los tratamientos farmacológico y psicosocial. La posibilidad que tuvieron los pacientes de asistir a consultas psiquiátricas para el manejo farmacológico y contar con un espacio terapéutico para hablar de manera detallada sobre sus problemas psicosociales, sobre la enfermedad, sus características, síntomas, cómo evitar recaídas y rehospitalizaciones, de la importancia del cumplimiento con los medicamentos antipsicóticos, del manejo de los efectos secundarios, de cómo afrontar ciertas crisis, de adquirir conciencia de la enfermedad, etcétera, les

permitieron adquirir habilidades para funcionar de una manera más satisfactoria e integral a nivel biopsicosocial.

La revisión de los resultados de las investigaciones en esta área de estudio indica que en más de cincuenta años de investigación los tratamientos psicosociales han demostrado su utilidad y efectividad, a tal grado que en cualquier hospital o servicio de salud mental de países desarrollados existe alguna forma de tratamiento psicosocial para pacientes con esquizofrenia, siempre como complemento del tratamiento farmacológico. Es imposible e inconcebible que un paciente con esquizofrenia reciba alguna forma de tratamiento psicosocial sin que esté tomando medicamentos antipsicóticos. Marder 2000 [C2] resume la efectividad de los tratamientos psicosociales y su relación con los medicamentos antipsicóticos en cinco puntos importantes:

1. Los pacientes que reciben un tratamiento psicosocial efectivo pueden requerir dosis bajas de antipsicóticos.
2. Los pacientes que reciben las dosis convenientes de antipsicóticos pueden tolerar formas más intrusivas y estimulantes de tratamiento psicosocial que aquellos que están manejados con antipsicóticos de manera inconveniente.
3. Los pacientes que reciben tratamiento psicosocial pueden cumplir de una manera más efectiva con los antipsicóticos.
4. La combinación de las dos intervenciones puede tener un efecto que no sea solo sumatorio o aditivo, pues cada tratamiento incrementa la efectividad del otro.
5. Los antipsicóticos y los tratamientos psicosociales pueden afectar diferentes campos o aspectos de la intervención. Por ejemplo, los medicamentos antipsicóticos pueden ayudar o disminuir la sintomatología psicótica y los niveles de recaídas mientras que los tratamientos psicosociales pueden ayudar a incrementar las habilidades sociales, ocupacionales, vocacionales, etcétera, de los pacientes.

## CALIDAD DE VIDA

En este contexto es importante mencionar que una de las áreas más afectadas en pacientes con esquizofrenia es la calidad de vida, variable que permite evaluar aspectos objetivos y subjetivos de la vida del paciente relacionados con su bienestar en general y la satisfacción con su calidad de vida en la comunidad. Aunque todavía no existe un consenso internacional respecto a la definición precisa de este componente, su evaluación ha sido recomendada (Malm 1981) [C2], (Young 1998) [C2], (Melle 2005) [C2], (Malla 2006) [C2], (MacBeth 2007) [C2], (Wehmeier 2008) [C2], (Deveci 2008) [C2], (Rocca 2010) [C2] debido al impacto que la enfermedad puede tener precisamente en su calidad de vida. El instrumento más recomendado para evaluar esta variable es la Escala de Calidad de Vida desarrollada por Lehman 1996, diseñada específica-



mente para pacientes con esquizofrenia. La calidad de vida es un elemento importante en el contexto psicosocial ya que es considerada como un componente relevante en el proceso de recuperación funcional de pacientes con esquizofrenia.

## COGNICIÓN

Otro aspecto que afecta de manera considerable a las personas con esquizofrenia es el área cognitiva, que incluye problemas en la atención, concentración y en el aprendizaje de habilidades cognitivas que, básicamente, significan pensar con claridad. En ocasiones, los pacientes tienen dificultades para concentrarse en una actividad por un periodo determinado de tiempo, o prestar atención a detalles específicos que pueden pasar desapercibidos por el déficit cognitivo que con el transcurso de la enfermedad se puede incrementar con dificultades como: poder concentrarse en la lectura, resolver un problema adecuadamente, hacer cálculos mentales o aprender nueva información. Con el fin de mejorar el funcionamiento cognitivo se han desarrollado diversas intervenciones cognitivas como la terapia cognitiva conductual (Tai 2009) [C2]; entrenamiento cognitivo (Hayes 2000) [C2]; cognitive remediation (McGurk 2007) [C2]. Sin embargo, el grupo de trabajo que en el 2009 hizo una revisión de los tratamientos psicosociales para la esquizofrenia, y más específicamente en el área del tratamiento cognitivo, concluyó la necesidad de hacer más investigación en esta área de estudio antes de hacer recomendaciones acerca de su implementación (Dixon 2009) [C2].

## PSICOEDUCACIÓN

Actualmente existe una gran necesidad de información sobre las enfermedades mentales en todos los sectores de la sociedad, y en la familia en particular, lo cual dificulta la búsqueda de atención oportuna, trayendo como consecuencia el deterioro de las personas con esquizofrenia. Además, dado el desconocimiento sobre las instituciones y los servicios hospitalarios donde se atienden los diferentes trastornos mentales, las personas y sus familiares no saben a dónde acudir para obtener un diagnóstico y acceder al tratamiento adecuado.

La falta de información promueve el estigma y la discriminación hacia los pacientes y sus familias, razón por la cual se crea una barrera para el proceso de entendimiento, comprensión y aceptación de la enfermedad, dificultando la integración social (Rascón 2010) [C2]. Por tales necesidades es imperioso el desarrollo de la psicoeducación.

El modelo psicoeducativo tiene como finalidad educar e informar, desde una perspectiva bio-psico-social, sobre los conocimientos y aspectos esenciales de la enfermedad mental. Desde esta perspectiva se facilita un enfoque cuya modalidad permite hacer una medicina integral, en la cual diversas disci-

plinas convergen en el abordaje de las distintas problemáticas que tienen lugar en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, hay que señalar que la medicina integral propuesta involucra no sólo a especialistas profesionales sino también a la familia, al paciente y a la colectividad, quienes resultan elementos cardinales que intervienen directamente en los procesos de evolución o deterioro de la persona que presenta esquizofrenia.

La psicoeducación es uno de los componentes principales que han sido propuestos de manera repetida en la literatura para llevar a cabo un programa de rehabilitación integral. La intervención psicoeducativa se brinda tanto a los familiares cuidadores informales como a los pacientes con esquizofrenia. La evidencia disponible de estudios en instituciones (Lincoln 2007) [C1], (Glynn 2007) [A2], (Magliano 2007) [A2], (Pekkala 2002) [A2], (Rummel 2008) [C2], (Satoko 2008) [C2], (De la Higuera 2005) [C2], (Kulhara 2009) [B2]. La mayoría de los estudios revisados han venido utilizando dos formatos principales: el modelo psicoeducativo de Anderson (1983, 1986) [C2].

### Justificación de la aplicación

- Importancia de los conocimientos sobre la enfermedad al ser una herramienta potencialmente efectiva para desempeñar habilidades y competencias de cuidado.
- Mayor efecto sobre los factores emocionales en las familias de alta emoción expresada (Yamaguchi 2006) [C2].
- Prevención de recaídas evitables (Satoko 2008) [C2].
- Mejoría de las relaciones familiares ya que pueden estar influenciadas por el tipo de información que estigmatiza al trastorno (Rascón 2009) [C2].
- Decrece el sufrimiento que la enfermedad produce al paciente y a sus familiares.
- Ayuda a liberar la preocupación; su efecto sobre la prevención de suicidios ayuda a detectar y evitar intentos suicidas.
- Genera un cambio significativo en los sentimientos y actitudes de sobreinvolucramiento de los familiares (Rascón 2009) [C2].
- Disminuye el nivel de sobrecarga de los cuidadores, por lo que enseñarles cómo deben atender al enfermo mental mejora considerablemente su calidad de vida y, por extensión, la eficacia de su trabajo en la rehabilitación del paciente (Leal 2008) [A3].

La experiencia en el estudio de la psicoeducación ha permitido reconocer la importancia de la familia informada para brindar mejor apoyo en los siguientes aspectos:

- Decidir qué hacer y qué evitar con la enfermedad y/o con la persona enferma.
- Acudir a la consulta en un servicio determinado.
- Mantener la toma del medicamento.
- Determinar la carrera del enfermo y el uso de los servicios de salud.

- Comprensión del padecimiento y aceptación en la comunidad.

En este orden de ideas, informar a los pacientes, familiares, amigos y a la población sensible es fundamental para que se puedan detectar tempranamente a los individuos con riesgo de desarrollar el padecimiento, no solo a quienes ya presentan síntomas prodrómicos, psicóticos o cualquier otro trastorno dentro del espectro de la esquizofrenia, como el trastorno de personalidad esquizoide, el esquizotípico o el paranoide, haciendo énfasis en los síntomas prodrómicos en la consulta periódica de control del paciente con el fin de evitarle recaídas y reforzarle la necesidad de apego al tratamiento permanente.

La guía psicoeducativa para familiares y/o para personas con esquizofrenia puede ser diversa tanto por el objetivo, el contenido, como por la duración.

Se sugieren los siguientes temas básicos del modelo bio-psico-social:

- Información y conocimiento de la enfermedad.
- Información sobre factores de causalidad.
- Información sobre el tratamiento médico.
- Utilidad del medicamento y sus efectos.
- Definición de recaída o situación de crisis.
- Atención a situaciones de crisis.
- Reacciones emocionales en el proceso de la aceptación de la enfermedad.
- Comprensión del familiar enfermo.
- Identificación y solución de problemas.
- Evolución y crecimiento considerando la enfermedad como una condición de vida.
- Alternativas de red social, de apoyo para las personas con esquizofrenia y para los familiares.
- Directorio de instituciones o asociaciones a los que pueda acudir en busca de ayuda.

Considerando que el personal de salud mental generalmente está muy ocupado con la atención directa de los pacientes y sus familiares, y que por ello no tienen el tiempo necesario para involucrarse en el diseño e implementación de programas psicoeducativos, recientemente se ha desarrollado una modalidad psicoeducativa que se conoce como “psicoeducación de paciente a paciente en esquizofrenia”, la cual incluye a pacientes que han demostrado tener “recuperación funcional” y que, previamente capacitados en un programa psicoeducativo que incluye 5 pasos, pueden servir como “moderadores de otros pacientes” con los que pueden trabajar durante 8 sesiones, dos veces por semana, cada sesión con una hora de duración, en grupos de 6 a 10 pacientes. Generalmente, un doctor puede estar presente durante las sesiones para intervenir y aclarar dudas si fuera requerido por los moderadores. En un estudio con estas características realizado por Rummel 2005 [C2], se evaluó el incremento en el conocimiento y concepto de la enfermedad en un periodo de 6 meses, y se demostró que los pacientes (N = 49) que

participaron en esta modalidad psicoeducativa mejoraron su conocimiento de la enfermedad de una manera significativa; además, el concepto que tenían de la enfermedad cambió significativamente en 3 escalas: mayor confianza en su doctor (N = 40,  $p = 0.001$ ), mayor confianza en los medicamentos (N = 40,  $p = 0.001$ ) y disminución considerable de las expectativas negativas acerca del tratamiento (N = 40,  $p = 0.001$ ). La evaluación subjetiva de los pacientes respecto a los “moderadores” fue positiva, sobre todo por la credibilidad que encontraron al considerarlos como personas que previamente tuvieron que lidiar con la enfermedad.

## INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

El proceso de cambio en las instituciones de salud mental en las últimas dos décadas ha dado lugar a la participación de la familia de una manera diferente: por un lado se le precisa como un agente comunitario que requiere capacitación por el importante papel que se le encomienda; por otro, se reconoce que necesitan apoyo por la carga que llevan al ser cuidadores primarios informales de una persona con esquizofrenia.

En México, al igual que en otras partes del mundo, la familia es y será el agente responsable de cuidado comunitario para la mayoría de los pacientes con esquizofrenia. Entre 60 y 85% de los pacientes vive con su familia (Valencia, 2003) [C2]. Sin embargo, se le brinda poca orientación y ayuda profesional a la familia, es decir, ésta tiene que manejar la problemática que manifiesta el paciente sin conocimiento de la enfermedad, ni entendimiento de la naturaleza bio-psico-social, ni de la importancia del tratamiento integral de la esquizofrenia.

El creciente reconocimiento del estrés experimentado por las familias al enfrentarse con la enfermedad, y su influencia sobre el funcionamiento del paciente, ha sido determinante para que fueran consideradas aliadas en el proceso terapéutico de la esquizofrenia.

Desde la década de los años 70s se han venido realizando estudios sobre la importancia de integrar a los familiares cuidadores, evaluando los efectos de la combinación de los tratamientos farmacológicos con las intervenciones psicosociales, fundamentalmente sobre la relación de la recaída y la expresividad emocional (EE) de los familiares. En la década de los 90s se hizo énfasis en la medición de la eficacia de distintas alternativas terapéuticas y la mejor evolución de la enfermedad, además de observar los efectos en las diferentes expresiones familiares (baja y alta EE), así como una inclusión de variables clínicas relevantes (carga familiar, calidad de vida, estilos de afrontamiento, necesidades familiares, apoyo social) (Perlick 2006) [C2], (Jungbauer 2004) [C2], (Goldstein 1995) [C2], (Leff 2000) [A2], (Falloon 1985) [C2], (Kuipers 1992) [C2], (Tarrier 1988, 1995) [C2], (Vaughn 1992) [C2], (Rascón 2001) [C2], (Valencia 2003) [C2] (De La Higuera 2005) [C2], (Pfammatter 2006) [A2], (Pilling 2006)

[B1], (Magliano 2006) [B1], (Caqueo 2009) [A2], (Leff 2012) [A2]. Más recientemente, se han incorporado temas como el efecto de la discriminación y el estigma en la reinserción social, los derechos humanos y la participación social activa de la familia (Magaña 2007, Pedersen 2005) [C2], (Rascón 2012) [C2].

El estudio sobre el impacto en los familiares por la experiencia sin conocimiento del trastorno demostró que de dos familiares cuidadores primarios informales, uno está en riesgo de presentar algún trastorno emocional o físico relacionado con la experiencia de ser el cuidador (Rascón 2010 [C2]). A su vez, los familiares juegan un papel importante en la prevención del suicidio del paciente con esquizofrenia (Rascón 2004) [C2].

La intervención familiar es rentable económicamente para los servicios sanitarios y ha mostrado su eficacia en entornos clínicos asistenciales naturales y en distintas realidades culturales (Dixon 2000) [C2], (Weisman 2012) [C2].

### El modelo de las intervenciones familiares

La diversidad de las intervenciones familiares y de los enfoques terapéuticos en la esquizofrenia han permitido destacar rasgos comunes, mismos que Lam 1991 planteó en los siguientes puntos:

1. Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias. Se ha evitado culpabilizar a las familias. Trabajo de las emociones.
2. Proporcionar estructura y estabilidad al facilitar un ambiente terapéutico con contactos regulares y de apoyo estabilizador.
3. Centrarse en el «aquí y ahora» al trabajar con los problemas e identificar sus formas de afrontamiento, sus puntos fuertes y débiles.
4. La organización familiar. Se pretende establecer límites interpersonales y jerárquicos, apoyando a la pareja paterna y promoviendo la separación e independencia del hijo enfermo cuando sea posible. Se establece una visión de la familia como un todo.
5. Reestructuración cognitiva. Con los componentes educativos e informativos de las intervenciones, se pone especial atención en exculpar al paciente de su sintomatología y en quitarle cualquier intencionalidad sobre la misma, especialmente sobre la negativa.
6. Aproximación conductual. El trabajo clínico se centra en evaluar los recursos y necesidades de la familia, en establecer metas realistas, fijar prioridades, descomponer las metas en pequeños pasos conductuales. Lo anterior generalmente bajo una estructura de solución de problemas.
7. Mejorar la comunicación. Se pone especial cuidado en entrenar a las familias en corregir las formas de expresión verbal y no verbal para favorecer el apoyo, la relación y la integración.

Los principales modelos terapéuticos de intervención familiar en la esquizofrenia sobre los que se han basado la mayoría de los estudios empíricos de seguimiento, destacan las cuatro siguientes modalidades de tratamiento familiar con mayor soporte experimental:

1. El modelo psicoeducativo (Anderson 1986) [C2].
2. Las intervenciones sociales (Kuipers 1992) [C2], (Leff 1982) [B1].
3. Las intervenciones cognitivo-conductuales (Barrowclough 1992) [B1], (Tarrier 1995) [B1].
4. La terapia conductual familiar (Falloon 1983, 1985, 1993) [C2].

La duración de las intervenciones es variable. Existen formatos de 6 a 15 sesiones (Solomon 1998) [B2], (Szmukler 1996) [B2], (Vaughn 1992) [B2], formatos prolongados de 2 o 3 años (Hogarty 1997) [B1], (McFarlane 1995) [C2] y formatos intermedios entre 9 y 18 meses (Leff 1985) [C2], (Randolph 1994) [C2], (Tarrier 1988) [B1]. Los resultados confirman lo inadecuado de las intervenciones breves frente a las intervenciones de duración intermedia, que mantienen sus efectos durante un período de tiempo y luego remiten, y frente a las intervenciones a largo plazo e incluso indefinidas. En todo caso, existe consenso respecto a la duración mínima de 9 meses a 1 año, y la duración óptima de 2 años, con un apoyo posterior permanente, aunque sea a cierta distancia, de modo que la familia pueda sentir y tener siempre accesible el recurso.

### Modalidad de la intervención

La mayoría de los estudios revisados han venido utilizando dos formatos principales: el modelo psicoeducativo de Anderson o el modelo de intervención conductual sugerido por Falloon.

Los resultados indican que ambos son formatos igualmente válidos frente a los cuales no se han encontrado diferencias (Schooler 1997) [A2]. Recientemente se han considerado otras modalidades que incluyen aspectos como la información cultural y la aculturación en la salud mental de los pacientes con esquizofrenia y sus familiares (Koneru 2012) [C2], (Weisman 2012) [C2].

En cuanto a la forma de administración de la intervención, bien sea unifamiliar o multifamiliar en grupo, los resultados indican que ambas modalidades son igualmente eficaces (Leff 1990) [C2], (McFarlane 1995) [C2], lo cual anima al uso de formatos multifamiliares por sus beneficios sobre la socialización y extensión de redes de apoyo natural de las familias, por su menor costo y mayor facilidad de aplicación en entornos clínicos asistenciales.

Vallina 2000 [A2] menciona que un obstáculo para la aplicación de la intervención familiar es que los profesionales continúan ignorando a las familias como objetivo y recurso asistencial. La evidencia recopilada puede contribuir a

la modificación de las creencias de los clínicos y de las políticas sanitarias y a que, gradualmente, se vayan imponiendo procedimientos terapéuticos que han probado su eficacia, de los que familias y pacientes tienen derecho a beneficiarse y nosotros la obligación de proporcionar.

Una contribución que resulta de las intervenciones familiares es la formación de asociaciones civiles que se encargan de promover la educación y comprensión social hacia las personas con este tipo de padecimientos, de tal manera que reciban una atención digna, humanitaria, equitativa y eficaz, expresada con la plena inclusión social y legal en el ejercicio de sus derechos, avocados a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad mental y la de sus familiares, formando redes sociales de apoyo.

## REHABILITACIÓN

Clásicamente, la esquizofrenia ha sido considerada grave y deteriorante, por lo que el enfermo ha sido visto como desahuciado, sufriendo una estigmatización y discriminación severa. En épocas pasadas, padecer esquizofrenia condenaba al enfermo al confinamiento, ya fuera doméstico o institucional, que lejos de aminorar el daño y la incapacidad global del paciente, empeoraba su situación hasta convertirlo en un individuo sin voluntad, carente de toda intensidad e iniciativa, prácticamente arrumbado en algún rincón de una institución o de su propia casa.

Para la psiquiatría, la esquizofrenia ha sido el reto por excelencia, el desafío más importante por lo devastadora que resulta ser. En la historia de esta rama médica se encuentra un progresivo avance en el tratamiento de los enfermos, aunque fue hasta el año de 1950 cuando el descubrimiento de fármacos que lograban disminuir los síntomas psicóticos dio paso a un nuevo enfoque terapéutico y aumentó la esperanza de encontrar una curación a tan doloroso padecimiento y de sacar al enfermo de esa penumbra a la que era condenado. Desde entonces fueron apareciendo diversas moléculas que dieron como resultado un vertiginoso progreso en la mejoría de los síntomas actualmente llamados positivos; sin embargo, estos medicamentos no mejoraban los síntomas negativos e inducían una gran cantidad de efectos indeseables y eventos adversos. Este balance clínico fue disminuyendo el estigma de los enfermos, permitía que los pacientes permanecieran más tiempo en casa que en los hospitales de psiquiatría, podían ser mejor manejados en sus domicilios y tratados en forma ambulatoria. En consecuencia, el reto cambió: el nuevo postulado era mejorar los síntomas negativos y promover la reincorporación del enfermo a una vida más activa.

En forma paralela al desarrollo de psicofármacos, otros aspectos de las neurociencias permitieron conocer más profundamente las alteraciones neurofisiológicas y neuroanatómicas que subyacen en la esquizofrenia, así como los conocimientos neurobioquímicos, neuroeléctricos, la investigación

en genética, en inmunología, en neuroendocrinología, los avances tecnológicos que han permitido el estudio estructural y fisiológico en vivo de los pacientes a través de la imagenología estructural y funcional, y dieron paso a una comprensión más integral de la enfermedad. Aunque esto no ha sido suficiente para identificar la etiología de la esquizofrenia, sí abrió la posibilidad de que los enfermos fueran vistos como personas susceptibles de mejorar su rendimiento global, recuperar en alguna medida su funcionamiento social y su reincorporación a la vida comunitaria, adoptar una actitud más participativa en su tratamiento y, consecuentemente, lograr que la reinserción psicosocial fuera relativamente posible.

Con base en estos principios, el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia fue adoptando no solo mejores alternativas farmacológicas, sino también modelos de rehabilitación. De estos últimos se debe tener presente los principios básicos y un esquema general de abordaje del paciente, ya que si bien no existe un modelo que se pueda considerar único ni que haya mostrado ser el mejor, sí es factible —después de la aplicación y evaluación de las formas de tratamiento— identificar las mejores prácticas que den como resultado una mejor calidad de vida del enfermo, de su familia en general y de los cuidadores principales y del entorno, generando un balance adecuado costo-efectividad en la atención médica de los pacientes con esquizofrenia.

Básicamente, los modelos de rehabilitación aplicados en el mundo a partir de la primera y segunda guerra mundial han desarrollado sus enfoques bajo dos líneas de trabajo: la orientación a la limitación de las discapacidades y la estimulación de las capacidades residuales de los pacientes. Asimismo, el desarrollo de los modelos se ha enfocado en los aspectos del ambiente como lo es la familia, la comunidad y la sociedad en general (Watts FN 1990).

En medicina la cronicidad está íntimamente relacionada con la duración de los trastornos, considerándose como agudos aquellos de inicio y evolución más o menos rápida y de duración relativamente corta, hasta lograr la resolución del problema en forma definitiva, lo que puede suceder por curación o por fallecimiento del paciente. Por otra parte, los padecimientos crónicos suelen ser de evolución progresiva y larga, bien sea con inicio insidioso o abrupto, que se prolongan por muchos años o por toda la vida.

En psiquiatría la presentación, evolución e historia natural de los trastornos es compleja. Hay padecimientos que pueden iniciar bruscamente o insidiosamente, evolucionar con persistencia clínica o ausencia de síntomas, presentar brotes del trastorno intercalados con episodios de aparente bienestar; en conclusión, la diferenciación de los trastornos en agudos o crónicos es poco precisa. Se oye decir “esquizofrenia aguda” o “esquizofrenia crónica”, “hospital para agudos” “hospital para crónicos”, “fase aguda de la esquizofrenia”, entre otros.

Para ser congruentes con la terminología médica, se considerará a las enfermedades crónicas como aquellas de



inicio y evolución prolongada, con tratamientos de control o paliativos no curativos que generan cierto grado de discapacidad. Tal es el caso de la esquizofrenia.

Bajo este enfoque, y como se mencionó previamente, la esquizofrenia es un trastorno mental severo, con tendencia al deterioro, que afecta las relaciones interpersonales, individuales, familiares y sociales, de evolución crónica y fluctuante, que requiere de diversos manejos según la fase en la que se encuentre y de la cual no se ha identificado la causa específica que la produce. Ante este padecimiento no se ha encontrado una curación, por lo que los tratamientos están encaminados hacia el control de los síntomas y la disminución de la discapacidad que produce, cumpliendo con los criterios de cronicidad generales.

Los esquemas terapéuticos integrales deben incluir las estrategias de rehabilitación, componente que ha sido incluido y enfatizado en todas las propuestas, convenios y consensos internacionales, así como en los esquemas normativos y regulatorios de cada país, sin ser México la excepción.

Dada su evolución, la rehabilitación en sí misma se ha convertido en un abordaje clínico estratégico en la recuperación de la funcionalidad de los pacientes con trastornos esquizofrénicos. Por la trascendencia que este padecimiento tiene para el paciente, la familia y los sectores de salud, la rehabilitación debe estar incluida como un abordaje indispensable para reducir los costos e incrementar los beneficios que conlleva la planificación de estos servicios, desde la institución hacia la comunidad. No obstante, existen condiciones que han influido en el desarrollo de los abordajes de rehabilitación psicosocial y que son de vital importancia considerar en el diseño y planificación de los programas de atención en este campo clínico, como son:



## Conceptos generales

Dentro del modelo médico existen tres conceptualizaciones fundamentales para entender lo que significa la rehabilitación psiquiátrica del paciente con esquizofrenia.

La primera de ellas está relacionada con el concepto de Historia Natural de la Enfermedad, el cual nos propone que las patologías, y dentro de éstas las enfermedades mentales, son fenómenos de tipo natural que se caracterizan por tener una evolución determinada. A este respecto se plantea que los trastornos mentales tienen tres periodos evolutivos distintos (cuadro 1):

1. Periodo prepatogénico
2. Periodo patogénico temprano
3. Periodo patogénico tardío

La segunda de las conceptualizaciones, retomadas del modelo médico, corresponde al esquema de niveles de prevención, que se entiende como la serie de medidas que se pueden tomar dentro de cada uno de los periodos de la historia natural de la enfermedad con la finalidad de modificar la evolución de las mismas a través de la prevención, diagnóstico, tratamiento y, en su caso, rehabilitación de los fenómenos ocasionados por la patología. En este esquema se cuenta con tres niveles de prevención, los cuales corresponden a cada una de las etapas evolutivas de la historia natural de la enfermedad (cuadro 2).

Otro aspecto relevante a considerar en las estrategias de rehabilitación son los factores de riesgo que tendrán una influencia directa en la evolución del paciente; sumar dichos factores a las condicionantes de rehabilitación hará más complejo el diseño de estos abordajes. En el cuadro 3, se muestran algunos de los factores de riesgo a considerar.

La tercera conceptualización se refiere al entendimiento de las distintas funciones que realiza el ser humano. En este sentido, la psiquiatría y la psicología se han visto afectadas por la concepción cartesiana de la dualidad mente-cuerpo. Superada esta dualidad a través del entendimiento bio-psico-social, este concepto es el más completo y útil dentro de las ciencias de la salud mental. El significado de esta conceptualización se apoya en la Teoría General de los Sistemas, la cual plantea que el universo está organizado en una serie de subsistemas que, a su vez, están integrados por una serie de elementos interrelacionados, interactuantes e interdependientes, motivo por el cual la modificación de un elemento necesariamente afectará a todo el sistema. Con base en lo anterior, el ser humano tiene funciones y capacidades en tres áreas: 1. Biológicas, que dependen de la estructura física y orgánica que posee, constituyéndose por funciones típicamente objetivas; 2. Psicológicas, que son el resultado del funcionamiento mental, siendo estas subjetivas y profundamente individualizadas; y 3. Sociales, que se originan de la ineludible situación de formar parte de un grupo y ser gregarios.

**Cuadro 1.** Historia natural de la enfermedad

Periodo prepatogénico	Periodo patogénico temprano	Periodo patogénico temprano
Interacción de la tríada ecológica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huésped</li> <li>• Agente casual</li> <li>• Medio ambiente</li> <li>• Mantenimiento o pérdida de la homeostasis</li> </ul>	Pérdida de la homeostasis Enfermedad clínica o subclínica Desenlace: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regreso a la salud</li> <li>• Cronificación</li> <li>• Muerte</li> </ul>	Establecimiento de un nuevo equilibrio homeostático Aparición de secuelas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daño</li> <li>• Incapacidad</li> <li>• Minusvalía</li> </ul>

Las tres conceptualizaciones anteriormente mencionadas llevan a las siguientes conclusiones dentro del campo de la salud mental, y en especial dentro del campo de la Rehabilitación Psiquiátrica:

1. La evolución natural de muchos de los cuadros psicóticos no necesariamente tiene que llevar a la cronificación y a inadecuados estilos adaptativos de vida.
2. La rehabilitación en psiquiatría está formada por una serie de medidas obligadas dentro de la actual concepción de la enfermedad mental.
3. Las acciones a realizar tienen que contemplar un enfoque integral de atención para permitir un restablecimiento homeostático sano del sistema humano.

Ahora bien, las enfermedades mentales producen una gran cantidad de consecuencias en el paciente, más no todas inciden de la misma manera en el sujeto. En este sentido, existen tres términos que se prestan a confusión y que en ocasiones se manejan como sinónimos:

- **Daño:** lesión orgánica y/o funcional de una estructura o función psicológica o fisiológica, consecuencia directa del proceso patológico.
- **Incapacidad:** lesión o pérdida de la capacidad operativa o de la aptitud funcional que se presenta como consecuencia directa del daño.
- **Minusvalía:** desventaja que limita o impide el cumplimiento de los distintos roles sociales y que se presenta como consecuencia directa de la incapacidad y del daño.

De esta manera se establece el entendimiento de estos tres términos como pasos evolutivos del deterioro causado por la enfermedad mental, en donde la secuencia daño-incapacidad-minusvalía explica el estado del paciente.

Una vez puntualizadas estas concepciones, es necesario plantear la definición de lo que la rehabilitación significa en psiquiatría, por lo que se citan al menos las más relevantes:

La OMS la define como un término que se aplica a los impedidos mentales y que consiste en el uso racional de procedimientos de validismo, tales como medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales, que tienen por objeto adiestrar o readiestrar al individuo para tratar de llevarlo, de acuerdo con sus posibilidades reales, a los niveles más altos de capacidad funcional.

Los autores cubanos la definen como el conjunto de procedimientos biológicos y sociopsicológicos utilizados en aquellos pacientes en que han aparecido como producto de alguna afección mental, incapacidades que les imposibilitan un adecuado ajuste social, y persigue reincorporar al enfermo a la sociedad una vez atenuadas sus manifestaciones psicopatológicas, posibilitando la utilización de sus capacidades remanentes.

Benedetto Saraceno, autor italiano, la define como el conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de las oportunidades del individuo para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad.

David Goldberg, autor inglés, sostiene que es el proceso de restaurar a la persona incapacitada, si no al nivel de funcionamiento y posición social que se había logrado antes del inicio de la enfermedad, por lo menos a una situación en la cual pueda hacer el mejor uso de sus capacidades residuales dentro de un contexto social tan normal como sea posible.

La Norma Oficial Mexicana NOM 025-SSA2-1995 la define como el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objeto de promover en el paciente el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural.

**Cuadro 2.** Niveles de prevención

Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Educación para la salud	Protección específica	Diagnóstico precoz	Tratamiento oportuno	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones generalizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones particularizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión periódica</li> <li>• Estudios para clínicos</li> <li>• Psicopatología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicofarmacología</li> <li>• Psicoterapia</li> <li>• Socioterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionalidad máxima posible con base en capacidades respetadas por la enfermedad</li> </ul>

**Cuadro 3.** Prevalencia de Esquizofrenia de inicio tardío en estudios epidemiológicos

Factores de riesgo personal	Factores de riesgo familiar	Factores de riesgo social	Factores de riesgo respuesta a la demanda
<ul style="list-style-type: none"> <li>Factores genéticos</li> <li>Grado de integración de la personalidad</li> <li>Edad de inicio de la enfermedad</li> <li>Respuesta al tratamiento farmacológico</li> <li>Conciencia de enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estructura familiar</li> <li>Dinámica familiar</li> <li>Nivel de expresión emocional</li> <li>Capacidad cognitiva y resolutive</li> <li>Nivel socioeconómico</li> <li>Características de personalidad de los cuidadores primarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educación y cultura</li> <li>Grado de estigmatización</li> <li>Acceso a la vivienda</li> <li>Acceso al mercado del trabajo</li> <li>Legislación de los derechos humanos y el trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estructura de los sistemas de salud</li> <li>Capacidad de respuesta en los distintos niveles de atención en salud</li> <li>Regionalización de los sistemas de atención</li> <li>Capacidad técnica y grado de especialización</li> <li>Cantidad de especialistas en el área de salud mental en proporción de la población</li> </ul>

De estas definiciones se concluye que existen varios puntos coincidentes entre ellas y que constituyen los lineamientos fundamentales de la rehabilitación en psiquiatría.

1. La rehabilitación psiquiátrica encuentra su momento de aplicación cuando aparecen las manifestaciones de las secuelas; por lo tanto, se requiere que exista una cierta disminución de las manifestaciones psicopatológicas más disruptivas. Esto no necesariamente implica esperar el desarrollo de las mismas, sino evitar su aparición.
2. Está constituida por un conjunto de actividades múltiples y variadas en los ejes biológico, psicológico y social.
3. Debe contar con objetivos claros que constituyan la directriz para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas.
4. Se sustenta en una metodología de aprendizaje o re-aprendizaje.
5. Se debe realizar sobre dos aspectos fundamentales:
  - a) Disminuir al máximo la incapacidad y el impedimento de los pacientes, o sea minimizar la parte enferma, y
  - b) Aumentar al máximo la capacidad, habilidad y funcionalidad del paciente, o sea, maximizar la parte sana.
6. Debe contar con distintos niveles de aprendizaje ya que no todos los pacientes tendrán las mismas capacidades y posibilidades de reinserción laboral, social, familiar y recreacional.
7. Implica estimular cambios en el paciente así como lograr que tales cambios no se extingan dentro del medio social del mismo, para alcanzar una mayor funcionalidad.
8. Plantea actividades que tengan una utilidad práctica y real para el paciente, y así favorecer su desempeño significativo dentro de su medio social.
9. Distingue entre la rehabilitación propiamente dicha y la reubicación laboral. Esto justifica el intento de rehabilitar a pacientes sin posibilidad de reinserción laboral.
10. La concepción de las actividades no implica un carácter caritativo y basado en la incapacidad del paciente sino en la estimulación y la exigencia de objetivos acordes al mismo.
11. No solamente debe centrarse en promover cambios en el paciente sino también en estimular cambios sociales que posibiliten su reinserción (Herrera 98).

## BASES BIOLÓGICAS DE LA DISCAPACIDAD

Los factores biológicos son los de mayor impacto en la presentación de la enfermedad.

Si bien la correlación de las anomalías estructurales y fisiológicas del cerebro con los síntomas es poco clara, se han podido definir fallas en los circuitos neurológicos que explicarían las disfunciones y discapacidades condicionadas por los fenómenos clínicos y darían así mismo fundamento a los procesos de rehabilitación.

Los trastornos en la sensopercepción se asocian con fallas en el lóbulo temporal, los trastornos del pensamiento con fallas en el hipocampo y los síntomas negativos con las perturbaciones de la corteza prefrontal.

Por otro lado, los síntomas cognoscitivos se relacionan con disfunción en el tálamo, estructuras de la línea media y atrofia de los lóbulos frontales y temporales, fallas que predominan en el hemisferio izquierdo.

Finalmente, las alteraciones afectivas que condicionan síntomas depresivos, apatía, desmotivación y anhedonia parecen estar relacionados con una hipofunción de las estructuras que conforman el sistema límbico.

## BASES PSICOSOCIALES DE LA DISCAPACIDAD

Los pacientes con esquizofrenia también presentan una disfunción importante en los procesos de adaptación social, lo cual está relacionado con las reacciones del entorno hacia estos pacientes.

La discriminación por parte de la familia y del grupo social al que pertenece el paciente que padece esquizofrenia agrava las circunstancias del enfermo; a su vez, las personas más cercanas también sufren al ser marcados por la estigmatización asociada al trastorno, cerrándose un círculo vicioso que conduce al rechazo y falta de apoyo hacia el paciente.

Las alteraciones clínicas y la estigmatización contribuyen a que los pacientes no logren sus objetivos vitales y formen parte de la comunidad.

## PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PARA EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un problema grave de salud pública. Se calcula que más de 25 millones de personas en el mundo la padecen. Estos enfermos sufren de una discapacidad importante que provoca una reducción en su rendimiento global y disminuye su calidad de vida, siendo la tercer causa más discapacitante, ocasionando el 1.1% del total de años de vida ajustados por discapacidad y del 2.8% de los años de vida perdidos por discapacidad.

Esta situación es más grave por el retardo en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento. La OMS ha demostrado que hasta el 40% de los enfermos no reciben tratamiento, básicamente por la estigmatización y la ignorancia, mismas que provocan una reacción de evasión y ocultamiento por parte del paciente.

Solo la tercera parte de pacientes logra mantenerse asintomático y con un proceso adaptativo aceptable; sin embargo, el resto de los pacientes presentan persistentemente síntomas clínicos con cierto grado de discapacidad.

Se ha demostrado que las estrategias de tratamiento basadas en programas de reinserción y rehabilitación social, como componente de los recursos asistenciales para los enfermos con esquizofrenia, reduce sustancialmente la discapacidad. Por ejemplo, en una población de pacientes con esquizofrenia no tratados en la India se redujo el puntaje de discapacidad poco más de 75% en año y medio. Asimismo, se ha podido ponderar la participación del efecto psicosocial en la mejoría clínica de los pacientes con esquizofrenia, encontrándose que es de aproximadamente 23%.

### Necesidades de rehabilitación

Para efectos prácticos, en lo concerniente a un programa de rehabilitación, la clasificación de esquizofrenia que resulta de mayor utilidad es la de Crow, quien subdivide los síntomas en positivos y negativos.

Clásicamente, los síntomas positivos suelen ser muy floridos y prácticamente incapacitantes en forma total; sin embargo, los pacientes responden a los antipsicóticos de manera notoria, reduciéndose en forma sustancial y, frecuentemente, en su totalidad. No así los síntomas negativos que aunque suelen ser menos evidentes y alarmantes, condicionan también una discapacidad severa y, a diferencia de los positivos, no tienen una respuesta adecuada al uso de psicofármacos.

Con base en lo anterior, los programas de rehabilitación deben estructurarse como una estrategia asistencial que se incorpore al abordaje integral de los pacientes con trastornos esquizofrénicos, centrando la atención en la integración de la conciencia de enfermedad, la aceptación del tratamiento farmacológico y la continuación del mismo (a lo que se denomina en conjunto alianza o adherencia terapéutica) y, por otro lado, en las disfunciones cognoscitivas, afectivas y

volitivas que dificultan la integración del enfermo a la vida familiar y comunitaria.

### Objetivos de la rehabilitación

“Se podría decir que el objetivo principal de la rehabilitación es lograr la mejor recuperación funcional del paciente con miras a la reintegración familiar, social y laboral de acuerdo con sus intereses y capacidades, en función del entorno al que se pretende reintegrar.” Por lo tanto, la rehabilitación tendrá que ser un dispositivo que favorezca el mejor desarrollo de sus capacidades y un espacio que fomente su interés por asumir un nivel de actividad que le permita vincularse a su vida de acuerdo con los roles que el paciente elija y el desarrollo de habilidades que le permita desempeñar los mismos (Herrera 98).

#### *Objetivos directos*

Los objetivos deberán ser planteados por niveles, es decir, por el grado de posibilidades de acuerdo con las capacidades remanentes y funcionalidad que la misma enfermedad les permita.

El primer objetivo fundamental para la consecución de un tratamiento global es lograr la alianza terapéutica entre los profesionales de la salud mental, el enfermo y su familia, lo que permitirá que el paciente continúe su tratamiento integral incluyendo el uso de los psicofármacos, ya que estos serán los que garantizarán la estabilidad clínica.

En segundo término debemos considerar la posibilidad de lograr que el paciente reaprenda un esquema de hábitos de autocuidado y mantenimiento de supervivencia básica.

El siguiente objetivo es lograr que el paciente se incorpore a la organización familiar, asimilando e integrándose a las disciplinas, actividades y colaboración.

Otro punto importante es que el enfermo pueda desarrollar las actividades de la vida cotidiana como, por ejemplo, lograr que tenga un manejo consciente de sus experiencias emocionales y mantenga una comunicación fluida y espontánea con su entorno familiar.

El siguiente objetivo es que el enfermo reinicie sus actividades dentro del entorno social general, incorporándose a actividades con amistades, uso del tiempo libre y esparcimiento.

Finalmente se debe lograr la incorporación del enfermo a alguna actividad productiva en términos de desarrollo o remuneración, esto es, la escuela o algún trabajo.

Es fácil notar que estos objetivos no están siempre escalonados en el orden presentado; deben abordarse en forma conjunta para obtener avances de diferente magnitud en cada área trabajada, logrando mejoría en algunos aspectos y en otros no.

Sin embargo, el eje central de todas estas actividades es la procuración de una calidad de vida cada vez mayor. Esto significa que el sujeto y su familia deberán desarrollar su potencial en la mejor forma posible, alcanzando metas y



cumpliendo las expectativas personales y grupales que conduzcan a la sensación de tener una vida satisfactoria en la medida en que el trastorno y el apoyo familiar lo permitan.

#### *Objetivos indirectos*

- Reducir las tasas de recaída de los pacientes.
- Disminuir el número de internamientos hospitalarios anuales.
- Disminuir la carga económica y afectiva que representa la enfermedad para el paciente, su familia y la sociedad.

En resumen, lo que se pretende es que el enfermo logre un grado aceptable de autonomía, mantenga una integración del concepto de sí mismo y del entorno para que consiga una vida integral con satisfacción de sus necesidades básicas, desarrolle una actividad productiva y se enriquezca a través de actividades recreativas y de desarrollo humano.

### **Modelo general**

Usaremos como guía un modelo que ya ha probado sus bondades terapéuticas. Este modelo, diseñado por Liberman, se basa en la visión de cuatro dimensiones de la incapacidad que genera la esquizofrenia.

La primera dimensión es la Patología en sí misma, que se refiere a las lesiones o anormalidades cerebrales generadas por algún agente etiológico que delimitará el sustrato o equipo biológico con que se cuenta.

La segunda es el Deterioro provocado por la patología, y se refiere a las alteraciones en la funcionalidad física y mental.

La tercera dimensión es la Discapacidad, que se reflejará en la restricción, limitación y falta de habilidad para desarrollar las actividades de la vida cotidiana.

La última dimensión es la Minusvalía, determinada por las discapacidades que el paciente tiene y por la existencia y características de una red de apoyo familiar y social que le permitan adquirir, asumir y desempeñar un rol específico individual en el medio familiar y el entorno social.

### **Características de un programa**

Las enfermedades mentales tienen como particularidad que son de origen multifactorial, lo que obliga a que los pacientes que las padecen sean atendidos desde diferentes puntos de acción. Un programa de rehabilitación debe encuadrar en este principio, por lo que sus características generales son:

- Debe ser general e incluyente.
- Siempre debe formar parte de un sistema integral de atención.
- Debe iniciar tempranamente, es decir, desde la hospitalización misma.
- Debe existir continuidad de manera ambulatoria en programas de hospital de día o servicios de rehabilitación.

ción específicos.

- Debe contar con la posibilidad de particularizarse.
- Se debe basar en la evaluación integral del enfermo y del grado de discapacidad en las diversas áreas.
- Debe evaluarse el potencial de la red social de apoyo para contener y fortalecer al enfermo y su proceso de rehabilitación.
- Debe tenerse un enfoque de atención al daño, la incapacidad y minusvalías.
- Debe estar sustentado en los conocimientos científicos, médicos y administrativos que permitan el desarrollo de programas de atención en salud.
- Las actitudes personales del personal de salud, del paciente y de la familia son importantes, pero deben situarse como estratégicas.
- Debe incluir al cuidador primario en programas de psicoeducación.

#### *Aspectos a evaluar*

Considerando que un programa de rehabilitación tiene que ser integral para cumplir con los objetivos planteados, deben evaluarse las características globales del enfermo. En consecuencia, es necesario definir las circunstancias en las que se encuentra desde todos los enfoques clínicos, abordando los siguientes rubros:

- Síntomas psiquiátricos.
- Síntomas neurológicos.
- Disfunción física.
- Disfunción psicológica.
- Disfunción social.

La evaluación integral exige que se siga un método que tenga aspectos indispensables y aspectos opcionales, mismos que pueden ser definidos por el equipo de salud.

#### *Indispensables:*

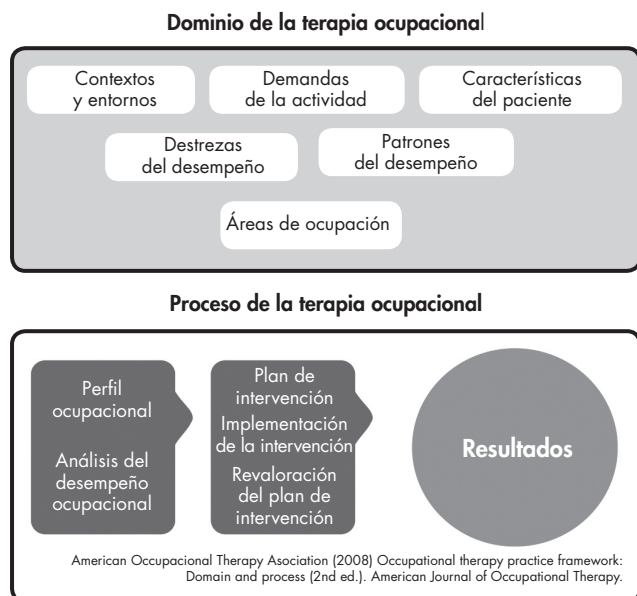
- Historia clínica completa.
- Evaluación ocupacional.
- Examen físico.
- Exámenes paraclínicos necesarios (de rutina y específicos).

#### *Opcionales:*

- Escala breve de Evaluación Psiquiátrica.
- Escala de Impresión Clínica Global.
- Inventario de Discapacidad de Sheehan.
- Inventario de Actitudes hacia la Medicación.
- Lista para evaluar la calidad de vida del paciente con esquizofrenia de Malm.
- Entrevista para evaluar la calidad de vida de Lehman.
- Evaluación del déficit esquizofrénico de Heinrichs.
- Evaluación de la calidad de vida de Bigelow.
- Evaluación del funcionamiento global del DSM.
- Escala de Observación de tareas en Terapia Ocupacional (OTTOS) de Russell, Sharon A. Harrison, Hilary J. Robinson, Gretha Jayaram.

- Entrevista Histórica del Funcionamiento Ocupacional (OPHI-II), Henry A. y Walens D.

Una guía general para el diseño de estos programas puede basarse en las aportaciones de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional “Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional (2008)”, resumido en el siguiente esquema:



## Propuesta general de actividades

Se han propuesto diversos modelos de abordaje rehabilitatorio; éstos consideran el ámbito asistencial donde se desarrollen pudiendo ser el medio hospitalario, un programa de casa de medio camino, un esquema de hospitalización parcial o en algún ambiente comunitario diferente. En cualquiera de los casos se deberá diseñar el programa específico para los pacientes, teniendo aquí algunas alternativas propuestas de acuerdo con el momento en que se encuentre el paciente (cuadro 4).

Todas estas actividades deberán estar enmarcadas dentro un horario regular que permita mantener una estructura general de la vida cotidiana del enfermo.

Asimismo, deberán contar con una extensión dentro del medio familiar, donde se refuerce y amplíe la conformación de hábitos, la estimulación adecuada de expresiones emocionales e intereses y la inducción al medio social.

## MANEJO COMUNITARIO

### Programas comunitarios para la atención de la esquizofrenia

Los equipos de salud mental comunitarios han sido el modelo básico para el desarrollo de otros equipos más especia-

lizados. Se trata de equipos multidisciplinarios integrados por enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras ubicados en los centros de salud mental comunitarios o, como en el caso de México, en los hospitales psiquiátricos. El tamaño de los equipos puede variar entre 6-10 personas hasta 20, dependiendo de la inclusión de programas de intervención precoz, de intervención en crisis, atención domiciliaria, etc. Estos equipos presentan amplias diferencias en función de la organización sanitaria del contexto en el que actúan, aunque son consistentes a nivel internacional en cuanto a su función y objetivos.

La esquizofrenia es un paradigma de los trastornos multifactoriales; en consecuencia, su valoración y manejo requieren atención y respuesta en todas las áreas y, por lo tanto, una buena calidad de los cuidados de salud mental que se caracteriza por la valoración detallada y amplia de los problemas y necesidades de los pacientes.

**Cuadro 4.** Propuesta general de actividades

Actividad	Manejo intrahospitalario	Manejo ambulatorio
Colaboración en la logística para el desarrollo de actividades diarias	x	x
Toma de medicamentos	x	x
Ingesta de alimentos	x	x
Actividades de integración grupal	x	-
Terapia física	x	x
Actividades deportivas	x	x
Terapia ocupacional	x	x
Actividades culturales y recreativas	x	x
Orientación a familiares	x	x
Psicoterapia de grupo	-	x
Psicoterapia individual	-	x
Asamblea general de pacientes y profesionales	x	x
Talleres de inducción laboral	-	x
Talleres de resolución de problemas	-	x
Talleres de entrenamiento de habilidades sociales	-	x
Talleres de expresión artística	-	x
Musicoterapia	x	-
Actividades de estimulación cognitiva	x	x
Psicodrama	-	x
Sociodrama	x	-

En este sentido, en el Reino Unido y en otros países europeos se desarrolla desde 1990 un programa de cuidados, el Care Programme Approach (CPA), diseñado para que personas con necesidades especiales o de manejo complejo tengan un plan de cuidados protocolizado (Department of Health 2006).

En nuestro medio, los programas de atención al paciente con esquizofrenia son realizados desde 1993 en los institutos y centros hospitalarios, (Villamil 2006) donde se encargan de realizar una valoración integral de las necesidades de los pacientes y una revisión periódica del plan de cuidados para poder ofrecer una respuesta integral, así como un seguimiento y apoyo continuo de los cuidados.

### **Gestión de casos (GC) y tratamiento asertivo comunitario (TAC)**

Existe un tipo de pacientes con trastorno mental severo caracterizado por la gravedad, persistencia del trastorno y discapacidad, que no pueden recibir una adecuada atención psiquiátrica por la dificultad para acceder a los equipos comunitarios o para permanecer en ellos (Guía de Práctica Clínica 2012).

La GC o el TAC, diseñados para este tipo de pacientes, no son tratamientos en sí mismos sino modelos de aproximación al paciente y de estructuración y gestión de los recursos que éste precisa. Estos se diferencian fundamentalmente en que la GC es llevada a cabo por un profesional, el gestor de casos, mientras que el TAC lo realiza un equipo específico.

Inicialmente, la GC tenía una función administrativa que consistía en poner en contacto al paciente con los servicios requeridos y coordinar a los distintos proveedores, es decir, la evaluación, planificación, contacto con los servicios, seguimiento y defensa de los derechos de los pacientes. Pronto evolucionó hacia el manejo clínico de caso, que combina los cuidados de la salud con los de gestión y coordinación de servicios. Ofrece servicios en cuatro áreas:

1. En la fase inicial: compromiso, evaluación y planificación.
2. Intervenciones dirigidas al entorno: contacto con recursos comunitarios, con la red social del paciente, incluidos la familia y otros apoyos.
3. Intervenciones dirigidas al paciente y su entorno, intervenciones en crisis y seguimiento.

Dentro de la GC hay algunas variantes que se enmarcan según la orientación del énfasis, es decir, se considera si éste se sitúa en las capacidades personales y la relación con el gestor de casos, en aspectos rehabilitadores, entre otros.

1. Modelo de fortalecimiento personal.
2. Modelo de rehabilitación.
3. Gestión intensiva de casos.
4. Tratamiento Asertivo Comunitario

Existe una influencia de la cultura del país en la incorporación del servicio de GC así como en el enfoque de la inves-

tigación que habría que llevar a cabo. Se hace necesario conocer las intervenciones que debería tener este servicio, sus componentes principales y la manera como la cultura influye sobre los resultados de éste en cada zona (Burns 2001) [C2].

El TAC es el modelo más establecido de los equipos especializados en el Reino Unido, EEUU y Australia. Su historia se inicia con el desarrollo del manejo de caso en EEUU en respuesta a la desinstitutionalización, y aparece en diferentes regiones de España, Singapur y Chile en épocas más recientes (López 2007) [C2], (Sepúlveda 2001).

El TAC es ofrecido por un equipo multidisciplinario con una baja proporción de pacientes/profesional, que brinda un tratamiento individualizado centrado en el paciente y su entorno natural y en la provisión directa de servicios, incluyendo apoyo para la vida diaria.

El TAC es un modelo claramente definido (Burns 2005) [C2]:

1. Seguimiento asertivo.
2. Número reducido de casos (10-15 casos por equipo).
3. Incremento en la frecuencia de contacto (entre diario y semanal).
4. Realizado en el medio del paciente.
5. Énfasis en la medicación.
6. Soporte a los familiares y cuidadores.
7. Provisión de todo tipo de servicios (médicos, asesoría legal, trámites, etc.).
8. Coordinación con otros servicios cuando es necesario.
9. Estabilización de las crisis y disponibilidad 24 h/día, 7 días a la semana.

Ambas modalidades de atención, la GC y el TAC, van dirigidas a un perfil de pacientes con esquizofrenia que presentan sintomatología deficitaria o negativa (Burns 01) dificultades en la vinculación, hospitalizaciones repetidas (Thorup 2005) [C2], mal cumplimiento terapéutico y, a menudo, otros problemas añadidos (marginalidad, drogas, problemas legales) (Killaspy 2006) [C2], (Commander 2005) [C2].

### **Recomendaciones basadas en evidencia científica**

Las guías clínicas españolas ofrecen una serie de recomendaciones basadas en la evidencia que han sido muy útiles en la implementación de los programas para la atención de la esquizofrenia en la comunidad, por lo que se decidió incluirlas al presente documento.

Se recomienda:

1. Asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental que ofrezca tratamiento farmacológico, terapia individual, de grupo y/o familiar, intervenciones psicoeducativas y un tratamiento individualizado de intensidad variable para los pacientes estables con cierta discapacidad (McEvoy 1999).

2. Atención comunitaria con un plan integral de cuidados a pacientes con trastorno mental grave, incluyendo al paciente en la toma de decisiones y haciendo énfasis en su capacitación para que mejore su grado de satisfacción y su recuperación social (Malm 2003) [C2].
3. Programas de GC y de TAC para pacientes de alto riesgo, con historia de reingresos hospitalarios, difícil vinculación a los servicios habituales o en condición de calle (Lehman 2004) [C2].
4. TAC a personas con trastornos esquizofrénicos graves entre 18 y 65 años que requieren hospitalizaciones frecuentes para reducir sustancialmente los costos hospitalarios, mejorando el resultado y la satisfacción del paciente (Marshall 1998).
5. TAC para pacientes con alto riesgo de reingreso hospitalario y que no pueden continuar el tratamiento comunitario convencional (Practice guideline 2004).
6. GC para la atención comunitaria en pacientes con trastornos esquizofrénicos graves, con miras a incrementar su vinculación a los servicios y el cumplimiento terapéutico (Marshall 1998).
7. Los programas de TAC y de gestión intensiva de casos en pacientes con esquizofrenia que frecuentan habitualmente los diferentes servicios institucionales (Mueser 1998) [C2].
8. La gestión intensiva de casos en pacientes con trastorno mental grave cuando éstos hacen uso de los servicios hospitalarios, con la finalidad de reducir este consumo (Burns 2007) [C2].
9. La gestión intensiva de casos y los servicios de apoyo

comunitarios, además de la administración de psicofármacos y psicoterapia, para pacientes que presentan esquizofrenia de inicio precoz (American Academy of Child 2001) (5).

No existen estudios comparativos que permitan decidir la superioridad de un modelo sobre otro, GC versus TAC; su función y objetivos son los mismos ya que la implantación de un modelo u otro está condicionado fundamentalmente por la organización sanitaria y el apoyo del gobierno en turno, y del lugar en el que se implementan (Burns 2001) [C2]. La presencia de una red de atención psiquiátrica con buena dotación de los equipos comunitarios y programas específicos hace recomendable la gestión de casos que permita la articulación de servicios que ya ofrece la red y la continuidad de cuidados, mientras que la ausencia de ella obliga a equipos específicos como el TAC a ofrecer una atención integral. Sin embargo, en algunos estados de la República Mexicana, como Sonora, se han adoptado estos dos modelos con éxito para atender al siguiente tipo de usuarios:

1. Egresados del Hospital Cruz del Norte con esquizofrenia con más de cuatro hospitalizaciones por año o falta de adherencia al tratamiento en pacientes de este Estado.
2. Usuarios psicóticos en condición de calle de la ciudad de Hermosillo.
3. Intervención en crisis por temblores, incendios, inundaciones, etc.
4. Pacientes de diferentes regiones del Estado con difícil acceso a los centros de salud mental, a través de telepsiquiatría.



## ANEXOS DE TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES EN LATINOAMÉRICA

### Anexo 1. Tratamiento para pacientes agudos hospitalizados

Se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México, D.F.

Antes de implementar el programa para pacientes psicóticos agudos hospitalizados, 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 amistades, 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. Tomando en cuenta estos aspectos, se diseñó un programa de tratamiento psicosocial que incluía las siguientes áreas de intervención: 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 de tratamiento, mientras los pacientes se encontraban internados. Se compararon grupos experimentales que recibieron medicamentos neurolépticos y tratamiento psicosocial, con grupos controles que recibieron únicamente el tratamiento tradicional del hospital consistente en tomar los medicamentos neurolépticos. Se evaluó a los pacientes antes y después de los tratamientos. Los resultados indicaron que los pacientes experimentales presentaron una mayor disminución de la sintomatología y un mejor funcionamiento global que los pacientes controles. Solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas (prueba t de student) en los pacientes experimentales. 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. (Ryan 1982 [C2], Valencia 1986 [C2], 1987 [C2], 1988 [C2], 1991 [C2], 1996 [C2], 1998 [C2], 2001 [C2]).

### Anexo 2. Tratamiento para pacientes crónicos hospitalizados

Se llevó a cabo en dos hospitales psiquiátricos: La Granja La Salud Tlazoltéotl y Hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno, México. Incluyó dos programas de tratamiento psicosocial: Aprendizaje social y Terapia Milieu, que se estructuraron en las siguientes áreas de repertorios y destrezas conductuales: 1. Resocialización, 2. Conducta instrumental, 3. Conducta bizarra, y 4. Reintegración comunitaria. Los pacientes recibieron el tratamiento cotidiano del hospital, consistente en la aplicación de los medicamentos neurolépticos. Para la implementación de los programas se utilizaron técnicas individuales y grupales, durante dos años de tratamiento. Los porcentajes de mejorías en las áreas evaluadas en el Programa de Aprendizaje Social fueron los siguientes: 87.3% en el área de resocialización; 83.6% en el área de conducta instrumental; 49.5% en el área de control de conducta bizarra y 75.7% en reintegración comunitaria. Por otro lado, en cuanto al Programa de Terapia Milieu se encontró un 80% de mejorías en el área de resocialización, un 91% en el área de conducta instrumental y un 5% en el área de control de conducta bizarra. Al final del tratamiento los pacientes pasaban a la fase de reintegración comunitaria, en la cual participaban los familiares durante 4 sesiones educativas para sensibilizarlos y darles orientación acerca de la enfermedad, los medicamentos y el manejo conductual, enfatizando la importancia de la familia como un sistema de apoyo y aceptación del paciente (Quiroga 1986 [C2]).