



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
**HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"**

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA
QUE RECIBEN ATENCIÓN EN UNA ONG VS UN GRUPO CONTROL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA

P R E S E N T A:
DR. ARNOLDO ESPINOSA HERNÁNDEZ

Dr. Francisco Franco López Salazar
Asesor metodológico

Dr. Miguel Ángel Herrera Estrella
Asesor teórico



MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Francisco Franco López Salazar
Asesor metodológico

Dr. Miguel Ángel Herrera Estrella
Asesor teórico

Agradecimientos:

A Dios

Mis Padres

Ariana

El Fray

Afape

Tutores de tesis

Paola

Los 88 pacientes que participaron en este estudio.

Índice

1. Resumen	1
2. Antecedentes y marco teórico	2
3. Justificación	20
4. Objetivo	21
5. Hipótesis	22
6. Metodología	23
a) Diseño	23
A)Criterios de inclusión	23
B) Criterios de exclusión	24
ii. Instrumentos	25
iii. Procedimiento	27
b) Recursos (físicos, humanos, económicos)	28
c) Delimitación del espacio y tiempo	28
7. Resultados	29
8. Limitaciones del estudio	32
9. Discusión	33
10. Conclusión	35
11. Difusión	36
12. Referencias	37

1. Resumen

INTRODUCCION: La Esquizofrenia es una de las enfermedades que afectan más al ser humano, produciéndole un importante menoscabo en la esfera intrapersonal, familiar, escolar, laboral y social. En sí, cambiando por completo su vida y la de su familia. En una asociación no gubernamental de apoyo a estos enfermos y sus familias se avaluó la calidad de vida vs un grupo control.

MATERIAL Y METODOS: Se realizaron 44 encuestas a pacientes que se encuentran en el programa de una ONG (AFAPE), evaluando la calidad de vida a través del cuestionario Q-LES-Q-SF avalada por la OMS, así también se aplicó a un grupo control de 44 participantes que solo recibían el tratamiento farmacológico.

RESULTADOS: El nivel de Calidad de Vida fue mayor en el grupo experimental, quienes recibieron atención con el Programa de la ONG. Los puntajes reportados en cada indicador (pregunta) se estandarizaron a 100, para realizar y comparar los perfiles de los dos grupos, el grupo experimental reportó como ya se mencionó un mejor nivel de CV (70 vs 60%), sin embargo la diferencia resultó significativa ante el programa ANOVA en los indicadores: 1) Salud, 3) Trabajo, 4) Actividades domésticas, 6) Relaciones familiares, 7) Actividades de ocio, 10) Economía, 13) Visión y en calidad de vida total. Los datos obtenidos arrojaron una importante diferencia positiva de cómo los pacientes que reciben atención en el programa de la ONG perciben tener una mejor calidad de vida que los pacientes que solo reciben tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES: Habiendo obtenido resultados contundentes que denotan el beneficio en la calidad de vida de los pacientes con Esquizofrenia que reciben el programa de la ONG, es necesaria la extensión de dicho programa, pues una percepción de mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes no solo disminuye su malestar, beneficia su núcleo familiar, enriquece sus vidas y les proporciona elementos para mejorar su funcionamiento intrapersonal, familiar, escolar, laboral y comunitario, dando como consecuencia mayor estructura y funcionalidad a nuestro tejido social.

2. Antecedentes y marco teórico

La Esquizofrenia:

En el antiguo sistema de medicina Ayur-Veda, en el año de 1400 a.C. en la antigua india, se describe una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia y para la que recomendaba "meditación" y "técnicas de encantamiento" para su tratamiento.

El notable médico griego de la época imperial romana, Areteo de Capadocia, En el siglo I d.C. habla sobre la diferencia de pacientes que padecían la manía y los que describe como estúpidos, ausentes y mucitantes. Términos probablemente equivalentes a la terminología moderna aplicada a las esquizofrenias. Observó el deterioro de las facultades mentales y de la personalidad de algunos pacientes.

El médico romano Sorano de Éfeso en el siglo II d.C. expone que, lo que se conoce actualmente como esquizofrenia, estaba ligada a las supersticiones y a las obsesiones religiosas. Durante este período las personas que presentan dichos signos son separados del público.

El Dr. Willis, en 1602, habla de jóvenes de espíritu vivo y despierto, de brillante infancia, que al llegar a la pubertad caían en la estupidez.

En el siglo XVII la locura empieza a perder su carácter místico y se consideraba ya una enfermedad que se denominó "vesania".

A mediados del siglo XIX se acepta que los cuadros afectivos descritos hasta este momento, la melancolía y la manía, iniciarían siempre el curso clínico siendo seguidos de la aparición de perturbaciones del pensamiento y la voluntad, la paranoia, primero y la demencia después.

A finales del siglo XIX las escuelas francesas y alemanas consiguen describir una serie de síndromes que tenían autonomía propia y no podían ser explicados desde la concepción unitaria.

El Dr. Philippe Pinel, jefe médico del hospital de la Salpêtrière en París (1809), así como los médicos Esquirol (1814) y Spurzheim (1818) hacen una aproximación al término esquizofrenia cuando distinguen y separan el idiotismo congénito del adquirido o accidental (69).

El Dr. Bénédict Morel en 1856 fue un contemporáneo de Kraepelin, introduce el término demencia precoz, para catalogar a un adolescente que era brillante activo y que luego se volvió aislado, apático y callado.

Los Psiquiatras Hoffman (1861) y Snell (1865) en sus trabajos sobre la paranoia primaria rechazan el carácter secundario de las alteraciones del pensamiento.

El Dr. Kalhbaum en el año 1868 describe el término catatonía como un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica).

El Dr. Sander en el año 1868 introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados.

El Dr. Hecker en 1871, describe el término hebefrenia como un cuadro de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental y que irremisiblemente conduce al deterioro del individuo.

El Dr. Emil Kraepelin en 1896, utiliza el término de la demencia precoz, esta hace alusión a un grupo de afecciones mentales cuyos síntomas característicos son los siguientes: alucinaciones, delusiones, desordenes afectivos, menos cabo de la atención, negativismo, comportamiento estereotipado y un deterioro progresivo de

la personalidad. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva en donde éste no existe: Identifica tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica. Considera la demencia precoz como una enfermedad endógena (causada por factores genéticos y constitucionales y que no se curan naturalmente).

El Dr. Carl Gustav Jung en 1907, desde el psicoanálisis postula la existencia de complejos inconscientes autónomos que habrían sido reprimidos y que durante la psicosis emergían en el pensamiento consciente. Según él en la esquizofrenia se destruiría la organización jerárquica del yo, de forma que materiales del inconsciente colectivo emergerían de forma dramática e irreversible. Por tanto, la esquizofrenia no es un trastorno orgánico, sino, muy al contrario, es el desorden emocional el que provoca un metabolismo anormal o toxina que daña al cerebro.

El Dr. Paul Eugen Bleuler en 1911 introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro y el mismo Kraepelin (1907), aceptaba que un 13% se recuperaban. Esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida), poniendo un énfasis mayor en la fragmentación de la personalidad que en la evolución. La esquizofrenia era la enfermedad de las cuatro "A": autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y afecto incongruente.

El Dr. Kasanin en 1933 introduce el término esquizoafectivo para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión.

El Dr. Kretschmer en 1936 aporta la noción de disposición constitucional esquizoide como condición anterior a la psicosis.

El Dr. Langfeldt en 1939 realiza la distinción entre trastorno esquizofrénico que para él es de inicio temprano, con una gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro. Por otra parte el trastorno esquizofreniforme que

consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo.

El Dr. Kleist en 1947, distingue dos grupos de esquizofrenia: las que presentan trastornos del pensamiento y del lenguaje que serían producto de alteraciones del córtex cerebral, y aquellas otras que predominan los trastornos de la afectividad, psicomotores y del yo. En este caso las alteraciones orgánicas se producirían en el tronco cerebral.

El Dr. Polatín, en 1949 introduce el término pseudoneurótica para designar un tipo de esquizofrenia dando más interés a los síntomas ansiosos que al trastorno de pensamiento.

El Dr. Meyer en 1951, considera la esquizofrenia como el resultado de una combinación de factores psicosociales y físicos, le da denominación de parergasia (conducta psicobiológica distorsionada).

La Asociación psiquiátrica americana en 1952 en la primera edición del "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3)", clasifica la esquizofrenia como una serie de "reacciones esquizofrénicas" que incluyen los siguientes tipos: simple, hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, esquizoafectivo, infantil y residual.

El Dr. Kurt Schneider en 1959, aporta una importante investigación sobre el papel de los síntomas patognomónicos en el trastorno de esquizofrenia, es decir aquellos que en ausencia de lesión orgánica cerebral, intoxicación o epilepsia, presentan una psicosis del tipo de la esquizofrenia.

El Dr. Minkowski en 1960, describe el núcleo esencial del autismo como pérdida de contacto vital con la realidad y atribuye el papel fundamental en la formación de los síntomas esquizofrénicos.

El Dr. Sullivan en 1962, bajo la influencia de Meyer, describe la esquizofrenia como unas experiencias infantiles profundamente alteradas que impiden el desarrollo adecuado de la autoimagen y el consecuente fracaso en el afrontamiento de la ansiedad. El fracaso continuado frente al conflicto entre poderosas necesidades y las restricciones impuestas puede precipitar la aparición de la psicosis ante una situación crítica de la vida. Cree en la curabilidad de la esquizofrenia.

El Dr. Ronald David Laing en 1972, define la esquizofrenia como el nombre que se da a una condición que la mayoría de los psiquiatras atribuye a los pacientes que llaman esquizofrénicos. Para este autor el concepto de esquizofrenia es el símbolo de un artefacto creado por los psiquiatras bajo ciertas circunstancias socioeconómicas.

La Dra. Nancy C. Andreasen menciona que la esquizofrenia positiva se caracteriza por el predominio de ideas delirantes, alucinaciones, trastornos formales del pensamiento y conducta extraña; y a la esquizofrenia negativa por la presencia del afecto aplanado, la alogia, trastornos de la volición, la anhedonia y los déficits atencionales. El tipo mixto presenta los dos tipos de síntomas prominentes o por la ausencia de la prominencia de ambos (4,5).

El concepto de esquizofrenia ha ido evolucionando a lo largo del siglo XX y en la actualidad tiene una definición clínico-evolutiva (60). El concepto se introduce por primera vez en el DSM-III y se conserva casi intacta en la actualidad con el DSM-IV-TR. Desde la perspectiva biopsicosocial se admite que las manifestaciones de la esquizofrenia son el resultado de las posibles combinaciones entre la interacción genética (determinante de la vulnerabilidad) y de las influencias del medio social.

Tanto la psiquiatría biológica como la psicología médica, la neurología y la genética son ciencias que han intentado aproximarse a la explicación de la esquizofrenia. En los últimos quince años de producción científica, con el impulso de la obra de Carlo Perris se ha conseguido ir un paso más allá de las formas de reduccionismo y asentar cierto equilibrio de integración en el abordaje de la enfermedad (59).

En la actualidad hay evidencia científica de disfunciones neurológicas en los pacientes que sufren la enfermedad (56,58,25,26,) y de factores psicológicos y sociales-relacionales (74,75). Desde esta perspectiva multidisciplinaria son necesarios otros tipos de tratamientos, además de los farmacológicos, para un abordaje más integrado de la enfermedad.

Los expertos en epidemiología insisten en las dificultades de definir el constructo de esquizofrenia y de su medición epidemiológica. Los criterios diagnósticos han ido variando en función de las distintas clasificaciones de los trastornos mentales, representando así una dificultad añadida en la tarea de definir los síntomas y la amplitud del espectro (61,62).

Los datos de los que se tienen constancia en la actualidad apuntan que la tasa de incidencia de los trastornos esquizofrénicos se presentan de una manera más o menos estables a lo largo del tiempo y de las diferentes culturas (33,34,35,36).

La incidencia anual oscila en torno a 1/10.000 con un rango que abarca desde el 0,3 y el 3,7%. Las prevalencias tienen un rango muy amplio (0,3-17/1000); y dos terceras partes de los trastornos esquizofrénicos evolucionan hacia la cronicidad y el número total de personas afectadas aumenta con la edad de las muestras estudiadas (60).

En 1989 se inicia en Estados Unidos un estudio epidemiológico sobre el primer episodio de esquizofrenia que nos aporta datos sobre la evolución de la enfermedad en pacientes con síntomas psicóticos seleccionados en el momento de su primera hospitalización (12). El estudio epidemiológico proporciona un contexto de investigación que minimiza los sesgos metodológicos y permite prestar especial atención a la estabilidad de los diagnósticos, a la evolución de la enfermedad en pacientes que presentan distintos diagnósticos y a sus factores predictivos. Los resultados indican que de los 551 sujetos que se diagnosticaron a los 6 meses, un 24,2% eran trastornos esquizofrénicos; cifra que aumenta levemente a los 24 meses (31,4%).

Los autores de dicho estudio afirman que la esquizofrenia es el diagnóstico más estable, comparado con otras tipologías. En general los pacientes con esquizofrenia presentaban un peor funcionamiento global anterior al ingreso hospitalario, y una gravedad más acusada en los síntomas positivos, negativos, trastornos del pensamiento y síntomas depresivos (12).

Por otro lado observan que la evolución de la enfermedad es peor que la de otros diagnósticos, cuyos factores predictivos se vertebran entorno a un peor funcionamiento global durante la adolescencia y a una mayor duración del episodio inicial. Así pues, el funcionamiento premórbido es un factor que determina el funcionamiento social de la persona que padece la enfermedad durante los dos años posteriores a haber sido hospitalizado.

Otro de los estudios epidemiológicos a destacar se llevó a cabo también en población norteamericana no hospitalizada y presentan las tasas de incidencia y prevalencia de personas que sufren trastornos esquizofrénicos o esquizofreniformes (8,57).

La Esquizofrenia como problema individual, familiar y social:

La esquizofrenia es un síndrome, en muchas ocasiones devastador, ya que puede condicionar la aparición, en el individuo afectado, de alteraciones psiquiátricas severas y crónicas, generando enormes costes personales, sociofamiliares, asistenciales y económicos (70). Lo que habitualmente llamamos síndrome esquizofrénico posiblemente constituye la vía final común de expresión para un grupo de trastornos, las esquizofrenias, fruto de la combinación de diversas etiologías, sustratos fisiopatológicos, formas de presentación clínica y cursos evolutivos. Numerosos autores han intentado unificar criterios para definirla. Pero como indica García-Merita el término esquizofrenia no es un concepto sino solo un vocablo, ya que no nos informa de nada en concreto. Este término no conlleva un mensaje lingüístico, ya que no nos informa de una etiología, nos informa de unos síntomas. El criterio de lo que es la esquizofrenia no queda claro ni por la fenomenología ni por la clínica y como señala Rojo Sierra tampoco desde la Psicopatología se puede crear un concepto firme que connote esquizofrenia. Otra cuestión que se plantea sobre la esquizofrenia es si es una enfermedad crónica deteriorante, si es una enfermedad con diferentes manifestaciones o si en realidad es un grupo heterogéneo de enfermedades. Si esto fuera así, estaríamos etiquetando con el mismo nombre a un conjunto de enfermedades distintas, tanto en su etiología, curso, como en su pronóstico (28,31).

La psicoterapia individual:

Los primeros estudios de psicoterapia individual desarrollados en la segunda mitad de los años 60 hasta la década de los 90, se basan generalmente en el análisis de psicoterapias psicodinámicas y de apoyo en contraste con los tratamientos “en la comunidad” (milieu) o intervenciones altamente estructuradas como por ejemplo la Terapia Personal propuesta por Hogarty. Durante este período la mayoría de estudios fracasan en su intento de demostrar la superioridad del tratamiento individual sobre las recaídas y reingresos de los pacientes esquizofrénicos (50,65,66,67). En todas se observan mejorías clínicas y ventajas para los pacientes que reciben el tratamiento frente a los controles en diferentes aspectos. Por ejemplo en el estudio de May (50) se observa una mejoría notable en la expresión de sentimientos y en el nivel de insight.

El trabajo de Schooler (65,66,67) evidencia la reducción en días de hospitalización en aquellos pacientes que participaron de la psicoterapia individual frente a los controles.

Estos resultados contrastan con los descritos por el grupo británico, en los que destacan un grado de significación en relación a los reingresos a favor de la terapia familiar frente a la individual. Entre estos resultados se observa hasta un 39% menos en la tasa de recaídas en los pacientes que participan de la terapia familiar.

Por otro lado, uno de los trabajos puntales en el estudio de efectividad de los tratamientos combinados en la esquizofrenia es el que lleva a cabo el del grupo investigación de Hogarty (37,38,39). Se trata de un estudio controlado en el que se comparan diferentes grupos experimentales a los que se asignan un total de 151 pacientes con el objetivo de detectar posibles diferencias significativas a nivel de recaídas entre las diferentes modalidades terapéuticas. Este objetivo, como se puede observar en los resultados de la revisión anteriormente presentada, no se consigue. Pero las mejorías clínicas que se obtienen de los diferentes grupos son merecedoras de un espacio en el presente capítulo. El diseño del estudio contempla la comparación de resultados en tres modalidades terapéuticas con sus respectivas combinaciones:

a) Terapia personal: consistente en la identificación y aplicación de estrategias de afrontamiento.

b) Terapia de apoyo: cuyos principios activos son la atención activa, la empatía, el refuerzo de las iniciativas de mejora del paciente y la confianza en el terapeuta en momentos de crisis.

c) Terapia familiar: en la que se trabajan las habilidades de “supervivencia” y reintegración en la familia tras la hospitalización y la integración en la comunidad.

Los resultados señalan la alta tasa de pacientes (87%) que participan de la terapia individual que no tienen ninguna recaída durante los 3 años siguientes al tratamiento. Del mismo modo, la terapia de apoyo ofrece una tasa de mantenimiento similar que la individual (72% en el segundo año). Además se apunta una mejoría significativa de la sintomatología negativa en pacientes que viven en el entorno familiar.

Según los autores la situación de independencia puede representar una sobrecarga cognitiva en los pacientes que padecen esquizofrenia y debe ser una variable a contemplar para iniciar un tratamiento psicológico.

En síntesis, los resultados evidencian la efectividad clínica (no estadísticamente significativa) de la terapia personal, la terapia familiar y la de apoyo sobre la prevención de recaídas, sobretodo en pacientes que viven en el ámbito familiar. Del mismo modo se obtienen resultados altamente significativos en el estudio de Tarrier en 1998 en el que se observó una tasa de recaídas del 0% en el grupo que recibió el tratamiento respecto al control y en algunos de los estudios controlados más recientes sobre psicoterapia individual (13,32) donde también se aprecia dicha significación.

Con los datos que tenemos hasta la actualidad, de los 13 estudios que analizan la efectividad de la psicoterapia individual sobre la prevención de recaídas, sólo el 39% de ellos obtienen diferencias estadísticamente significativas. Esto podría explicarse por el hecho de que en estos estudios la efectividad es comparada con grupos controles en los que los pacientes reciben el tratamiento estandarizado de medicación además del seguimiento habitual. En el resto de trabajos queda evidenciada la premisa de que el tratamiento individual no es superior a otras formas de intervención como la familiar o la grupal, pero sí queda demostrado que en combinación con el tratamiento farmacológico es más efectiva que éste último aplicado exclusivamente.

El entrenamiento de habilidades sociales:

Uno de los ingredientes activos que se ha contemplado más en los programas de intervención psicosocial es el entrenamiento en habilidades sociales. Son también numerosos los estudios que escogen este componente como objeto de observación en los estudios de efectividad aunque tampoco ninguno de éstos trabajos ha demostrado la superioridad de esta terapia sobre otros tipos de intervención en cuanto a reducción de recaídas (9,10,11,70,15,16).

Sin embargo, dos de los estudios de Hogarty (37,38,39) contemplan grados de significación cuando se compara el tratamiento sólo o combinado con un grupo control. Es posible que estos resultados no se deban específicamente al componente del entrenamiento ya que en ambos estudios aparece en combinación con la terapia familiar. De hecho en otros estudios análogos no se observan diferencias significativas en comparación con los controles (9,10,11,70). Por otro lado el entrenamiento de habilidades sociales se ha demostrado eficaz para la reducción de síntomas en los estudios de Bellack (9,10,11) y Lieberman (46,47) y en la mejora de los niveles de adaptación social. Sólo uno de los trabajos (47) afirma que este entrenamiento tiene efectos sobre la prevención de recaídas (un 50% respecto al 70% del grupo control).

En la actualidad la mayoría de autores que han trabajado en esta línea afirman que los efectos positivos de este tipo de entrenamiento se han de contemplar en la medida que ayudan a retrasar las recaídas y no como factor preventivo o protector ya que en el segundo año de seguimiento las tasas aumentan en todas las modalidades terapéuticas.

El tratamiento con la familia del paciente:

De los 15 estudios revisados que incluyen la intervención familiar en el tratamiento de la esquizofrenia, 4 comparan dicha modalidad con un grupo control que recibe únicamente tratamiento farmacológico (29,30,50,70). Todos estos trabajos muestran una tasa de recaídas inferior a los controles aunque sólo un estudio consigue un 9% de recaídas respecto al 50% del grupo control.

Otros estudios que combinan la intervención familiar con otros ingredientes como la psicoeducación o el Entrenamiento de habilidades sociales (70,37,38,46,47, 51) difieren en sus resultados en cuanto a grado de significación. Aproximadamente un 56% de los trabajos encuentran una relación entre la intervención familiar y la prevención de recaídas. El resto, a pesar de no haber obtenido estas cifras, evidencian los efectos positivos del trabajo con las familias como resultados clínicamente destacables.

El tratamiento de tipo grupal:

Las intervenciones grupales se han demostrado útiles para incrementar las competencias sociales en pacientes que padecen esquizofrenia, mejorar algunos aspectos sintomáticos como el aislamiento y disminuir la hospitalización. La evidencia científica indica que el tratamiento grupal combinado con el farmacológico, es al menos igual de efectivo que otros tipos de intervención (40,41). Además, desde un punto de vista de coste-efectividad, ha resultado muy útil a nivel ambulatorio, así como desde el punto de vista clínico el grupo enmarca un contexto muy adecuado para la psicoeducación, el apoyo de los compañeros y el desarrollo de competencias de relación con los demás (72,73).

De todas las modalidades de intervención terapéutica, las terapias de grupo apenas han sido desarrolladas en pacientes con esquizofrenia, y es por este motivo por el que se ha observado una escasez de estudios de investigación bien controlados. Muchas veces, los grupos de apoyo, recreativos o psicoeducativos aparecen en los trabajos descritos como elementos terapéuticos complementarios desarrollado en el marco de hospitalización de día o programas ambulatorios parciales con fines rehabilitadores (2).

Del mismo modo que en la revisión de la efectividad de la intervención sobre las recaídas en otras modalidades terapéuticas, cuando focalizamos la atención en la terapia grupal encontramos controversias entre los resultados de los distintos trabajos. Muchos de los que han comparado la intervención grupal con un grupo control (15,16), o bien con otros tipos de intervención (18,19,20), no han hallado diferencias significativas en recaídas ni reingresos. En el caso del estudio de O'Brien (55), sí que se apuntan diferencias recaídas a favor de la terapia grupal frente a la intervención individual. En este estudio se compararon ambos tipos de intervención, juntamente con el tratamiento farmacológico y se observaron efectos además en el nivel de adherencia al tratamiento, el grado de manifestación sintomática y los niveles de adaptación social.

Uno de los autores que mejor ha desarrollado el tema de la terapia grupal en la esquizofrenia ha sido Kanas, que ya desde 1986 publica trabajos de revisión (40), que han sido muy útiles desde la perspectiva de la efectividad de la intervención grupal. En una de sus revisiones (41), concluye que en el 77% de los trabajos, la terapia grupal aplicada a pacientes esquizofrénicos (a nivel ambulatorio) es más efectiva que en la situación control a nivel de recaídas. Esta diferencia no es tan acusada, al menos con significación estadística cuando la comparamos con otros tipos de tratamiento (40,41).

Desde hace algunos años, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid, España) se vienen desarrollando programas de terapias combinadas para la esquizofrenia en los que predomina la terapia grupal cuyo objetivo es desarrollar programas terapéuticos adaptados a las necesidades del paciente. El abordaje terapéutico es integrador, aunque la base es la teoría psicodinámica.

Manuel González de Chávez expuso los resultados de un estudio llevado a cabo en el hospital madrileño en los últimos 6 años en pacientes con primer episodio de esquizofrenia. En el estudio se comparaba, de manera no controlada ni aleatorizada, un grupo de enfermos que acudió a terapia grupal (n=12) con otro grupo análogo que siguió un tratamiento convencional (n=21). Los resultados no demostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos a nivel de recaídas, pero sí se observan mejorías en la sintomatología positiva (a los 2 meses del inicio de la intervención), en la negativa (en la evaluación a los 6 años) y en las medidas de funcionamiento global. Se apuntaron resultados significativos también en la mejoría del nivel de insight, de motivación por el tratamiento, y mejor ajuste en las relaciones sociales. Al finalizar el estudio los pacientes que recibieron psicoterapia grupal precisaban dosis más bajas de neurolépticos que el grupo control cosa que probablemente facilite la reincorporación de los pacientes a la comunidad y les permita un mejor nivel de ajuste en sus actividades de la vida diaria (57).

Calidad de vida

Este concepto nace del ámbito sociológico con un aspecto de tipo comercial (28). La calidad de vida es un proceso que evoluciona y transforma las condiciones objetivas de vida mediante la propia vida de los individuos. El proceso involucra el desarrollo de habilidades y capacidades requeridas para funcionar en sociedad y que se van dando, según las necesidades y apreciaciones de cada individuo y las exigencias del medio, las posibilidades de los individuos y las que el entorno les proporciona, en cuyas experiencias se generan expectativas aspiraciones, motivos, valores y sentimientos (7). La evaluación de programas de rehabilitación psiquiátrica ha evolucionado progresivamente desde la preocupación casi exclusiva por la sintomatología hacia la inclusión de variables, tales como el bienestar subjetivo, la satisfacción con el tratamiento, la adaptación socio-laboral y las relaciones afectivas de los pacientes (6).

Calidad de vida (CV) hace referencia a una enfermedad y a las intervenciones terapéuticas que impactan al enfermo y a la percepción de su bienestar biopsicosocial, ya que aunque el tratamiento pretende mejorar el estado de salud y la misma CV, puede tener efectos adversos en esas dos instancias por efectos secundarios indeseables (14,49). El término es una abstracción para simplificar, mostrar y explicar la realidad del continuo salud-enfermedad, que adquiere particular importancia en el caso de las enfermedades crónicas, donde el poder de la medicina curativa es limitado (28). La CV se considera actualmente un indicador indirecto y positivo de salud, una aproximación en pro de la salud mental de los sujetos enfermos en el marco de una medicina humanística y un modelo de evaluación, ya que su medición resulta útil para determinar la eficacia de tratamientos, comparar tratamientos alternativos, examinar a los pacientes individualmente o en grupo y describir la naturaleza y extensión de los problemas que enfrentan por su enfermedad y su tratamiento. También permite monitorear y examinar la percepción que tienen los enfermos sobre su vida y conocer sus necesidades reales de atención (49).

El término se ha ido introduciendo paulatinamente en el campo de la Psiquiatría, intentando integrar en el proceso de salud-enfermedad mental además de evaluaciones objetivas, biológicas, evaluaciones subjetivas, psicosociales, máxime en un campo tan lleno de subjetividad, ya que desde los primeros trabajos sobre CV realizados en la primera mitad del siglo XX, se reconoció que el concepto incluye en su espectro estos elementos, aunque el subjetivo se considere su base conceptual. se han propuesto algunas definiciones como la de la OMS, que la ha definido como la “percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses” (28), o la definición propuesta por Lara y cols., quienes definen a la CV como la “evaluación global que el sujeto hace de su vida, y que depende tanto de las características del sujeto como de moduladores externos como la enfermedad y el tratamiento que ésta requiere” (42).

Las evaluaciones subjetivas se han dirigido a la medición de las experiencias y percepciones subjetivas de los enfermos sobre su enfermedad y su tratamiento, sus expectativas, su estado emocional y su estado psicológico, realizándose evaluaciones globales de la CV y de áreas como situación o satisfacción con la vida, relaciones sociales y familiares, finanzas o economía, humor o estado afectivo, y salud o bienestar psicológico (48).

En algunos otros estudios se reportan promedios de las diferentes áreas de la CV evaluadas, pero no en todos se refiere la calificación mínima ni máxima posible y su interpretación. Sin embargo en términos generales la CV se ha reportado entre 40 y 60, considerando como un máximo posible de 100 (23). No obstante la mayoría refieren que el cuidado de la salud no está dirigido a todas las vicisitudes de la vida, y que este no solo debe mejorar los síntomas de la enfermedad, sino aspectos de la CV (45), buscando así una perspectiva holística de tratamiento (1,17,21,22,24,27,43,44,49,52,53,54,56,63,64,68).

Programa de atención AFAPE:

La Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE) cuenta con un programa de atención multidisciplinario dividido en 2 ejes primordiales:

- 1) **Terapéutico:** En donde se brinda atención psicológica y psiquiátrica (unos pacientes se tratan psiquiátricamente en el HPFBA). La terapia psicológica se lleva a cabo en las modalidades individual, grupal y familiar, dependiendo de las características de los pacientes. La psicoeducación es un papel fundamental que se realiza dentro de la asociación de forma continua, ya sea dentro de las instalaciones o fuera de ellas cuando se necesita de mayor espacio físico para poder tratar con pacientes, familiares o amigos de los pacientes con esquizofrenia, cuyos objetivos son el control sintomático, la comprensión de la enfermedad, evitar la discriminación, prevención de recaídas, la reinserción familiar y social, así como proveer técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
- 2) **Ocupacional:** Esta es el área que se encarga de la rehabilitación, parte esencial del tratamiento de la Esquizofrenia para la sintomatología negativa y cognoscitiva. Aquí se ofrece capacitación por medio de diferentes talleres como lo son: Manualidades, pintura, música, idioma inglés, lectura, computación, etc. Fomentando un ambiente motivacional y el entrenamiento en habilidades laborales y sociales. Trabajando con especial énfasis en mejorar funciones mentales cognoscitivas como: Memorias, atención, comprensión, concentración, confianza e inteligencia emocional para la resolución de problemas, con la finalidad de capacitar para la reinserción social y laboral, previo análisis de las capacidades individuales y fomentando estas a su vez.

AFAPE cuenta con 15 años desde que inicio su camino, con los cimientos puestos en los principios y valores más humanitarios de ayudar a los que menos, pero menos tienen. 15 años desde que su fundadora Margarita Saucedo, emprendió camino en búsqueda de una mejor calidad de vida para los pacientes que presentan esta fuerte enfermedad y para hacer menos difícil la ya de por si tarea, vivir con Esquizofrenia. Esto con el apoyo de empresas que prestan sus instalaciones debido a que la asociación presenta importantes limitaciones estructurales y económicas para su diario desempeño.

3. Justificación

La Esquizofrenia es una de las enfermedades que afectan más al ser humano, produciéndole un importante menoscabo en la esfera intrapersonal, familiar, escolar, laboral y social. En sí, cambiando por completo su vida y la de su familia. Es de suma importancia promover las acciones que ayuden a mitigar el dolor moral que esta enfermedad genera, buscando más allá del tratamiento farmacológico, la contención, terapia de grupo, psicoeducación y rehabilitación del enfermo.

4. Objetivo

Objetivo general:

Describir que el programa de atención de AFAPE, se relaciona con un mejor nivel de Calidad de vida en comparación con un grupo control.

Objetivo específico:

Describir y comparar el nivel de calidad de vida, en cada uno de los 16 indicadores del concepto y en términos del puntaje total, entre el grupo control y el grupo de pacientes atendidos dentro del programa de atención de AFAPE

5. Hipótesis

“Los pacientes con esquizofrenia que reciben atención en la ONG, AFAPE, reportan un nivel superior de calidad de vida que los pacientes que no acuden”.

6. Metodología

a) Diseño:

Es un estudio de tipo cuasi-experimental (existe una maniobra, Programa de atención AFAPE), comparativo, transversal, y retrolectivo.

A) Criterios de inclusión:

Grupo Experimental

- i) Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años que tengan actualmente diagnóstico de esquizofrenia (F 20 CIE-10, 1992)
- ii) Que se encontraran actualmente en seguimiento en el programa AFAPE por más de 6 meses.
- iii) Que desearan participar firmando el consentimiento informado.

Grupo Control

- i) Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años que tengan actualmente diagnóstico de esquizofrenia (F 20 CIE-10)
- ii) Que se encontraran actualmente en seguimiento en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” por más de 6 meses y que no reciban algún tipo de tratamiento aparte del farmacológico.
- iii) Que desearan participar firmando el consentimiento informado.

B) Criterios de exclusión:

- i) Que fueran menores de 18 años.
- ii) Que tuvieran un diagnóstico diferente al de esquizofrenia.
- iii) Que no desearan participar o firmar el consentimiento informado.
- iv) Que se encontraran con criterios de internamiento o para acudir a urgencias.

Maniobra:

Programa de Atención AFAPE

I) Muestra:

- a) 44 pacientes con esquizofrenia solo con tratamiento farmacológico.
- b) 44 pacientes con esquizofrenia con tratamiento farmacológico y bajo el programa AFAPE.

II) Instrumentos:

- 1) Cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer Q-LES-Q-SF avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Mezzich J, Ruiperez M.
Validación: Presentation and validation of the Latino version of personal health scale (PHS-La) in New York. WPA International Congress, Caracas, October 2003.
- 2) Este cuestionario consta de 16 preguntas con un inicio que menciona “Tomando en cuenta todo, en los últimos 7 días, ¿Que tan satisfecho/a estuvo con su/s”:
 - a) Salud Física?
 - b) Estado de ánimo?
 - c) Trabajo?
 - d) Actividades domesticas?
 - e) Relaciones con otras personas?
 - f) Relaciones familiares?
 - g) Actividades en su tiempo libre?
 - h) Capacidad para desempeñarse en su vida diaria
 - i) Deseo, interés y/o desempeño sexual?
 - j) Situación económica?
 - k) Condiciones de vida (vivienda, personas que viven con usted)?
 - l) Capacidad para desplazarse sin sentirse mareado/a, inestable o que se va a caer?
 - m) Visión, es decir, ver lo suficientemente bien para realizar trabajos o pasatiempos?
 - n) Sensación general de bienestar?
 - o) Medicinas? (si no recibe medicinas, marque aquí__ con una X y deje la pregunta en blanco)
 - p) ¿Cómo calificaría su nivel general de satisfacción con la vida en los últimos 7 días?

i) Con 5 opciones de respuesta:

- a) 1.- Muy insatisfecho/a
- b) 2.- Insatisfecho/a
- c) 3.- Ni satisfecho/a Ni insatisfecho/a
- d) 4.- Satisfecho/a
- e) 5.- Muy satisfecho/a

3) Formato de recolección de datos (edad, sexo, número de respuesta, calificación de satisfacción).

III) Procedimiento:

Se acudió a las instalaciones de AFAPE a invitar a realizar la Q-LES-Q-SF, toda vez que se explico el objetivo, habiendo dado una explicación sobre como contestarse dicho cuestionario, solventando dudas y ayudando a cada paciente en caso de que no comprendiera algún ítem y habiendo aceptado y firmado cada paciente el consentimiento informado todos con una edad mayor a 18 años y con el diagnostico de Esquizofrenia, dado por su médico psiquiatra y habiendo permanecido por lo menos 6 meses bajo el programa de dicha asociación. Se obtuvieron **44** cuestionarios contestados. Posteriormente se realizo el mismo procedimiento pero en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en donde también se les pidió que tuvieran las mismas condiciones en cuanto al diagnostico y tiempo. Se les exhorto a todos a contestar con sinceridad y franqueza con la finalidad de obtener el menor sesgo posible, obteniéndose otros **44** cuestionarios contestados para su procesamiento. Hubo muy pocas preguntas que los pacientes dejaron sin contestar, por error u omisión, siendo 8 preguntas de los pacientes de AFAPE y 11 del HPFBA de un total de 704 preguntas en cada uno de los grupos, para lo que se decidió colocar una calificación de 3 (Ni muy satisfecho, ni muy Insatisfecho) en ambos grupos, con la intención de que se alterara lo menos posible la muestra. En el caso de que hubieran puesto 2 respuestas, se les ponía a ambos grupos la calificación más baja, siendo 4 en los pacientes de AFAPE y 2 del HPFBA de un total de 704 preguntas en cada grupo.

Análisis Estadístico: Se realizara análisis descriptivo (media, desviación estándar, y rango), la comparación entre grupos se realizara con ANOVA (Análisis de varianza, comparación de medias).

b) Recursos:

- 1) Recursos físicos: Papelería, computadora, impresora, cartuchos, etc.
- 2) Recursos humanos: Médico residente de la especialidad en Psiquiatría.
- 3) Recursos económicos: Personales.

c) Delimitación del espacio y tiempo:

- 1) Espacio:
Instalaciones de AFAPE y de la consulta externa del HPFBA
- 2) Tiempo:
Enero a Mayo del 2010.

7. Resultados

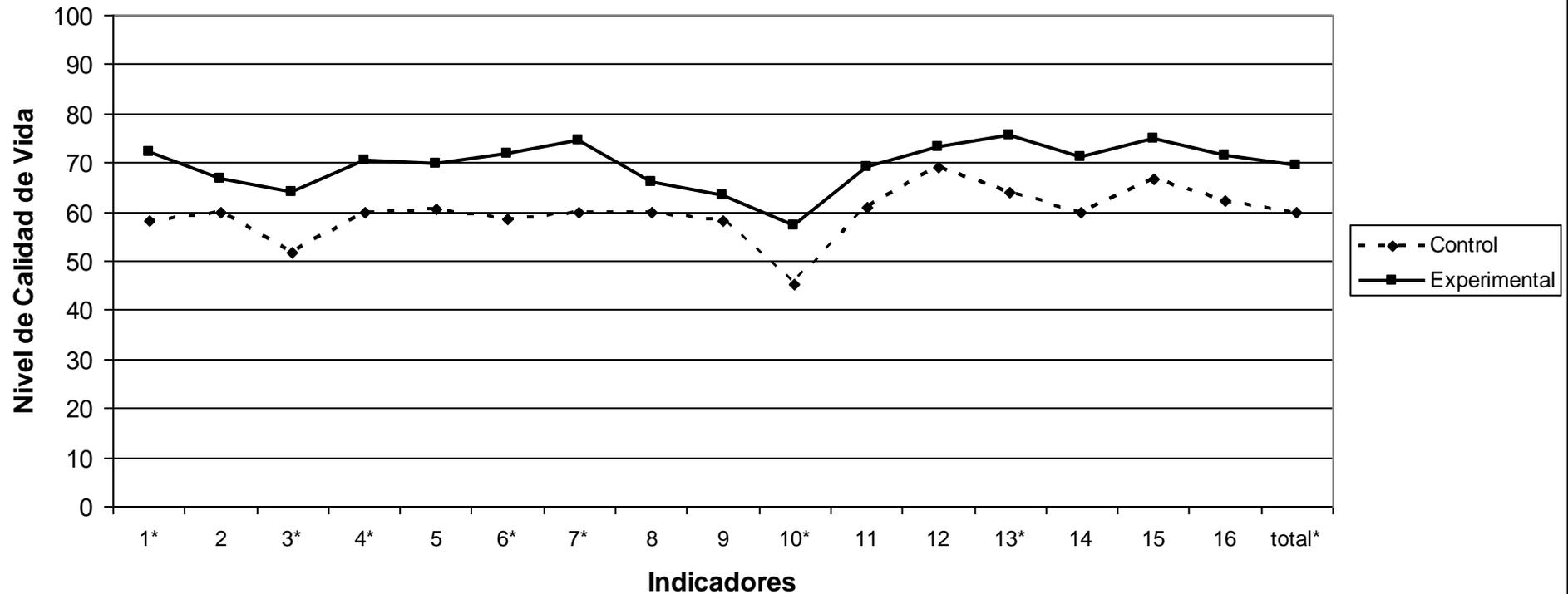
Se incluyeron en el estudio 88 pacientes, 44 en cada grupo (control y experimental). En términos generales el nivel de CV fue mayor en el grupo experimental (cuadro 1), quienes recibieron atención con el Programa de Atención de AFAPE. Los puntajes reportados en cada indicador (pregunta) se estandarizan a 100, para realizar y comparar los perfiles de los dos grupos, el grupo experimental reportó como ya se mencionó un mejor nivel de CV (70 vs 60%), sin embargo la diferencia resultó significativa en los indicadores: 1.- Salud Física [F=7.41(1), p.008] (72.2 vs 58), 3.- Trabajo [F=4.09(1), p.04] (64 vs 51.8), 4.- Actividades domésticas [F=3.88(1), p.05] (70.4 vs 60), 6.- Relaciones familiares [F=7.41(1), p.008] (71.8 vs 58.6), 7.- Actividades de Ocio [F=7.417(1), p.008] (74.6 vs 60), 10.- Economía [F=5.24(1), p.02] (57.2 vs 45.4), 13.- Visión [F=4.21(1), p.04] (75.4 vs 64) y en CV Total [F=7.9(1),p.006] (69.43 vs 59.77).

Edad	Min	Max	Media	Mediana	Moda	Desv. Estándar
AFAPE	18	65	38	35	54	12
GRUPO CONTROL	18	60	35	34	39	9

Cuadro 1.- Descripción de los puntajes reportados en cada indicador de CV evaluado por grupo (n=88)

Indicador	Control			Experimental		
	Media	ds	rango	media	ds	Rango
Salud Física	2.86	1.26	1-5	3.61	1.31	1-5
Estado de ánimo	3.00	1.25	1-5	3.34	1.38	1-5
Trabajo	2.59	1.40	1-5	3.20	1.44	1-5
Actividades domésticas	3.00	1.27	1-5	3.52	1.21	1-5
Relaciones interpersonales	3.02	1.21	1-5	3.48	1.28	1-5
Relaciones familiares	2.93	1.26	1-5	3.59	1.16	1-5
Actividades de ocio	3.02	1.24	1-5	3.73	1.16	1-5
Vida diaria	3.00	1.16	1-5	3.30	1.21	1-5
Desempeño sexual	2.86	1.10	1-5	3.16	1.25	1-5
Economía	2.27	1.06	1-5	2.86	1.34	1-5
Condiciones de vida	3.05	1.29	1-5	3.45	1.24	1-5
Movilidad	3.45	1.13	1-5	3.66	1.36	1-5
Visión	3.20	1.32	1-5	3.77	1.27	1-5
Bienestar general	3.14	.95	1-5	3.55	1.28	1-5
Medicación	3.30	1.25	1-5	3.75	1.10	1-5
Satisfacción con la vida	3.11	1.14	1-5	3.57	1.24	1-5
Nivel de CV Total	47.82	11.02	19-66	55.55	14.52	16-80

Gráfica 1.- Comparación de los perfiles de Calidad de Vida entre el grupo Experimental y Control (n=88)



1.- Salud Física [F=7.41(1), p.008]

2.- Estado de ánimo

3.- Trabajo [F=4.09(1), p.04]

4.- Actividades domésticas [F=3.88(1), p.05]

5.- Relaciones interpersonales

6.- Relaciones familiares [F=7.41(1), p.008]

7.- Actividades de Ocio [F=7.417(1), p.008]

8.- Vida diaria

9.- Desempeño sexual

10.- Economía [F=5.24(1), p.02]

11.- Condiciones de vida

12.- Movilidad

13.- Visión [F=4.21(1), p.04]

14.- Bienestar general

15.- Medicación

16.- Satisfacción con la vida

Total[F=7.9(1),p.006]

8. Limitaciones del estudio

Existieron ligeras dificultades en algunos pacientes para contestar el ítem sobre sexualidad, sobre todo en el sexo femenino, debido al pudor que se pudiera esperar en algunos pacientes ante este tipo de preguntas. El diagnóstico no pudo ser corroborado ante el expediente clínico, basándonos en el insight del paciente y de su familiar acompañante en el caso de los pacientes captados en la consulta externa, no teniendo este problemas con los pacientes de AFAPE, pues llevan en la asociación control con citas médico psiquiátricas y psicológicas que dan fidelidad al diagnóstico. Se intentó que los pacientes contestaran el cuestionario fuera del campo visual del familiar (en caso de que estuviera presente), pues había 3 preguntas que tenían relación con los nexos familiares, siendo muy pocas las intervenciones de estos últimos en cuestionar al paciente sobre el porqué contestaba eso (2 pacientes del HPFBA).

9. Discusión

- Las características psicosociales de los pacientes resultaron similares a las referidas en la literatura para la Esquizofrenia (8,74,75,60).
- En cuanto a la psicoterapia que se ofrece en AFAPE, se pueden esperar aparte de la satisfacción percibida por el paciente, mejorías clínicas y ventajas para los pacientes que reciben el tratamiento, como se demostró en el estudio de May (50), donde se observa una mejoría notable en la expresión de sentimientos y en el nivel de insight y como en el trabajo de Schooler (65,66,67) donde hubo evidencia la reducción en días de hospitalización en aquellos pacientes que participaron de la psicoterapia individual frente a los controles.
- También tienen significancia los resultados ostentados, ya que en dicha asociación se ofrece terapia de grupo, beneficio que se describió en 1982 por el grupo británico de Falloon, en los que destacan un grado de significación en relación a los reingresos a favor de la terapia familiar frente a la individual. Entre estos resultados se observa hasta un 39% menos en la tasa de recaídas en los pacientes que participan de la terapia familiar (57).
- Al corroborar la mejor calidad de vida en los pacientes de AFAPE concuerdan con el trabajo del británico Julian Leff en 1982, en que consigue un 9% de recaídas respecto al 50% del grupo control, esto por la contención al enfermo en la familia, el involucramiento de los integrantes de dicho núcleo haciendo una solidaridad con el enfermo. Otros estudios que combinan la intervención familiar con otros ingredientes como la psicoeducación o el Entrenamiento de habilidades sociales (71,37,38,39,47,51) mismos tipos de terapia que se ofrecen en esta asociación; difieren en sus resultados en cuanto a grado de significación. Aproximadamente un 56% de los trabajos encuentran una relación entre la intervención familiar y la prevención de recaídas. El

resto, a pesar de no haber obtenido estas cifras, evidencian los efectos positivos del trabajo con las familias como resultados clínicamente destacables.

- Los resultados obtenidos en los cuestionarios de calidad de vida de los pacientes de AFAPÉ donde se observa mejoría en comparación con el grupo control se considera que tiene relación con el sentido de pertenencia que les da el estar en un grupo con personas con el mismo padecer y en donde encuentran empatía significativa, como se observan mejoras así también percibibles en el estudio de Manuel González de Chávez en 2007 (31), donde expuso en un estudio resultados significativos en la mejoría del nivel de insight, de motivación por el tratamiento, y mejor ajuste en las relaciones sociales, en donde al finalizar este último estudio los pacientes que recibieron psicoterapia grupal precisaban dosis más bajas de neurolépticos que el grupo control, situación que probablemente facilite la reincorporación de los pacientes a la comunidad y les permita un mejor nivel de ajuste en sus actividades de la vida diaria.
- La hipótesis fue corroborada, los pacientes que se encontraban dentro del programa AFAPÉ puntuaron más alto en el cuestionario sobre calidad de vida diseñado por la Organización Mundial de la Salud.
- El nivel de CV resultó mayor al esperado con la enfermedad, en el grupo experimental siendo de 70%, encontrando diferencias significativas (Análisis estadístico ANOVA) en las áreas: 1) Salud física, 3) Trabajo, 4) Actividades domésticas, 6) Relaciones familiares, 7) Actividades de ocio, 10) Economía, 13) Visión y en CV Total, en comparación al grupo control que fue de 60% (esperado), similar a como reporta (23). No obstante la mayoría refieren que el cuidado de la salud no está dirigido a todas las vicisitudes de la vida, y que este no solo debe mejorar los síntomas de la enfermedad, sino aspectos de la CV (45).

10. Conclusión

Habiendo obtenido resultados contundentes que denotan el beneficio en la calidad de vida de los pacientes con Esquizofrenia que reciben el programa AFAPE, es necesaria la extensión de dicho programa, pues una percepción de mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes no solo disminuye su malestar, beneficia su núcleo familiar, enriquece sus vidas y les proporciona elementos para mejorar su funcionamiento intrapersonal, familiar, escolar, laboral y comunitario, dando mayor estructura a nuestro tejido social.

11. Difusión

Entrega de Tesis a la biblioteca de la UNAM

Entrega de Tesis a la biblioteca del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Donación a Biblioteca de AFAPE (Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos).

Artículo en página WEB de AFAPE.

Platicas de Psicoeducación en AFAPE.

12. Referencias

1. Abel, M. (2004). Book Review: Early detection of first-episode psychotic patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 71.
2. Albiston, D. J., Francey, S. M. & Harrigan, S. M. (1998). Group programmes for recovery from early psychosis. *British Journal of Psychiatry (Suppl. 172)* 117-121.
3. American Psychiatric Association (4a. ed.). (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
4. Andreasen, N. C. & Olsen, S. A. (1982). Negative versus positive schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 22, 168-176.
5. Andreasen, NC. (1990). Positive and negative symptoms: Historical and conceptual aspects. En N.C. Andreasen (Ed.), *Schizophrenia: Positive and Negative Symptoms as Syndromes: Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, New York: Karger.
6. Apiquián R; "Escala de evaluación en las psicosis"; Ciencias y Cultura Latinoamericana, S. A. de C.V.; Evaluación de la Psicopatología. Escalas en Español. 1ra. Edición; Apiquián R, Fresán A, Nicolini H. JGH editores; México D.F. 2000; 19-36.
7. Arita B. (2006). Calidad de vida en Culiacán. Condiciones objetivas, capacidad y bienestar subjetivos. México: Gobierno de Sinaloa y Fontamara editorial.
8. Ballesteros, J. & Gutiérrez, M. (1995). Epidemiología de la esquizofrenia: problemas metodológicos. En M. Gutiérrez, J. Ecurra & P. Pichot (Eds.), *Esquizofrenia. Entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)* (pp. 13-30). Barcelona: Ediciones en neurociencias.
9. Bellack, A. S. & Diclemente, C. C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 75-80.
10. Bellack, A. S., Turner, S. M., Hersen, M. & Luber, R. F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1023-1028.
11. Bellack, A.S., Bennett, M., Gearon, J., Brown, C. & Yang, Y. (2006). A Randomized Clinical Trial of a New Behavioral Treatment for Drug Abuse in People With Severe and Persistent Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 63, 426-432.
12. Bromet, E. J., Mojtabal, R. & Fennig, S. (2003). Epidemiología del primer episodio de esquizofrenia. En R.B. Zipursky & S. K. Schulz (Eds.). *Estadios iniciales de la esquizofrenia* (pp. 35-46). Barcelona: Psiquiatría Editores.

13. Cather, C. (2005). Functional Cognitive-Behavioural Therapy: A Brief Individual Treatment for Functional Impairments Resulting From Psychotic Symptoms in Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (5), 258-263.
14. De la Fuente R; "Calidad de vida en el paciente esquizofrénico"; *Información Clínica* 1992; 3(2); 7, Salud Publica: Mexico.
15. Dobson, D. (1996). Long-term support and social skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 47, 1145-1199.
16. Dobson, D. J., Mc Dougall, G., Busheikin, J. & Aldous, J. (1995). Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric services*, 46, 376-380.
17. Doering, S., Müller, E., Köpcke, W., Pietzcker, A., Gaebel, W., Linden, M., Muller, P., Muller-Spahn, F., Tegeler, J. & Schussler, G. (1998). Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 87-98.
18. Drury, V., Birchwood, M. & Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial III. Five year follow up. *British Journal of Psychiatry*, 177, 8-14.
19. Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. & MacMillan, F. (1996a). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-601.
20. Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. & MacMillan, F. (1996b). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial II. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 602-607.
21. Edwards, J. & McGorry, P. (2004). La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis (2ª ed.) Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
22. Edwards, J., Maude, D., Mc Gorry, P. D., Harrigan, S. M. & Cocks, J. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172, 107-116.
23. Enciso L, López S, Rojas C; "Validación del cuestionario de Dunbar para evaluar calidad de vida en pacientes psicóticos"; Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud y Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" 2005; México D.F.
24. Eklund M, Backström M and Hansson L; "Personality and self-variables: important determinants of subjective quality of life in schizophrenia out-patients"; *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108; 134-43

25. Flashman, L. A., McAllister, T. W., Andreasen, N. C. & Saykin, A. J. (2000). Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1167-1169.
26. Flashman, L. A., McAllister, T. W., Johnson, S. C., Rick, J. H., Green, R. L. & Saykin, A. J. (2001). Specific frontal lobe subregions correlated with unawareness of illness in schizophrenia: a preliminary study. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 13, 255-257.
27. Franco, F. (2007). Calidad de vida en pacientes psicóticos externos. *ALCMEON. Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica*. Año 16, Vol. 14, No. 2:65-75.
28. Giner, J. Ibáñez, E. Cervera, S. SanMartín, A. Caballero, R. (2001). "Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia". *Acta Esp Psiq*; 29(4); 233-42
29. Goldstein, M. J. (1994). Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 54-57.
30. Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., Evans, J. R., May, P. R. & Steinberg, M. R. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.
31. Gonzalez de Chavez, M. (2007). Psicoterapias de grupo como técnica terapéutica en personas con esquizofrenia, *Servicio Canario de la Salud, SESCO Num. 2007/13*.
32. Gumley, A., O'Grady, L., McNay, L., Reilly, J., Power, K. & Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12 month randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33, 419-431.
33. Häfner, H. & Van der Heiden, W. (1985). *Registri dei casi e schizofrenia*. Tansella, M. (ed.) Torino: Boringhieri .
34. Häfner, H. & Nowotny, B. (1995). Epidemiology of early-onset schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245, 80-92.
35. Häfner, H. & Van der Heiden, W. (1997). Epidemiology of Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 139-150.
36. Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & An der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 105-118.

37. Hogarty, G. E. & Ulrich, R. F. (1998). The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 243-250.
38. Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D. Madonia, M.J. & EPICS Schizophrenia Research Group. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
39. Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F., Carter, M. & EPICS Schizophrenia Research Group. (1991). Family Psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347. 106, 265-275.
40. Kanas, N. (1986). Group Therapy With Schizophrenics: A Review of Controlled Studies. *International of group psychotherapy*, 36, 339-351.
41. Kanas, N. (1996). Terapia grupal con esquizofrénicos. En H.I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Terapia de grupo* (3ª. ed., pp. 445-457). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
42. Lara MC, Ponce de León S, De la Fuente JR; "Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer"; *Rev Invest Clin* 1995; 47; 315-27.
43. Larsen, T. K., Johannessen, J. O. & Opjordsmoen, S. (1998). First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care. *British Journal of Psychiatry* (Suppl. 172), 45-52.
44. Larsen, T. K., Moe, L. C., Vibe-Hansen, L. & Johannessen, J. O. (2000). Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 45, 1-9.
45. Lehman A, Ward N and Linn L; "Chronic mental patients: the quality of life issue"; *Am J Psychiatry* 1982; 139(10); 1271-76
46. Liberman, R. P. & associates (1989). Modules for training social and independent living skills (medication management, symptom management, recreation for leisure, self-care y grooming, conversation skills). Camarillo: Psychiatric rehabilitation consultants.
47. Liberman, R. P. & Mueser, K. T. (1988). Psychosocial treatment of schizophrenia. En S.Kaplan & B. J. Saddock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 792-805). Baltimore: Williams and Wilkins.

48. Lobana A, Mattoo K, Basu D and Gupta N. (2001). "Quality of life in schizophrenia in India: comparison of three approaches"; *Acta Psychiatr Scand*; 104;51-5.
49. López S, Lara MC y Ban H; "Calidad de Vida en pacientes con cardiopatía coronaria isquémica tratados con cirugía de puenteo coronario y angioplastia coronaria transluminal percutánea"; Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Mexicano de Psiquiatría; Tesis para obtener el grado de Maestro en Psiquiatría (Psicología Médica); Marzo 2000; México D.F.
50. May, P. R. A. (1968). *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. New York: Science House.
51. Montero, I., Asencio, A., Hernandez, I., Masanet, M. J., Lacruz, M. & Bellver, F. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 661-670.
52. Norman, R. M. & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, 31, 381-400.
53. Norman, R. M., Townsend, L. & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *British Journal of Psychiatry*, 179, 340-345.
54. Norman, R., Lewis, S. & Marshall, M. (2005). Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *British Journal of Psychiatry*, 187,19-23.
55. O'Brien, C. P., Hamm, K. B., Ray, B. A., Pierce, J. F., Luborsky, L. & Mintz, J. (1972). Group versus individual psychotherapy with schizophrenics: A controlled outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 27, 474-478.
56. Obiols, J. E., Serrano, F., Caparrós, B., Subirà, S. & Barrantes, N. (1999). Neurological soft signs in adolescents with performance on the continuous performance test: markers of liability for schizophrenia spectrum disorders? *Psychiatry Research*, 86, 217-228.
57. Palma-Sevillano, C. (2007). *Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE*. Departamento de Psicología de la Facultad de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull, 6-121.
58. Penadés, R., Boget, T., Salamero, M., Catarineu, S. & Bernardo, M. (1999). Alteraciones neuropsicológicas en la esquizofrenia y su modificación. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 198-208.
59. Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. Londres: Guildford Press.

60. Pichot, P. (1995). Evolución del concepto de esquizofrenia. En M. Gutiérrez, J. Ecurra & Pichot, p. (Eds.), Esquizofrenia. Entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I) (pp. 1-12). Barcelona: Ediciones en neurociencias.
61. Rodríguez Solano, J. J. & Gonzalez, D. C. (2000). Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 44, 137-144.
62. Rodríguez, F., Hernández, C., Rodríguez, A. & Tost, L. (2004). Epidemiología de la esquizofrenia: dificultades de los estudios. *Psiquis*, 25, 203-218.
63. Rogers, C. (1980). El poder de la persona. Distrito Federal, Mexico: Manual Moderno.
64. Rogers, C. (1986). Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona: Paidós.
- Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995). What is IM? *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
65. Schooler, N. R. & Keith, S. J. (1990). Role of medication in psychosocial treatment. En M. Herz, S. J. Keith, & J. P. Docherty (Eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia. Handbook of schizophrenia* (pp. 45-67). New York: Elsevier Science Publishers.
66. Schooler, N. R. & Keith, S. J. (1993). The clinical research base for the treatment of schizophrenia. *Psychopharmacological Bulletin*, 29, 431-446.
67. Schooler, N. R., Keith, S. J., Severe, J. B., Matthews, S. M., Bellack, A. S. & Glick, I. D. (1997). Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment. *Archives of General Psychiatry*, 54, 453-463.
68. Uçok, A., Polat, A., Genc, A., Cakiotar, S. & Turan, N. (2004). Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 163-168.
69. Vallejo-Nágera, J. (1995). Concierto para instrumentos desafinados; Literatura española del siglo XX. Narrativa contemporánea. *Psiquiatría. Biografía. Argumento. Enfermedades psíquicas*. ed. Planeta, Barcelona, 152.
70. Vaughan, K., Doyle, M., McConaghy, N., Blaszczyński, A., Fox, A. & Tarrier, N. (1992). The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 16-21.
71. Wallace, C. J. & Liberman, R. P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 15, 239-247.

72. Wilson, W. H. (1992). Response to Kahn and Kahn, "group treatment assignment for outpatients with schizophrenia". *Community Mental Health Journal*, 28, 551-553.

73. Wilson, W. H. (1992). Response to Kahn and Kahn, "group treatment assignment for outpatients with schizophrenia". *Community mental health journal*, 28, 551-553.

74. Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

75. Zubin, J., Steinhauer, S. R. & Condray, R. (1992). Vulnerability to relapse in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 13-18.

Para concluir esta tesis, solo quisiera recordarnos
que nuestro trabajo como psiquiatras
no es solo prescribir un fármaco,
es mucho más que eso,
es mejorar calidades de vida.