

11241
22

UNAM

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

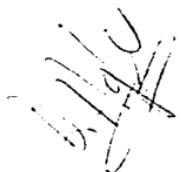
TESIS PARA TITULACIÓN EN LA ESPECIALIDAD
DE PSIQUIATRÍA

***EL DESEMPEÑO COTIDIANO DE LOS
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS ANTES Y
DESPUÉS DE UN PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN INTEGRAL Y SU RELACIÓN
CON LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA
ASOCIADA.***

ALUMNO: Rafael Ortega y Ruiz de Chávez



DRA. L. ROSA DÍAZ MARTÍNEZ
ASESOR TEÓRICO Y METODOLÓGICO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Rafael Ortega y Ruiz de

Ortales

FECHA: 13 - Febrero - 2003

FIRMA: [Firma manuscrita]

A mis padres por ponerme en el camino de la verdad

A mis maestros por dirigirme en el sendero

A Anguie, Rafita y Amayrani por aguantarme en el andar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B

Gracias

A Dios

Dr. Alejandro Díaz Martínez por su paciencia y comprensión

Dr. Fernando López Munguía por su apoyo y amistad

Dra. Rosa Díaz Martínez por su confianza

Dr. Miguel Herrera Estrella por su ejemplo

Karlita por tu amor

Patty por su terquedad

TESIS CON
FALLA DE CENSURA

C

CONTENIDO

1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- ANTECEDENTES.....	4
3.- JUSTIFICACIÓN.....	18
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
5.- OBJETIVO GENERAL.....	20
6.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
7.- MATERIAL Y METODOS.....	21
8.- ANÁLISIS DE DATOS.....	27
9.- RESULTADOS.....	28
10.- DISCUSIÓN.....	40
11.- CONCLUSIONES.....	42
12.- LIMITACIONES.....	43
13.- SUGERENCIAS.....	43
14.- BIBLIOGRAFIA.....	44

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

***EL DESEMPEÑO COTIDIANO DE LOS
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS ANTES Y
DESPUÉS DE UN PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN INTEGRAL Y SU
RELACIÓN CON LA COMORBILIDAD
PSIQUIÁTRICA ASOCIADA.***

INTRODUCCIÓN:

El presente estudio se realizó con la finalidad de establecer si existen diferencias en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos al ser atendidos por un grupo interdisciplinario, valorando no sólo la patología propia del padecimiento, sino además la comorbilidad psiquiátrica que pudiera existir, ya que actualmente con los antipsicóticos atípicos, se ha logrado un proceso de cambio en el manejo y tratamiento de los pacientes mentales (Goodman 1991); actualmente se intenta no sólo proporcionar tratamiento a dichos pacientes, sino además lograr un proceso de rehabilitación que les permita reintegrarlos a una vida cada vez mejor, logrando esto al restituir parcialmente la conciencia de enfermedad y el juicio de realidad, posibilitan el manejo y rehabilitación, siendo uno de los mayores retos en el ámbito mundial, buscando para lograrlo, mayor participación familiar y de la sociedad (Díaz-Martínez 1996). Algunos países avanzados buscan lograr dicha rehabilitación utilizando pequeñas unidades dispersas en la sociedad que cuentan con respaldo de hospitales y servicios, en vez de hospitales para crónicos; otros más como es en Inglaterra han remodelado y reorganizado los propios hospitales, ofreciendo áreas de rehabilitación y recreación, buscando con ello y lográndolo con éxito en muchos casos, reintegrar al paciente a una vida "normal" (Wing, 1989).

Dr. Rafael Ortega y Ruiz de Chávez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tomando en cuenta la frecuencia alta de la esquizofrenia, la mitad de los pacientes crónicos recluidos en hospitales psiquiátricos sufren de esquizofrenia, es necesario que cada hospital cuente con programas rehabilitatorios orientados a estos pacientes.

La importancia de estudiar la comorbilidad se debe a que generalmente las patologías médicas en general, cuentan con algún padecimiento acompañante, y en el caso de la psiquiatría no es la excepción, siendo muy frecuente encontrarlas, sin embargo no lo es tan sencillo identificarlas, por otro lado el poder diferenciar el padecimiento mayor y los acompañantes, nos permite establecer un tratamiento oportuno y adecuado; Feinstein alertó acerca de que el tratamiento apropiado y el estudio de una condición se ven afectados cuando no se toma en cuenta las condiciones comórbidas.

Se han realizado muchos estudios en los que se valora rehabilitación y comorbilidad psiquiátrica, pero son muy escasos aquellos en los que se conjuntan ambos aspectos, sino es que prácticamente no hay, el presente estudio buscó determinar si existe relación entre comorbilidad psiquiátrica en pacientes esquizofrénicos sometidos a un proceso rehabilitatorio y aquellos pacientes con esquizofrenia pura, por otro lado son pocos los estudios que cubren todos los aspectos necesarios para ser tomados como estudios serios.

A partir de 1994 se ha llevado a cabo un programa para lograr la rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en el Instituto Nacional de Psiquiatría; se trata de un programa psicoterapéutico para aplicar estrategias de rehabilitación con sustento en la investigación científica, cumpliendo con los objetivos y metas de un proyecto completo de rehabilitación integral, proporcionando además los métodos de evaluación, de donde se tomaron los pacientes para el presente estudio, a los cuales se les aplico el CIDI, que fue diseñado para estudios epidemiológicos y transculturales de psicopatología, que aunque tiene tres décadas de utilizarse continúa siendo un instrumento muy valioso y difícilmente superado.

También se aplicó la Escala de Desempeño Cotidiano que fue producto de concertación de investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría, dirigidos por el Maestro Dr. Ramón De La Fuente, siendo un instrumento que en estudios anteriores realizados en el programa de rehabilitación para pacientes esquizofrénicos ha demostrado su confiabilidad y validez.

El análisis de los resultados se realizó mediante la prueba t de muestras pareadas, para ver si se encontraban asociaciones entre el número de diagnósticos y los diferentes reactivos que comprenden la escala de desempeño cotidiano. Los resultados encontrados con dicho método fueron similares a los encontrados por otros autores con respecto al proceso rehabilitatorio, demostrando mejoría en varios rubros en la Escala de Desempeño Cotidiano y en otros no, pero se encontró que el grupo de pacientes con menor comorbilidad psiquiátrica asociada, tuvo mejor respuesta; sin embargo hubo varios rubros sin significancia estadística probablemente esto fuese a que la muestra de estudio fue limitada, por lo que una de las sugerencias para estudios posteriores es aumentar considerablemente el número de pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES

REHABILITACIÓN:

Fué Pinel en 1793 en Bicetré Francia, durante plena Revolución Francesa, quien inició un proceso de cambio para el trato a los pacientes psiquiátricos, "al romper las cadenas de los enfermos mentales" (Henry Ei 1995); sin embargo no fue sino hasta mediados del siglo pasado, en que gracias a la introducción de los psicofármacos, primero con la clorpromazina, después con el haloperidol y actualmente con los atípicos, se ha logrado un proceso de cambio en el manejo y tratamiento de los pacientes mentales (Goodman 1991); actualmente se intenta no sólo proporcionar tratamiento a dichos pacientes, sino además lograr un proceso de rehabilitación que les permita reintegrarlos a una vida cada vez mejor.

Durante prácticamente todo el siglo pasado se pensaba que para lograr una mejoría adecuada del paciente, era necesario mantenerlo confinado hasta la desaparición de los síntomas de su enfermedad, actualmente al lograr restituir parcialmente la conciencia de enfermedad y el juicio de realidad, posibilitan el manejo y rehabilitación, siendo uno de los mayores retos en el ámbito mundial, buscando para lograrlo, mayor participación familiar y de la sociedad (Díaz-Martínez 1996).

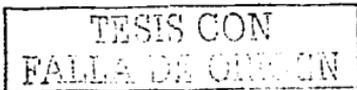
El proceso de rehabilitación es largo, y desafortunadamente los resultados no son iguales para todos los pacientes, ya que pocos logran recuperar un nivel de funcionamiento similar al que tenían antes de enfermar, otros tantos mejoran parcialmente y la mayoría permanecen con discapacidad y secuelas importantes durante el resto de su vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Algunos países avanzados buscan lograr dicha rehabilitación utilizando pequeñas unidades dispersas en la sociedad que cuentan con respaldo de hospitales y servicios, en vez de hospitales para crónicos; otros más como es en Inglaterra han remodelado y reorganizado los propios hospitales, ofreciendo áreas de rehabilitación y recreación, buscando con ello y lográndolo con éxito en muchos casos, reintegrar al paciente a una vida "normal" (Wing, 1970).

El tratamiento médico y rehabilitatorio son procesos complementarios e inseparables en el manejo médico de los pacientes mentales; el tratamiento farmacológico está orientado a corregir las alteraciones del pensamiento y de la percepción, así como los síntomas negativos, logrando restablecer el contacto con la realidad de la persona y poder iniciar intervenciones psicoterapéuticas y rehabilitatorias requiriendo para ello, participación activa de un grupo interdisciplinario de psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y personal voluntario, todos ellos bajo la dirección de médicos profesionales calificados (De la Fuente 1993).

Tomando en cuenta la frecuencia alta de la esquizofrenia, la mitad de los pacientes crónicos recluidos en hospitales psiquiátricos sufren de esquizofrenia, es necesario que cada hospital cuente con programas rehabilitatorios orientados a estos pacientes. Dado que el paciente esquizofrénico se ausenta de la realidad y carece de conciencia de enfermedad es incapaz de manejar su vida y no puede realizar tareas, que al recurrir al fracaso reiterado, le lleva al desaliento. Es importante que para fines de rehabilitación se tomen tres aspectos importantes: 1) discapacidades primarias propias de la enfermedad, síntomas y conductas disfuncionales. 2) Cambios que son resultado de la experiencia de su enfermedad, como son la mayor sensibilidad y vulnerabilidad por haber sufrido un trastorno psiquiátrico severo. 3) Cambios que no provienen ni de la enfermedad ni de la reacción personal a ella, sino de las actitudes de la familia y de la sociedad, como la disminución de los contactos sociales, la pobreza, la discriminación, el desempleo y la ausencia de un lugar en la sociedad (De la Fuente, 1993).



Un concepto aceptado por la Organización Mundial de la Salud es el que propone que la rehabilitación psiquiátrica es el conjunto de procedimientos biológicos y socio-psicológicos utilizados en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que les imposibilitan el adecuado desempeño social, producto de algún trastorno psiquiátrico, y cuyo objetivo fundamental consiste en integrarlos en un contexto social tan similar como sea posible al que tenían antes de enfermar.

El objetivo de la rehabilitación es finalmente, reincorporar al individuo a su comunidad, posiblemente a su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible dentro de la sociedad tomando en cuenta su personalidad y sus intereses (De la Fuente, 1993).

Un error común en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, es considerar al paciente de forma individual, separado del grupo familiar, evitando conocer el ambiente familiar como unidad, que puede ser predictor de recaídas y rehospitalizaciones. Por ello constituye la familia un papel importante en el funcionamiento global del paciente y su apego terapéutico.

Desde los años 60 bajo la influencia de la corriente psicoanalítica, se cuestionó si la psicoterapia individual intensiva debía ser el tratamiento principal en la esquizofrenia, incluyendo otras intervenciones poco confiables. (Fromm-Reichman, 1950; Bellack, 1956), en lugar de la administración de psicofármacos.

De cualquier forma, se le sigue dando psicoterapia individual a los pacientes con esquizofrenia hasta que se encuentran relativamente estables, pero no se le considera como la única estrategia, sino como complemento del abordaje integral de los pacientes esquizofrénicos (Hogarty, 1995, 1997; Fenton, 1997; Kaplan, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los principios de la rehabilitación psiquiátrica fueron formulados por Anthony (1982, 1980a); en ellos está plasmada la filosofía de la rehabilitación reflejan la estructura organizacional del servicio que la proporciona, así como las características de los servicios responsables.

En un gran número de estudios se han mostrado resultados de las recaídas de los pacientes psiquiátricos hospitalizados que habían recibido tratamiento tradicional y terapia individual o de grupo, demostrando que el tratamiento en conjunto ha superado en gran forma al tratamiento con psicofármacos sólo, evitando con ello recaídas y la dificultad que conlleva el tratamiento, así como se logra disminuir el gasto que implican los reinternamientos.

La rehabilitación psiquiátrica también está basada en muchas técnicas y principios de la psicoterapia (Carkhuff, 1976). La raíz de sus principios se encuentra en la práctica de la psicoterapia efectiva, y en la necesidad de establecer empatía entre el equipo de rehabilitación y los pacientes.

Los investigadores de la Universidad de Pittsburgh publicaron recientemente los resultados de tres años de tratamiento con ensayos aleatorizados de terapia interpersonal individual para los esquizofrénicos, comparados con los que recibían terapia familiar en combinación con terapias de apoyo.

El funcionamiento social fue definitivamente mejor con la terapia interpersonal grupal. A los dos años de tratamiento, la mayor diferencia no sólo era el menor número de recaídas con la terapia interpersonal sino que a los tres años de seguimiento, el promedio de recaídas fue menor en 29 % (Hogarty, 1997).

Leclerc (2000), en Quebec Canadá, reporta una revisión del departamento de ciencias de la Universidad de Quebec, en donde realiza un programa de rehabilitación para pacientes esquizofrénicos, observando una notable diferencia, entre el tratamiento clásico de

TESIS CON
FALLA DE CUCUM

dichos pacientes y el que se realiza en combinación con rehabilitación, con lo que concluye que importante será intentar con todos los pacientes esquizofrénicos dicho programa; este estudio tiene la gran ventaja que se realiza con un número de 184, pacientes y se les dio un seguimiento de tres años, con lo que pudiergon establecer cambios. Considero que es un buen estudio, sin embargo tal vez les faltó reportar las causas de abandono del programa por parte de los pacientes que no concluyeron el estudio, y que bien dicha causa pudo ser debido a alguna patología comórbida existente.

Gruszczynski (2000), reporta una revisión, hecha en un hospital psiquiátrico en Polonia, en que comparan resultados entre pacientes esquizofrénicos de consulta externa y pacientes en hospitalización continua, reportando mejores resultados en pacientes del primer grupo, con lo que concluyen que se requieren cambios intrahospitalarios que permitan una rehabilitación de dichos pacientes, permitiendo una mejor reinserción a la sociedad de los pacientes esquizofrénicos. Tres meses después, reportan en la misma revista, que el grupo de psiquiatras de dicho hospital, decide poner en marcha un programa de rehabilitación para pacientes esquizofrénicos, aún sin resultados que serán expuestos más tarde; considero que es un buen estudio, pero lo que les faltó fue dar seguimiento a los pacientes hospitalizados al egresar de la misma y que hubiera completado el estudio, con ello se pone de manifiesto que a nivel mundial el proceso rehabilitatorio empieza a ser tomado en cuenta.

Brekke (2000), realiza un reporte de la universidad del sur de California, mostrando mejores resultados en terapia grupal para pacientes esquizofrénicos en proceso de rehabilitación, que de forma individual; sin embargo, comentan que dichos resultados no son concluyentes, ya que tienen mayor experiencia con pacientes esquizofrénicos en dicho proceso y son pocos los pacientes en terapia individual en proceso de rehabilitación, pero que evidentemente dichos pacientes requieren dicho proceso rehabilitatorio para una mejor terapéutica; resultados interesantes, sin embargo, considero que la muestra no es suficiente, ya que es pequeña y por otro lado, faltan

más estudios que apoyen dichas observaciones, ya que sólo toman en cuenta las características de los dos tipos de terapia, sin tomar las características de los psicoterapeutas.

Bradshaw (2000), reporta un estudio realizado por el departamento de Salud Mental en la Universidad de Minesota, en el que comparan los resultados obtenidos con un grupo de pacientes esquizofrénicos integrados en un programa de rehabilitación, divididos en dos grupos, el primero con terapia cognitivo-conductual y el segundo sin dicha intervención; y un grupo de pacientes con similar diagnóstico sólo con tratamiento farmacológico. encontraron que los pacientes que integraron el programa de rehabilitación, tuvieron menos recaídas, menor índice de rehospitalización, significando menor costo para la sociedad, además se observó mejor reinserción social del grupo con terapia cognitivo-conductual a diferencia del grupo control, en que hubo más recaídas y secuelas; fueron grupos numerosos, sin embargo no fueron cantidad de pacientes similares, siendo en mayor número aquellos que sólo tuvieron intervención farmacológica, siendo mucho menor el grupo que obtuvo intervención psicoterapéutica que pudo haber causado que los resultados fueran como se reportaron y por otro lado les faltó dar un seguimiento mayor ya que sólo fueron un par de meses.

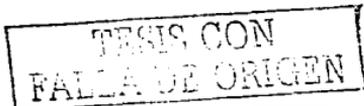
Broker (2000), describe un estudio realizado en un hospital psiquiátrico de Berlín y en un hospital psiquiátrico de Chemnitz, Alemania, entre los años de 1984 y 1994, en el cual deciden hacer cambios en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica, estableciendo cambios en el tratamiento psiquiátrico de dichos pacientes, en donde establecen intrahospitalariamente cambios significativos en cuanto a instalaciones, mejorando sitios de recreación, estableciendo terapia ocupacional, encontrando que se mejoró notablemente la calidad de vida de dichos pacientes, disminuyendo el periodo de hospitalización y mejorando la reinserción aún pobre de los pacientes esquizofrénicos, sin embargo, comenta que aún falta camino por recorrer; un estudio muy largo, con más de 100 pacientes muy

significativo, pero no establecen las diferencias que existieron extrahospitalariamente (redes de apoyo), pareciera indicar que los pacientes que tuvieron más recaídas no tenían apoyo familiar y nuevamente faltó mencionar si se valoró comorbilidad psiquiátrica, que bien pudo condicionar el mayor o menor grado de reinternamientos y si hubo tratamiento para la misma.

Kallert (2000), en la Alemania unificada, reporta, cambios en el tratamiento para pacientes esquizofrénicos, estableciéndolo en residencias provisionales, en donde se les ofrece tratamiento psiquiátrico y rehabilitatorio a pacientes esquizofrénicos crónicos controlados dados de alta de hospitalización continua; tras un año de dicho tratamiento, observaron que el 92% de los pacientes no tuvieron recaídas y los que la tuvieron fácilmente controlaron el cuadro agudo; un punto importante es que no mencionan las características de los pacientes, como tiempo de evolución del cuadro psicótico, número de recaídas previas y los tratamientos farmacológicos utilizados, por lo que consideró información incompleta.

Wexler (2000), en la Unión Americana, realiza en un servicio de consulta externa del hospital psiquiátrico de Minesota, en pacientes esquizofrénicos crónicos con deterioro cognitivo importante, un proceso de rehabilitación cognitiva mediante ejercicios de memorización, logrando mejoría importante en dichos pacientes y con ello mejoría de síntomas negativos, provocando posibilidad de reinserción social de dichos pacientes; un aspecto importantísimo que los autores no mencionaron fue el tipo de tratamiento farmacológico instaurado, previo y actual y de las modificaciones que hicieron, ya que está reportado que los neurolépticos tradicionales, provocan un deterioro cognoscitivo muy importante que es reversible con la suspensión de estos o con la administración de los antipsicóticos atípicos.

Beck (2000), en la universidad de Pennsylvania, realizó una revisión, en la que comparan diferentes intervenciones en programas de rehabilitación para pacientes esquizofrénicos, de diferentes partes del



mundo, concluyendo que los mejores resultados observados, fue en aquellos pacientes en los que se utilizó terapia cognitivo-conductual, por lo cual la denominaron como el tratamiento psicoterapéutico del nuevo milenio; es una revisión de varios países europeos, excluyendo al resto del mundo, no dudo que en los faltantes se esté realizando dicho tipo de intervención, por lo que hubiera tenido mucha mayor relevancia de haberlo realizado, sin embargo no comentan las características y condiciones sobre las que se realizaron dichos estudios, por lo que parece incompleta la información.

Turkington (2000), reporta un estudio realizado en un hospital psiquiátrico de Victoria Turkia, realizan un estudio en pacientes esquizofrénicos, teniendo dos grupos, el primero en estudio y el segundo control, al primero se le instituyó un modelo de rehabilitación, el cual se sustenta en terapia cognitivo-conductual, y en el segundo sólo se daba consulta psiquiátrica; los resultados fueron muy alentadores, observando que el primer grupo tuvo resultados inesperados para los autores, ya que los pacientes esquizofrénicos, tuvieron mejoría estadísticamente significativa con respecto al primer grupo, además que la capacidad de reintegración social del primer grupo rebasó las expectativas; alentador, sin embargo nuevamente los autores cometen la omisión de reportar el tipo de tratamiento farmacológico utilizado en ambos grupos, así como tiempo de evolución del padecimiento, por lo que considero importante que lo hubiesen mencionado para poder valora integralmente dichos resultados.

A partir de 1994 se ha llevado a cabo un programa para lograr la rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en el Instituto Nacional de Psiquiatría; se trata de un programa psicoterapéutico para aplicar estrategias de rehabilitación con sustento en la investigación científica, cumpliendo con los objetivos y metas de un proyecto completo de rehabilitación integral, proporcionando además los métodos de evaluación.

Es evidente que la medicina cada vez da mayor importancia a la rehabilitación como parte de la terapéutica, la psiquiatría como rama de la medicina no puede quedarse atrás, por lo que es más frecuente encontrar en la bibliografía mundial artículos sobre el tema.

La esquizofrenia, una de las enfermedades más antiguas encontradas en la literatura (con otros nombres y otras posturas diferentes a las actuales), merece también ser tomada en cuenta con dicho propósito, es por ello que tantos autores del orbe, dediquen tiempo para encontrar la mejor forma y aplicación de la rehabilitación, a fin de lograr menos recaídas y una mejor reinserción de los individuos a la sociedad, permitiendo con ello una mejor vida, por ello a mi juicio todos los médicos dedicados a la psiquiatría debemos estar consientes y preparados para poderla administrar a nuestros pacientes, y buscar con ello un tratamiento global.

COMORBILIDAD:

El termino "comorbilidad", se refiere a la presencia de dos o más enfermedades-condiciones médicas o psiquiátricas, incluyendo el alcohol y otros trastornos por uso de drogas en la misma persona. El interés en la comorbilidad recae en el hecho de que entenderla conducirá al desarrollo de mejores modelos etiológicos, de prevención y de tratamiento para el uso de alcohol y los trastornos psiquiátricos asociados (Rosa Díaz Martínez 1998).

Feinstein (1970) fue el primero en elaborar la idea de que la presencia de dos o más trastornos en la misma persona podría crear cuadros clínicos híbridos. Feinstein alertó acerca de que el tratamiento apropiado y el estudio de una condición se ven afectados cuando no se toma en cuenta las condiciones comórbidas.

La mayoría de los trabajos se han centrado en la concomitancia de esquizofrenia y depresión. El agregar un antidepresivo tricíclico clásico a los antipsicóticos mejora la depresión sin acrecentar la psicosis.

Dr. Rafael Ortega y Ruiz de Chávez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como la morbilidad de la depresión con esquizofrenia es grave y podría aumentar la mortalidad, cabe considerar esta estrategia. Los estudios preliminares no controlados de los nuevos antidepresivos, confirman su relevancia y podrían convertirse en los agentes de elección porque poseen menos efectos colinérgicos y la sobredosis es menos peligrosa.

Las adicciones múltiples son bien conocidas, pero a menudo ignoradas por los farmacólogos. Como cada droga tiene distinta acción, los esquizofrénicos adictos podrían constituir varios subtipos. Es preciso recordar que el paciente podría recurrir a las drogas ilícitas para calmar los síntomas de otra enfermedad. Por ahora no se dispone de un tratamiento somático para estos casos (Kaplan 2000).

Gispén (2000), publicó un artículo holandés, realizado en un centro psiquiátrico, en el cual se demostró la existencia de esquizofrenia y ansiedad comórbida, mediante estudios paraclínicos de las suprarrenales, encontrando alteraciones importantes del cortisol relacionándolo con alteraciones provocadas por ansiedad, proponiendo tratamiento para dichos enfermos y logrando con ello mejores resultados; una omisión importante realizada en dicho estudio fue el mencionar si se excluyeron pacientes esquizofrénicos y otra enfermedad que no fuera ansiedad, además que fue un estudio pequeño con 19 pacientes y no tuvo un grupo control, tras la detección del padecimiento comórbido al administrar el tratamiento.

Furlanetto (2000), realizó un estudio el hospital de Santa Catarina de Brasil, en donde encontraron esquizofrenia y comorbilidad con depresión, al evaluar síntomas depresivos en pacientes con el primer diagnóstico, por lo que concluyeron la importancia de dar tratamiento para ambas instancias y resolver más fácilmente la patología; habría que hacernos una pregunta ¿depresión o síntomas negativos?, ya que no mencionan el método con el cual se realizó el diagnóstico comórbido y el tiempo en el que desaparecieron los síntomas del mismo tras la administración conjunta de antipsicótico y

TESIS CON
FALLA DE ORICEN

antidepresivo, por lo que este estudio no tiene el peso adecuado para tomarlo completamente serio.

Balboni (2000), publicó un estudio realizado en Padoua Italia, en que se comparó capacidad intelectual de pacientes esquizofrénicos comórbidos con ansiedad, depresión u otro trastorno psiquiátrico contra pacientes sin esquizofrenia que cursaran con otro padecimiento psiquiátrico puro, encontrando mayor discapacidad mental en el primer grupo antes de tratamiento, y posterior al tratamiento y al ceder síntomas de ambos padecimientos, encontraron valores similares en ambos grupos; un estudio interesante con 145 pacientes sometidos al estudio, en el que se describen claramente las características completas de los pacientes antes y después del estudio, permitiendo observar dichos cambios, pero nuevamente omiten el tipo de tratamiento antipsicótico previo, durante y posterior a las valoraciones cognoscitivas, lo que pudo haber inclinado la balanza.

Kratzhumbr (2000), publica un estudio realizado en un hospital psiquiátrico de Irlanda del Norte, en donde reporta la relación entre síntomas depresivos y acatisia en pacientes esquizofrénicos, encontrando que al recibir tratamiento antidepresivo los pacientes esquizofrénicos, disminuían también los síntomas de acatisia, concluyendo que en la mayoría de los pacientes más que acatisia existe un problema comórbido en los pacientes esquizofrénicos; el problema de éste estudio es que no realizaron ninguna escala para determinar si realmente existía comorbilidad, si fue por efecto placebo la respuesta obtenida o que fue lo que sucedió, ya que no reportan el tiempo de respuesta a la administración del antidepresivo y la duración del mismo, por otro lado no mencionan si hubo recaídas.

Ley (2000); Swofford (2000); Brieger (2000); Primm (2000); Schneider (2000); Serper (2000); Sullivan (2000); Katz (2000), han publicado diversos artículos en los que se establece esquizofrenia y comorbilidad con abuso de sustancias, y la repercusión que tiene el diagnóstico dual para el tratamiento, así como que el hecho de tener dos diagnósticos dificulta la rehabilitación, propicia recaídas,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

predispone a mayor estancia hospitalaria y aumenta los costos para la sociedad; estos estudios más que clínicos-estadísticos fueron para valorar costos debidos a dichos padecimientos, sin tomar en cuenta muchas características importantes en los pacientes, evolución y pronóstico, sin embargo es un buen antecedente, ya que desafortunadamente este mundo esta regido por la ley monetaria.

Lester (2000), realiza un estudio, en que establece que el 50% de los pacientes esquizofrénicos poseen comorbilidad psiquiátrica con abuso de sustancias, principalmente alcohol, marihuana y cocaína y en menor grado heroína y solventes, comentando que la principal causa es la búsqueda de respuesta a la incapacidad para establecer un vínculo y a la inquietud de conocer respuesta a las sensaciones que experimenta; establecen que una terapéutica conjunta es la adecuada para controlar dicha comorbilidad; sin embargo no reportan haberla realizado y los resultados obtenidos, que serian importantes e interesantes conocer no sólo el problema, sino resolverlo, por otro lado no mencionan las redes de apoyo de los pacientes y las causas de dicha farmacodependencia, que bien pudiesen ser por otra patología preexistente como depresión y ansiedad que también requiere tratamiento.

Halperin (2000), en el Instituto de Salud Mental de la ciudad de Perth Australia, en un estudio realizado a pacientes esquizofrénicos con diagnóstico comórbido con ansiedad, al cual se aplicó terapia cognitiva-conductual, para valorar diferencias en la evolución de la esquizofrenia, observando que efectivamente hubo cambios significativos en la evolución de dichos pacientes, a comparación con pacientes sin dicha intervención; sin embargo no mencionan aquellos pacientes que requirieron terapia farmacológica ansiolítica, dosis y tiempo de empleo, o si algunos pacientes estuvieron recibiendo inductores del sueño con actividad ansiolítica, lo que pudo haber conducido a una mejor respuesta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Kamali (2000), tras un seguimiento de doce meses de 104 pacientes esquizofrénicos hospitalizados en un centro psiquiátrico de Dublín, Irlanda, encontraron que el 40% de los pacientes habían utilizado alguna sustancia alguna vez en su vida y que el 20% continuaba utilizándola, predominando hombres jóvenes; concluyeron que el hecho de encontrar un diagnóstico dual, no contribuía en la intensidad de síntomas positivos o negativos de la enfermedad; tal vez un seguimiento corto para poder hacer dicha afirmación, ya que hay más peso bibliográfico mundial, sobre que la comorbilidad puede hacer que un padecimiento tenga mal pronóstico que si no la tiene, contra el hecho de que dos padecimientos comórbidos no actúen en conjunto y dificulte la evolución.

La comorbilidad es un problema que cada vez con mayor frecuencia encontramos en nuestros pacientes, ya que aquella visión monopolar acerca de que una diferentes síntomas que corresponden a diferentes patologías debían ser considerados como una sola etiología, ha perdido cada vez en mayor grado la fuerza que guardaba, demostrándose en la actualidad que los individuos pueden tener más de una patología al mismo tiempo de ser examinados, por lo que se debe establecer el diagnóstico de todas aquellas enfermedades que padezca la persona, a fin de poder dar el tratamiento adecuado de forma oportuna, es por ello que cada vez más médicos, estudiosos e investigadores a nivel mundial, nos preocupamos por poder establecer adecuadamente los diagnósticos existentes en nuestros pacientes, logrando con ello un tratamiento y rehabilitación integral.

Es evidente que la psiquiatría, continúa evolucionando, y cada vez más se tiene una visión integral del paciente esquizofrénico, comprendiendo que además de su padecimiento principal, tiene otros padecimientos acompañantes no sólo de orden médico general, sino patologías concomitantes psiquiátricas, que en la mayoría de los casos complican el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, por lo que la comunidad médico psiquiátrica mundial, cada vez está más preocupada por encontrar métodos diagnósticos mejores, para con ello poder establecer el mejor tratamiento, por otro lado al encontrar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

comorbilidad psiquiátrica, también buscamos instaurar el mejor tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, a fin de lograr una reintegración de los pacientes a su medio social, logrando con ello además menor número de recaídas. Existen numerosos estudios que contemplan ambos aspectos que en la presente tesis buscamos conjuntar, pero desafortunadamente lo han realizado por separado, teniendo una visión tal vez un poco incompleta, ya que falta el combinar ambos rubros, por lo que éste estudio cobra gran importancia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN:

El tratamiento y rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos, no siempre ha demostrado similares resultados, esto es debido a que generalmente no se realiza el diagnóstico adecuado, ya que generalmente no nos acordamos de que nuestros pacientes son personas que tienen vicios, carencias económicas y la gran mayoría de ellos rechazo social, por lo que no sólo el padecimiento por el cual acuden a consulta es el único que debemos atender, existen otras patologías que en la mayoría de nuestros pacientes acompañan al padecimiento principal, por ello psiquiatras e investigadores buscamos encontrar la mejor manera de establecer diagnóstico adecuado y con ello el tratamiento (incluido en el, un proceso rehabilitatorio); como se ha dicho, muchos de estos pacientes tienen diagnósticos comórbidos sin que los médicos encargados de su tratamiento se percaten de ello, ya que frecuentemente sólo se enfocan al problema ocasionado por el primer diagnóstico (esquizofrenia), con lo que se dificulta el tratamiento, ya que no atienden todas las necesidades terapéuticas de sus pacientes, dejando lagunas inexploradas y descubiertas terapéuticamente a un lado, dificultando al mismo tiempo el proceso rehabilitatorio de los pacientes provocando que frecuentemente requieran atención de emergencia y atención asilar, llevando con ello a un pronóstico obscuro, ya que al no haber una terapéutica adecuada, hay recaídas frecuentes, tornándose las instituciones hospitalarias muy comúnmente en puertas giratorias entrando y saliendo por ellas los pacientes que no han sido diagnosticados adecuadamente y por consiguiente no han recibido un tratamiento y un proceso rehabilitatorio adecuado. Mediante el presente estudio se buscará encontrar diferencias en pacientes esquizofrénicos que cursen sin comorbilidad psiquiátrica y aquellos pacientes esquizofrénicos que tengan además alguna otra patología asociada, atendidos en un PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS, mediante valoraciones previas (ingreso) a los pacientes y valoración posterior (final del proceso rehabilitatorio), logrando un seguimiento a los mismos durante más de seis años.

Dr. Rafael Ortega y Ruiz de Chávez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Debido a que la mitad (50%) de pacientes internados en un hospital psiquiátrico tienen diagnóstico de esquizofrenia (Kaplan 2000) y que de ellos el 60-80%, tienen comorbilidad psiquiátrica (Kaplan 2000), con el presente trabajo se buscará encontrar relación entre comorbilidad psiquiátrica en pacientes esquizofrénicos y el grado de rehabilitación que alcanzan los mismos tras recibir tratamiento farmacológico y psicoterapéutico incluidos en el programa de rehabilitación integral, realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría, los planteamientos que cuestionan y se buscan resolver con la presente tesis son: ¿será posible que tengan mejores resultados aquellos pacientes esquizofrénicos puros en el programa de rehabilitación integral?, ¿acaso tener diagnóstico dual dificulte el tratamiento y rehabilitación en los pacientes esquizofrénicos?, ¿la comorbilidad psiquiátrica será un marcador para establecer parámetros adicionales al PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO?

OBJETIVO GENERAL:

El presente estudio tiene como objetivo general buscar diferencias en pacientes esquizofrénicos en proceso de tratamiento y rehabilitación en el PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO del Instituto Nacional de Psiquiatría, en pacientes con diagnóstico puro de esquizofrenia, pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y alguna otra patología psiquiátrica acompañante, pacientes esquizofrénicos y dos padecimientos comórbidos, pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y tres o más patologías comórbidas psiquiátricas existentes; buscando determinar si a menor comorbilidad psiquiátrica existe mayor índice de rehabilitación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el porcentaje de pacientes esquizofrénicos que cursen con comorbilidad psiquiátrica en el PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO.
- Determinar el porcentaje respectivo para cada grupo por número de diagnóstico comórbido.
- Determinar el grado de rehabilitación alcanzado por cada grupo (esquizofrénicos puros o pacientes con un diagnóstico, dos diagnósticos o tres o más diagnósticos comórbidos), buscando esclarecer diferencias entre ellos y buscando nuevas pautas para su rehabilitación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

DISEÑO:

Se trata de un estudio con diseño quasi-experimental, pretest-postest, prospectivo, de comparación entre dos grupos.

MATERIAL:

La muestra se obtuvo de manera secuencial de los pacientes que acuden a solicitar atención al servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, obteniendo 25 pacientes, de los cuales once pacientes tuvieron un diagnóstico comórbido, siete dos padecimientos comórbidos, cinco tres patologías comórbidas y dos cuatro padecimientos comórbidos.

Los sujetos fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- Pacientes de ambos sexos, con edad entre 16 y 40 años.
- 2.- Residencia en la ciudad de México o área Metropolitana.
- 3.- Educación primaria terminada.
- 4.- Pacientes que reunieran los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo al DSM IV y CIE 10.
- 5.- Que se contara con dos o más familiares que desearan participar en el programa, que tuvieran convivencia estrecha con el paciente y que asumieran la responsabilidad para el cumplimiento del programa.
- 6.- Pacientes que certificaran por escrito su deseo de participar en el programa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1.- Pacientes que no reunieran alguno de los criterios de inclusión.
- 2.- Pacientes gravemente enfermos.
- 3.- Pacientes con efectos colaterales medicamentosos severos.
- 4.- Pacientes con déficit cognoscitivo severo.

PROCEDIMIENTO:

Se seleccionaron los pacientes que llegaron al servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, tomando aquellos pacientes esquizofrénicos, pidiéndoles autorización para participar en el estudio, tomando informado de paciente y responsable; se llevo a cabo una entrevista informativa con los pacientes y familiares; se realizo una evaluación clinica completa, para continuar con el ajuste medicamentoso necesario hasta lograr la estabilidad en el cuadro clinico.

Fueron incluidos los pacientes junto con el familiar responsable, dentro del PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL, obteniendo al ingreso del mismo una evaluación inicial por medio del CIDI y por medio del EFP y al final del mismo se volvió a aplicar nuevamente el EFP

Se aplicaron la cédula de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), para establecer diagnóstico; la Escala del Funcionamiento Psicosocial (EFP), diseñada en el Instituto Nacional de Psiquiatría (Valencia 1988), para evaluar el funcionamiento psicosocial, comprendiendo las siguientes áreas: global, ocupacional, social, sexual-pareja y familiar.

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA INTERNACIONAL COMPUESTA

Fue desarrollada por la indicación y apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Administración de Salud Mental, Abuso de Drogas y Alcohol de los Estados Unidos (ASMADEU), en el contexto de un proyecto conjunto de ambas organizaciones que arrancó en 1979 y que se instrumentó en la Conferencia Internacional de Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos Mentales y Problemas Relacionados con Alcohol y Drogas (WHO y ADAMHA, 1985).

Dr. Rafael Ortega y Ruiz de Chávez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El CIDI fue diseñado para estudios epidemiológicos y transculturales de psicopatología. Dichos estudios se encuentran en las estimaciones de prevalencia, patrones de comorbilidad y estudio de factores de riesgo.

Muchas de las características del CIDI fueron adaptadas del DIS en el sentido de su total estructuración y la posibilidad de ser utilizada en diferentes contextos culturales. A diferencia del DIS, en el que las respuestas son dicotómicas (sí o no), el CIDI admite cinco diferentes respuestas: a) ausente, b) presente, en un nivel subclínico de severidad, c) presente, pero debido a ingesta de drogas, d) presente, pero debido a una causa orgánica, y e) claramente presente. Por otro lado, se incorporaron además aspectos esenciales del PSE, que fueron ajustados para su incorporación al DIS, cuidando la redacción para su aplicación por entrevistadores legos. Dentro de la adecuación transcultural, se permitió que ciertos reactivos fueran modificables para señarse a la idiosincrasia local. Por ejemplo, en países donde volar en un avión no es un evento tan frecuente, se sustituyó por medios de transporte más convencionales (Janca y cols, 1992). Otro punto importante del CIDI es que su diseño fue planeado para incorporarse a todos los sistemas de clasificación de enfermedades mentales, incluyendo el CIE 10 y el DSM IV.

Desde el punto de vista psicométrico, Wittchen y cols. (1991), estudiaron la aceptación transcultural y la confiabilidad del CIDI en 575 sujetos de 18 centros alrededor del mundo, encontrando índices Kappa de concordancia en los diagnósticos entre evaluadores de 0.67 para los trastornos de somatización hasta 0.99 para el trastorno de crisis de pánico con agorafobia. La aceptación del instrumento fue calificada como aceptable en 49.3% de los sujetos, moderada en 41.5% y pobre en 9.2%.

La traducción al castellano y parte del diseño global de instrumento se llevó a cabo en Puerto Rico y se encuentra en México con algunas adaptaciones al idioma (División de investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Nacional de Psiquiatría).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vega y cols. (1998), realizaron modificaciones al CIDI para su uso en poblaciones mexicanas que radicaban en USA, en el cual incorporaron elementos culturales y lingüísticos, así como indicadores de expresiones del idioma, concernientes al malestar psicológico. Un grupo de expertos realizaron la revisión de la traducción de cada reactivo del instrumento, enfatizando las adaptaciones culturales y lingüísticas del instrumento a la población de estudio. A su vez, se desarrolló un programa computarizado para la administración del instrumento, para lo cual el clínico requiere de un entrenamiento práctico.

Loerch (2000), publica un artículo de validación de la escala PRIME MD, elaborado en la Universidad de Mainz, Alemania, comparándolo con el CIDI, encontrando que la escala elaborada en dicho país, no fue superior al CIDI, y que el segundo continúa siendo un instrumento confiable.

Wittchen (1998), en la Universidad de Munich Alemania, realizó la validación de la CIDI, para utilizar un instrumento que cumpla con criterios diagnósticos del DSM IV; concluyendo que es confiable y cumple con las necesidades requeridas.

Cooper (1998), publicó la validación de la CIDI, para pacientes con psicosis, en el hospital de St Vincent, en New South Wales, Australia.

Kiejna (1998), publicó la validación de la CIDI, realizada por la Universidad de Polonia, ya que debido a problemas derivados del gasto público limitado, buscaban un instrumento confiable, económico, que cumpliera con los criterios diagnósticos del DSM IV y de la CIE 10.

Peters (1998), publicó la validación de la CIDI, para pacientes con depresión y ansiedad, en el hospital de St Vincent, en New South Wales, Australia.

TESIS CON
PALA DE ORIGEN

ESCALA DE DESEMPEÑO COTIDIANO

La Escala de Desempeño Cotidiano fue producto de concertación de investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría, dirigidos por el Maestro Dr. Ramón De La Fuente, siendo un instrumento que en varias ocasiones ha demostrado buena utilidad; siendo utilizado en varias ocasiones y comparado con otros instrumentos, siendo empleado para evaluar el programa de rehabilitación desde sus inicios (Díaz-Martínez, 1996, 1998 y 1999), demostrando que dicho cuestionario es adecuado para lo que pretende medir.

Descripción de las variables de la Escala de Desempeño Cotidiano

Consta de veinte variables:

- La primera interroga la comunicación con los miembros de su familia.
- La segunda valora participación en tareas del hogar.
- La tercera es acerca sobre participación en reuniones familiares en casa.
- La cuarta habla sobre antagonismos con miembros de la familia.
- La quinta variable valora aseo personal.
- La sexta acerca de asistencia escolar.
- La séptima cuestiona rendimiento escolar.
- La octava es sobre actividades durante tiempo libre.
- La novena interroga visitas a amigos.
- La décima califica forma de comer.
- La décima primera sobre frecuencia de consumo de alcohol.
- La décima segunda es acerca de intensidad del consumo de alcohol.
- La décima tercera interroga tabaquismo.

TESIS CON
 FALSA DE ORIGEN

- La décima cuarta cuestiona agitación e inquietud del paciente.
- La décima quinta se refiere a trastornos del sueño.
- La décima sexta sobre relaciones amistosas, noviazgo o matrimonial.
- La décima séptima califica la forma de dichas relaciones.
- La décima octava variable es sobre existencia de actividad laboral.
- La décima novena interroga sobre remuneración por dicha actividad.
- Y la vigésima acerca del desempeño laboral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

El análisis estadístico de los datos se realizó por medio de SPSPC.

El análisis de los resultados se realizó mediante, t-test for Paired Samples para ver si se encontraban asociaciones entre el número de diagnósticos y los diferentes reactivos que comprenden la escala de desempeño cotidiano, dividiendo a los pacientes en dos grupos, el primero constituido por pacientes con diagnóstico puro de esquizofrenia, pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y uno o dos padecimiento psiquiátrico comórbidos. Y un segundo grupo constituido por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y tres o más padecimientos comórbidos psiquiátricos.

También se utilizó la prueba no paramétrica de Wiconxon, sin embargo al no arrojar resultados significativos, se utilizó la prueba t de muestras pareadas.

Para el análisis de los datos, se agruparon a los pacientes en dos, el primero constituido por pacientes esquizofrénicos sin padecimientos comórbidos, pacientes esquizofrénicos con uno y dos diagnósticos y un segundo grupo con pacientes esquizofrénicos con tres o más diagnósticos comórbidos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS:**DATOS DEMOGRÁFICOS**

A continuación se presentan los resultados globales de los 25 pacientes que comprendieron la muestra; divididos en género se reporta que fueron 20 hombres (80%) y 5 mujeres (20%); cuya media de edad fue de 28.4 años, desviación estándar de 8.08; en cuanto a escolaridad la media fue de 14.2 y una desviación estándar de 3.3. En relación al sexo, la media de edad de los 20 hombres (80%) fue de 29.2, desviación estándar 3.1, con una media de escolaridad de 15.5, desviación estándar 3.1; y para las 5 mujeres (20%), la media de edad fue de 25.6 desviación estándar 6.9 y una escolaridad de 10.8, desviación estándar 1.3.

FRECUENCIA Y PORCENTAJE POR NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS

No. De diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
1	11	44.0%
2	7	28.0%
3	5	20.0%
4	2	8.0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA Y PORCENTAJE POR NÚMERO DE
DIAGNÓSTICOS EN HOMBRES

No. De diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
1	10	50.0%
2	4	20.0%
3	5	25.0%
4	1	5.0%

FRECUENCIA Y PORCENTAJE POR NÚMERO DE
DIAGNÓSTICOS EN MUJERES

No. De diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
1	1	20.0%
2	3	60.0%
3	0	0%
4	1	20.0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRUEBA t DE MUESTRAS PAREADAS

En la variable de "comunicación del paciente con los miembros de su familia", reportó al primer grupo una media de ingreso de 1.83, una media de egreso de 2.61; desviación estándar de ingreso .85 y al egreso 2.61 y una $p=.006$ y al segundo grupo una media de ingreso de 1.00, una media de egreso de 2.42; desviación estándar de ingreso .00 y al egreso .53 con una $p=.000$; lo que muestra significancia en ambos grupos

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	1.83	2.61	.85	2.61	.006
2	1.00	2.42	.00	.53	.000

En la variable de "participación en el trabajo" el primer grupo una media de ingreso de 2.16, una media de egreso de 2.27; desviación estándar de ingreso .61 y al egreso .75 y una $p=.607$ y al segundo grupo una media de ingreso de 2.00, una media de egreso de 2.28; desviación estándar de ingreso .57 y al egreso .75, con una $p=.35$; sin significancia en ningún grupo

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	2.16	2.27	.61	.75	.607
2	2.00	2.28	.57	.75	.35

En cuanto a "participación en reuniones familiares" el primer grupo presentó una media de ingreso de 1.88, una media de egreso de 2.55; desviación estándar de ingreso .58 y al egreso .51 y una $p=.002$ y al segundo grupo una media de ingreso de 1.57, una media de egreso de 2.71; desviación estándar de ingreso .53 y al egreso .48, con una $p=.005$; mostrando mejoría en ambos grupos.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	1.88	2.55	.58	.51	.002
2	1.57	2.71	.53	.48	.005

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respecto a "antagonismos especiales" con otro el primer grupo con una media de ingreso de 1.72, una media de egreso de 1.83; desviación estándar de ingreso .57 y al egreso .38 y una $p=.430$ y al segundo grupo una media de ingreso de 1.57, una media de egreso de 1.71; desviación estándar de ingreso .53 y al egreso .48, con una $p=.60$; que no tiene significancia en ningún grupo.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	1.72	1.83	.57	.38	.430
2	1.71	2.16	.53	.48	.60

Si el paciente "cuidaba de su aseo personal" el primer grupo tuvo una media de ingreso de 3.44, una media de egreso de 2.94; desviación estándar de ingreso .70 y al egreso .23 y una $p=.008$ y al segundo grupo una media de ingreso de 3.42, una media de egreso de 3.00; desviación estándar de ingreso .78 y al egreso .00, con una $p=.200$; lo que muestra significancia sólo en el primer grupo.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	3.44	2.94	.70	.23	.008
2	3.42	3.00	.78	.00	.200

La variable que interroga si el paciente "acude a la escuela" mostró en el primer grupo una media de ingreso de 1.41, una media de egreso de 1.41; desviación estándar de ingreso .71 y al egreso .79 y una $p=1.00$ y al segundo grupo una media de ingreso de 1.00, una media de egreso de 1.57; desviación estándar de ingreso .00 y al egreso .97, con una $p=.172$; sin significancia en ninguno.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	1.41	1.41	.71	.79	1.00
2	1.00	1.57	.00	.97	.172

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“Que actividades lleva a cabo el paciente en su tiempo libre” el primer grupo con una media de ingreso de 1.83, una media de egreso de 2.61; desviación estándar de ingreso .51 y al egreso .51 y una $p=.08$ y al segundo grupo una media de ingreso de 1.85, una media de egreso de 2.14; desviación estándar de ingreso .37 y al egreso .37, con una $p=.172$; no muestra significancia para ninguno.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	1.83	2.61	.51	.51	.08
2	1.85	2.14	.37	.37	.172

Con respecto que si “salía a visitar amigos” el primer grupo con una media de ingreso de 1.50, una media de egreso de 1.72; desviación estándar de ingreso .51 y al egreso .71 y una $p=.331$ y al segundo grupo una media de ingreso de 1.28, una media de egreso de 2.00; desviación estándar de ingreso .48 y al egreso .57, con una $p=.04$; sin significancia en ninguno.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	1.50	1.72	.51	.71	.331
2	1.28	2.00	.48	.57	.04

En la “forma de comer” el primer grupo con una media de ingreso de 1.61, una media de egreso de 1.72; desviación estándar de ingreso .50 y al egreso .46 y una $p=.430$ y al segundo grupo una media de ingreso de 1.28, una media de egreso de 1.71; desviación estándar de ingreso .48 y al egreso .48, con una $p=.200$; sin significancia en ninguno.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	1.61	1.72	.50	.46	.430
2	1.28	1.71	.48	.48	.200

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“Frecuencia de consumo de alcohol” en el primer grupo con una media de ingreso de 2.93, una media de egreso de 2.43; desviación estándar de ingreso .25 y al egreso .72 y una $p=.006$ y al segundo grupo una media de ingreso de 3.00, una media de egreso de 2.71; desviación estándar de ingreso .00 y al egreso .48, con una $p=.172$; mostrando significancia en el primer grupo solamente.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	2.93	2.43	.25	.72	.006
2	3.00	2.71	.00	.48	.172

“Cantidad de copas en un día típico” en el primer grupo con una media de ingreso de 3.50, una media de egreso de 3.00; desviación estándar de ingreso .95 y al egreso .00 y una $p=.50$ y al segundo grupo una media de ingreso de .00, una media de egreso de .00; desviación estándar de ingreso .00 y al egreso .00, con una $p=no$ valorable; sin significancia en ninguno.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	3.50	3.00	.95	.00	.50
2	.00	.00	.00	.00	

En cuanto a “tabaquismo” en el primer grupo con una media de ingreso de 2.16, una media de egreso de 2.81; desviación estándar de ingreso .60 y al egreso 1.25 y una $p=.08$ y al segundo grupo una media de ingreso de 2.71, una media de egreso de 3.28; desviación estándar de ingreso .48 y al egreso .75, con una $p=.172$; sin significancia en ninguno.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	2.16	2.81	.60	1.25	.08
2	2.71	3.28	.48	.75	.172

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si el paciente se encontraba “muy inquieto o agitado” en el primer grupo con una media de ingreso de 2.38, una media de egreso de 2.72; desviación estándar de ingreso .69 y al egreso .57 y una $p=.11$ y al segundo grupo una media de ingreso de 2.42, una media de egreso de 2.85; desviación estándar de ingreso .97 y al egreso .37, con una $p=.350$; sin significancia en ninguno.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	2.38	2.72	.69	.57	.11
2	2.42	2.85	.97	.37	.350

En cuanto a si el paciente tenía “problemas para dormir” en el primer grupo con una media de ingreso de 1.64, una media de egreso de 1.88; desviación estándar de ingreso .49 y al egreso .69 y una $p=.16$ y al segundo grupo una media de ingreso de 1.71, una media de egreso de 1.85; desviación estándar de ingreso .48 y al egreso .37, con una $p=.604$; sin significancia en ninguno.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	1.64	1.88	.49	.69	.16
2	1.71	1.85	.48	.37	.604

En la vida personal del paciente que valora si tenía “relaciones amistosas o de noviazgo” el primer grupo reportó una media de ingreso de 1.55, una media de egreso de 1.65; desviación estándar de ingreso .61 y al egreso .23 y una $p=.003$ y al segundo grupo una media de ingreso de 1.28, una media de egreso de 1.00; desviación estándar de ingreso .48 y al egreso .00, con una $p=.172$; encontrando sólo significancia en el primer grupo.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	1.55	1.65	.61	.23	.003
2	1.28	1.00	.48	.00	.172

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En "actividades laborales" el primer grupo con una media de ingreso de 1.61, una media de egreso de 2.00; desviación estándar de ingreso .85 y al egreso 1.02 y una $p=.185$ y al segundo grupo una media de ingreso de 1.00, una media de egreso de 1.57; desviación estándar de ingreso .00 y al egreso .97, con una $p=1.72$; sin significancia en ninguno.

Grupo	X ingreso	X egreso	DVS ingreso	DVS egreso	P
1	1.61	2.00	.85	1.02	.185
2	1.00	1.57	.00	.97	1.72

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**DESEMPEÑO COTIDIANO DE LOS PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS PUROS, PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
CON UNO Y DOS DIAGNÓSTICOS COMORBIDOS,
PERTENECIENTES AL GRUPO I**

Variable	INGRESO		EGRESO		
	X	DVS	X	DVS	P
El paciente se comunicaba	1.83	.85	2.16	2.610	.006
Participaba en trabajos del hogar	2.16	.61	2.27	.75	.607
Participaba en reuniones familiares	1.88	.58	2.55	.51	.002
Tenia Antagonismos	1.72	.57	1.83	.38	.430
El paciente cuidaba su aseo personal	3.44	.70	2.94	.23	.008
Acudía a la escuela	1.41	.71	1.41	.79	1.00
Cual era el rendimiento escolar	----	----	----	----	----
Que actividades llevaba a cabo	1.83	.51	2.16	.51	.08
Salía a visitar amigos	1.50	.51	1.72	.75	.331
Forma de comer	1.61	.50	1.72	.46	.430
Si el paciente se encontraba inquieto o agitado	2.38	.69	2.72	.57	.11
El paciente tenía problemas para dormir	1.64	.49	1.88	.69	.16
El paciente tenía relaciones amistosas	1.55	.61	1.65	.23	.003
Como eran esas relaciones	2.16	.40	2.50	.54	.17
Frecuencia de consumo de alcohol	2.93	.25	2.43	.72	.006
Cuántas copas tomaba	3.50	.95	3.00	.00	.50
Con respecto a tabaquismo	2.16	.60	2.81	1.25	.08
Si el paciente tenía alguna actividad	1.61	.85	2.00	1.02	.185
Esa actividad era remunerada	3.00	.00	2.50	1.00	.39
Como se desempeñaba en su trabajo	1.75	.93	3.00	.00	.08

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**DESEMPEÑO COTIDIANO DE LOS PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS CON TRES O MÁS DIAGNÓSTICOS
COMORBIDOS, PERTENECIENTES AL GRUPO II**

Variable	INGRESO		EGRESO		P
	X	DVS	X	DVS	
El paciente se comunicaba	1.00	.00	2.42	.53	.000
Participaba en trabajos del hogar	2.00	.57	2.28	.75	.35
Participaba en reuniones familiares	1.57	.53	2.71	.48	.005
Tenia Antagonismos	1.57	.53	1.71	.48	.60
El paciente cuidaba su aseó personal	3.42	.78	3.00	.00	.200
Acudía a la escuela	1.00	.00	1.57	.97	.172
Cual era el rendimiento escolar	-----	-----	-----	-----	-----
Que actividades llevaba a cabo	1.85	.37	2.14	.37	.172
Salía a visitar amigos	1.28	.48	2.00	.57	.04
Forma de comer	1.28	.48	1.71	.48	.200
Si el paciente se encontraba inquieto o agitado	2.42	.97	2.85	.37	.350
El paciente tenía problemas para dormir	1.71	.48	1.85	.37	.604
El paciente tenía relaciones amistosas	1.28	.48	1.00	.00	.172
Como eran esas relaciones	2.00	-----	3.00	-----	-----
Frecuencia de consumo de alcohol	3.00	.00	2.71	.48	.172
Cuántas copas tomaba	-----	-----	-----	-----	-----
Con respecto a tabaquismo	2.71	.48	3.28	.75	.172
Si el paciente tenía alguna actividad	1.00	.00	1.57	.97	.172
Esa actividad era remunerada	-----	-----	-----	-----	-----
Como se desempeñaba en su trabajo	-----	-----	-----	-----	-----

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**DESEMPEÑO COTIDIANO COMPARANDO PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS PUROS, PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
CON UNO O DOS DIAGNÓSTICOS COMÓRBIDOS (GRUPO I) Y
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CON TRES O MÁS
DIAGNÓSTICOS COMÓRBIDOS (GRUPO II)**

Variable	GRUPO I	GRUPO II
	P	P
El paciente se comunicaba	.006	.000
Participaba en trabajos del hogar	.607	.35
Participaba en reuniones familiares	.002	.005
Tenia Antagonismos	.430	.60
El paciente cuidaba su aseo personal	.008	.200
Acudía a la escuela	1.00	.172
Cual era el rendimiento escolar	-----	-----
Que actividades llevaba a cabo	.08	.172
Salía a visitar amigos	.331	.04
Forma de comer	.430	.200
Si el paciente se encontraba inquieto o agitado	.11	.350
El paciente tenía problemas para dormir	.16	.604
El paciente tenía relaciones amistosas	.003	.172
Como eran esas relaciones	.17	-----
Frecuencia de consumo de alcohol	.006	.172
Cuántas copas tomaba	.50	-----
Con respecto a tabaquismo	.08	.172
Si el paciente tenía alguna actividad	.185	1.72
Esa actividad era remunerada	.39	-----
Como se desempeñaba en su trabajo	.08	-----

VARIABLES SIGNIFICATIVAS EN LA ESCALA DE DESEMPEÑO COTIDIANO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS PUROS, PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CON UNO O DOS DIAGNÓSTICOS COMÓRBIDOS (GRUPO I), COMPARADOS CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CON TRES O MÁS DIAGNÓSTICOS COMÓRBIDOS (GRUPO II), EN LA MISMA VARIABLE

Variable	GRUPO I	GRUPO II
	P	P
El paciente se comunicaba	.006	.000
Participaba en reuniones familiares	.002	.005
El paciente cuidaba su aseo personal	.008	.200
El paciente tenía relaciones amistosas	.003	.172
Frecuencia de consumo de alcohol	.006	.172

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN:

Es uno de los primeros estudios que busca correlacionar comorbilidad psiquiátrica en pacientes esquizofrénicos con el desempeño psicosocial, ya que no hay reportado en la literatura algún estudio que lo hubiese realizado.

En éste estudio predomina los pacientes con un solo diagnóstico y la mayoría fueron hombres (80%), lo cual no tiene correlación histórica, ya que en otros estudios no se analizaron dichas variables.

Con respecto al desempeño cotidiano se obtuvo mejoría en la mayoría de los reactivos al ser comparado test-retest, resultando significativa sólo en algunos reactivos, principalmente en el grupo I (pacientes con esquizofrenia, sin comorbilidad, con uno o dos diagnósticos comórbidos) en contraste con el grupo II (pacientes esquizofrénicos con tres o más diagnósticos comórbidos), teniendo significancia en los rubros de comunicación del paciente, siendo mejor en el grupo II, con respecto a asistencia a reuniones familiares, siendo mejor en el grupo I, en el aseo personal, también la mejoría la tuvo el grupo I, así como en los aspectos de relaciones amistosas y con respecto al alcoholismo.

El número de pacientes esquizofrénicos con diagnósticos comórbidos, coincide con el señalado por otros autores (Erlenmeyer, 1997; Cassano, 1998), quienes indican que la esquizofrenia frecuentemente se asocia con otros diagnósticos psiquiátricos, por lo que es más difícil manejarla.

En el desempeño cotidiano, el grupo mostró diferencias significativas en la mayoría de las áreas estudiadas, sobre todo en las que se refieren al autocuidado, a la socialización, a la comunicación y a algunos aspectos de la sintomatología, como los trastornos del sueño, la inquietud y la agitación psicomotriz.

Este estudio es importante, ya que marca el inicio en el estudio de los pacientes esquizofrénicos y su rehabilitación, teniendo en cuenta la comorbilidad que presentan, y debe alentarnos, para continuarlo, buscando incorporar un mayor número de pacientes, para lograr hacer un análisis significativo.

Como menciona del maestro De la Fuente en varios de su trabajos, el tratamiento médico y rehabilitatorio son procesos complementarios e inseparables en el manejo médico de los pacientes mentales; el tratamiento farmacológico está orientado a corregir las alteraciones del pensamiento y de la percepción, así como los síntomas negativos, logrando restablecer el contacto con la realidad de la persona y poder iniciar intervenciones psicoterapéuticas y rehabilitatorias requiriendo para ello, participación activa de un grupo interdisciplinario de psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y personal voluntario, todos ellos bajo la dirección de médicos profesionales calificados, habiéndose aplicado dichos conceptos y logrado con ello buenos resultados, los cuales se reflejan en el funcionamiento y reinserción de nuestros pacientes en su medio ambiente.

Un error común en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, es considerar al paciente de forma individual, separado del grupo familiar, evitando conocer el ambiente familiar como unidad, que puede ser predictor de recaídas y rehospitalizaciones. Por ello constituye la familia un papel importante en el funcionamiento global del paciente y su apego terapéutico, es por ello que durante la realización del estudio, uno de los criterios de inclusión fue que el paciente contara con un familiar acompañante, para con ello lograr que el familiar pudiese participar y así hacer que la información se transmitiera a toda la familia,, logrando con ello una participación general de la misma.

CONCLUSIONES:

- Se comprobó la hipótesis, ya que se encontró mejoría en más puntos de la Escala en el grupo I, que en la escala del grupo II
- Se encontró que pacientes con menor comorbilidad psiquiátrica asociada a esquizofrenia, la mejoría fue mayor, aunque no se refleja en todos los puntos de la escala si lo hace en varios de ellos, lo cual puede hablar de que a menor comorbilidad psiquiátrica, mejor pronóstico.
- Por lo tanto, se concluye que este programa es eficaz para rehabilitar a los pacientes esquizofrénicos y para apoyar a sus familiares, no sólo mientras dura el tratamiento, sino que a largo plazo, por el seguimiento que se ha dado a los pacientes y al estudio.
- Se logró al obtener los resultados que los pacientes con menor número de diagnósticos comórbidos

LIMITACIONES:

- La principal limitante en la elaboración de ésta tesis fue el número de pacientes incluidos.
- Otra más lo fue la falta de sensibilidad en algún reactivo de la Escala de Funcionamiento Psicosocial, para medir más a fondo las actividades del paciente.
- El mayor porcentaje de los pacientes sólo tuvo un diagnóstico, por lo que la comorbilidad fue poca y variada.

SUGERENCIAS:

- Para estudios posteriores buscar aumentar el número de pacientes.
- Buscar reclutar mayor número de pacientes esquizofrénicos con comorbilidad psiquiátrica, a fin de poder valorar mejor la participación de otros diagnósticos existentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA:

KAPPLAN H, SADOK B Tratado de psiquiatría de Kaplan, Ed. Panamericana décima edición, pp 356-357, 927; 2000.

HENRI EY, BERNARD P, BRISSET C. Tratado de Psiquiatría Masson S.A; 8ª edición; pp 52-55; 1995

GOODMAN GILMAN A, RALL T, NIES A, TAYLOR P. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica Panamericana; 8ª edición; pp 381-402; 1991

APIQUIAN R, FRESÁN A, NICOLINI H. Evaluación de la Psicopatología JGH Editores; 1ª edición; 2000; pp 1-11

DÍAZ-MARTÍNEZ R, MUROW E, ORTEGA H, VALENCIA M, RASCÓN M, RAMÍREZ I. El manejo Integral del pacientes esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud Mental V.19, No 4, diciembre de 1996 Pp 1-7.

DÍAZ-MARTÍNEZ R, ORTEGA H, VALENCIA M, MUROW E, RAMÍREZ I. Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico Fac Med UNAM, vol 41, No 2, marzo-abril 1998
Pp 51-59

DÍAZ-MARTÍNEZ R, MUROW E, ORTEGA H, RASCÓN M. El programa de Rehabilitación Integral del pacientes esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. Salud Mental, Número Especial, 1999 Pp 104-113

Gispén-de Wied CC, Rudolf Magnus Institute for Neuroscience, Department of Psychiatry (A01.126), Stress in schizophrenia: an integrative view. Eur J Pharmacol 2000 Sep 29 ;405 (1-3): 375-384 University Medical Center, PO Box 85500, 3508 GA, Utrecht, Holanda.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Leclerc C, Lesage AD, Ricard N, Lecomte T, Cyr M Assessment of a new rehabilitative coping skills module for persons with schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 2000 Jul; 70 (3):380-8 Estados Unidos de Norteamérica.

Gruszczynski W, Tsirigotis K, Trois-Rivieres. Katedry Kliniki The needs structure of outpatients with paranoid schizophrenia. Department of Health Sciences, University of Quebec, *Psychiatr Pol* 2000 Mar-Apr;34(2):249-65 Canada.

Halperin S, Nathan P, Drummond P, Castle D Psychiatrii WAM w Lodzi. A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2000 Oct;34(5):809-13 Australia.

Nieznanski M, Zespolu, Leczenia, Srodowiskowego, IPiN w Warszawie. Cognitive training: prospects and limitations of the new form of rehabilitation in schizophrenia. *Psychiatr Pol* 2000 Mar-Apr;34(2):267-74 Polonia.

Brekke JS, Long JD Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26(3):667-80 Estados Unidos de Norteamérica.

Bradshaw W. Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: results of a three year trial. *Community Ment Health J* 2000 Oct;36(5):491-500 Estados Unidos de Norteamérica.

Broker M, Keller A, Konig-Haase M, Priebe S Political change in East Germany 1989-90 in the lives of chronic schizophrenic patients. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000 Aug;68(8): 380-6 Royal London School of Medicine. Inglaterra.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Kallert TW, Leisse M. Normative needs for care of schizophrenics: a useful concept for community psychiatric planning. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000 Aug;68(8):363-79 Polonia.

Wexler BE, Anderson M, Fulbright RK, Gore JC Preliminary evidence of improved verbal working memory performance and normalization of task-related frontal lobe activation in schizophrenia following cognitive exercises. *Am J Psychiatry* 2000 Oct;157(10):1694-7 Estados Unidos de Norteamérica.

Beck AT, Rector NA Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new Millennium. *Am J Psychother* 2000 summer;54(3):291-300 Estados Unidos de Norteamérica.

Lester Grinspoon, James Bakalar What Is the Relationship between Schizophrenia and Substance Abuse? *Health Harvard*, Vol 17, No 4, oct 2000 Estados Unidos de Norteamérica.

Turkington D, Kingdon D Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *Br J Psychiatry* 2000 Aug;177:101-6 Inglaterra.

Loerch B, Szegedi A, Kohnen R, Benkert O The primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD), German version: a comparison with the CIDI. *J Psychiatr Res* 2000 May-Jun;34(3):211-20 Alemania.

Cooper L, Peters L, Andrews G Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *J Psychiatr Res* 1998 Nov-Dec;32(6):361-8 Australia.

Kiejna A, Grzesiak M, Kantorska-Janiec M, Katedry i Kliniki The Composite International Diagnostic Interview: possibilities of utilization for economic studies in psychiatry. *Psychiatrii AM we Wroclawiu*. *Psychiatr Pol* 1998 Jul-Aug;32(4):463-79 Polonia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Wittchen HU, Lachner G, Wunderlich U, Pfister H Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998 Nov;33(11):568-78 Alemania.

Lachner G, Wittchen HU, Perkonig A, Holly A, Schuster P, Wunderlich U, Turk D, Garczynski E, Pfister H Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. Eur Addict Res 1998 Mar;4(1-2):28-41 Alemania.

Peters L, Clark D, Carroll F Are computerized interviews equivalent to human interviewers? CIDI-Auto versus CIDI in anxiety and depressive disorders. Psychol Med 1998 Jul;28(4):893-901 Australia.

Andrews G, Peters L The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998 Feb;33(2):80-8 Australia

Swofford CD, Scheller-Gilkey G, Miller AH, Woolwine B, Mance R Double jeopardy: schizophrenia and substance use. Am J Drug Alcohol Abuse 2000 Aug;26(3):343-53 Estados Unidos de Norteamérica.

Ley A, Jeffery DP, McLaren S, Siegfried N Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2000;4:CD001088 Turquia.

Gispén-de Wied CC Stress in schizophrenia: an integrative view. Eur J Pharmacol 2000 Sep 29;405(1-3):375-384 Holanda.

Swofford CD, Scheller-Gilkey G, Miller AH, Woolwine B, Mance R Double jeopardy: schizophrenia and substance use. Am J Drug Alcohol Abuse 2000 Aug;26(3):343-53 Estados Unidos de Norteamérica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Brieger P, Marneros A Comorbidity in psychiatric diseases. Theoretical considerations. *Nervenarzt* 2000 Jul;71(7):525-34 Polonia.

Primm AB, Gomez MB, Tzolova-Iontchev I, Perry W, Vu HT, Crum Mental health versus substance abuse treatment programs for dually diagnosed patients. *J Subst Abuse Treat* 2000 Oct 1;19(3):285-290 Estados Unidos de Norteamérica.

Furlanetto LM, Cavanaugh SA, Bueno JR, Creech SD, Powell LH Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics* 2000 Sep-Oct;41(5):426-32 Brasil.

Schneider B, Weber B, Frensch A, Stein J, Fritz J Vitamin D in schizophrenia, major depression and alcoholism. *J Neural Transm* 2000;107(7):839-42 Alemania

Serper MR, Copersino ML, Richarme D, Vadhan N, Cancro R Neurocognitive functioning in recently abstinent, cocaine-abusing schizophrenic patients. *J Subst Abuse* 2000;11(2): 205-13 Estados Unidos de Norteamérica.

Sullivan EV, Deshmukh A, Desmond JE, Mathalon DH, Rosenbloom MJ, Lim KO, Pfefferbaum A Contribution of alcohol abuse to cerebellar volume deficits in men with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Sep;57(9):894-902 Estados Unidos de Norteamérica.

Balboni G, Battagliese G, Pedrabissi L The psychopathology inventory for mentally retarded adults: factor structure and comparisons between subjects with or without dual diagnosis. *Res Dev Disabil* 2000 Jul-Aug;21(4):311-21 Italia.

Katz G, Shufman E, Knobler HY, Joffe M, Bar-Hamburger R, Durst R Drug abuse among patients requiring psychiatric hospitalization. *Harefuah* 2000 Jun 15;138(12):1015-8, 1088 Alemania.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E
The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on
suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. Acta
Psychiatr Scand 2000 Jun;101(6):452-6 Irlanda

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS...
DE LA BIBLIOTECA...