

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

"EL DESEMPEÑO COTIDIANO EN EL HOGAR ANTES Y DESPUÉS DE UN
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A

DR. PEDRO GONZALEZ JAUREGUI ZUBIZARRETA

ENERO, 2003

3



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

"EL DESEMPEÑO COTIDIANO EN EL HOGAR ANTES Y DESPUÉS DE UN
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A

DR. PEDRO GONZALEZ JAUREGUI ZUBIZARRETA

DIRECTOR DE TESIS: DRA. LEONILA ROSA DIAZ MARTINEZ

ENERO, 2001.

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

NOMBRE: Pedro Lopez Jarama

Zubizarreta

FECHA: 29-11-03

FIRMA: _____

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES.....	5
JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
OBJETIVOS.....	22
METODOLOGIA.....	23
ANALISIS DE LOS DATOS.....	29
RESULTADOS.....	30
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	38
SUGERENCIAS.....	40
BIBLIOGRAFIA.....	41
ANEXOS.....	54

INTRODUCCION

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica, progresiva y que provoca deterioro en los procesos de la adaptación psicológica individual, familiar (tanto en las relaciones interpersonales como en el desempeño de actividades dentro del hogar), laboral y social, en la que se han documentado anormalidades en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognoscitivos, que se caracteriza por: a) síntomas positivos como son las alteraciones del pensamiento (delirios o ideas delirantes), del lenguaje, de la sensopercepción (ilusiones, alucinaciones), del juicio (pérdida total o parcial del contacto con la realidad) y de la función motora (manerismos y estereotipias) y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico que parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales y b) síntomas negativos que reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales en el ámbito de la expresión emocional, de la fluidez del pensamiento y el lenguaje, y en la iniciativa y persistencia en actividades dirigidas a un fin y principalmente sobre la productividad, (DSM-IV 1994).

Las características de esta enfermedad se manifiestan a través de una disfuncionalidad cognoscitiva y emocional donde están implicados por un lado los procesos básicos del comportamiento como son la percepción, el pensamiento, el lenguaje, y la comunicación y por otro lado la voluntad, la motivación y la afectividad. Las primeras manifestaciones de esta enfermedad son el aislamiento social revelando soledad, desesperanza y miedo (Kolb, 1976). La esquizofrenia es considerada como el más severo de los trastornos mentales (DSM-IV, 1994), se presenta en nuestro país, al igual que en otros con una alta frecuencia en la población en general, alrededor del 1% (Caraveo, 1996).

Al igual que muchas enfermedades crónicas, la esquizofrenia se caracteriza por recaídas frecuentes. Diversos estudios (Braceland, 1975; Brenner, 1990; Steinhart, 1992; Kissling, 1994; McKenna, 1994; APA, 1997; Jeste, 1996; Wiersma, 1998), señalan que más del 80% de los pacientes tiene recaídas después del primer episodio. Cuando se administra el tratamiento farmacológico adecuado, hay más posibilidades de controlar la enfermedad a pesar de lo cual suele observarse en este padecimiento un deterioro gradual que se manifiesta por síntomas negativos (descuido en el arreglo personal, menor capacidad llevar a cabo actividades sociales y de comunicación, deterioro cognoscitivo, pobreza ideativa y afectiva) problemas de conducta, como agresión y síntomas positivos mal controlados (APA, 1997; McKenna, 1994; Kissling, 1994). Otro de los aspectos importantes en el desarrollo de la enfermedad es el desempeño del paciente dentro del hogar tanto en las relaciones interpersonales con otros miembros de la familia así como el incumplimiento de las tareas cotidianas.

Aún si se maneja apropiadamente la medicación, las recaídas se presentan hasta en 40 y 50% de los pacientes (Ciompi, 1980; Roger, 1988; APA, 1997; Ventura, 1992). Aunado a lo anterior, un porcentaje muy alto de los pacientes esquizofrénicos no hospitalizados (cerca de 60%) no cumplen adecuadamente con el tratamiento (Kissling, 1994).

Para dar respuesta a esta grave problemática, se desarrolló en el Instituto Nacional de Psiquiatría un programa para la rehabilitación integral del paciente esquizofrénico, cuyo objetivo principal es evaluar la eficacia de la rehabilitación integral de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de consulta externa en diferentes áreas: intervención medico-psiquiátrica, dinámica familiar, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia psicosocial, terapias por medio del arte, terapia ocupacional, todas estas estrategias son evaluadas a través de diferentes instrumentos que más adelante se mencionan.

La metodología empleada ha sido la misma desde el inicio del programa (hasta el momento tres fases). Se trata de una investigación con un diseño cuasiexperimental, pretest-postest, prospectivo, que compara dos grupos: el grupo experimental y el grupo control. En donde el grupo control recibe atención médico-psiquiátrica exclusivamente; el grupo experimental, además de recibir este tipo de atención asiste al programa de rehabilitación con las intervenciones anteriormente señaladas. Ambos grupos son evaluados al inicio y final del programa por cada una de las estrategias.

En los tres programas implementados la muestra de pacientes ha sido no probabilística y fue obtenida de manera secuencial en la consulta externa de la Dirección de Servicios Clínicos. Los primeros sujetos reclutados fueron asignados al grupo experimental y los restantes al grupo control. El grupo control recibió atención médico-psiquiátrica, y el grupo experimental, además de recibir este tipo de atención asistió a un programa de intervenciones múltiples de rehabilitación en la consulta externa.

En los grupos se incluyeron a pacientes de ambos sexos de 16 a 45 años de edad con residencia en el área metropolitana, con educación primaria terminada que cumplieran con los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo con el DSMIV (APA, 1994) y CIE 10 (OMS, 1992), que contaran con dos o más familiares que aceptaran participar en el programa, y convivieran estrechamente con el paciente además de asumir la responsabilidad de cumplir con las normas internas del programa como manifestar su deseo de participar en el programa por escrito así como asistir regularmente y cuando el equipo de terapeutas lo requiriera.

ANTECEDENTES

La esquizofrenia, es una de las enfermedades mentales más severas, el DSM-IV menciona que las características esenciales de esta enfermedad es la mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes en una parte significativa de tiempo por un periodo de un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos de trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social y/o laboral del individuo.

Los signos característicos implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen y afectan la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la efectividad, la fluidez y productividad de pensamiento y el habla, la capacidad hedónica (capacidad de sentir placer), la voluntad, la motivación y la atención.

Los signos característicos mencionados anteriormente, se conceptualizan en este manual en dos categorías:

a) Síntomas positivos: que parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones mentales.

Comprenden distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), de la percepción (alucinaciones), del lenguaje, de la comunicación (lenguaje desorganizado), de la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado).

b) Síntomas negativos: los cuales reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales.

Comprenden, restricción del ámbito y de la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objeto (abulia).

Por otra parte, Schneider (1970), definió una serie de síntomas a los que calificó como "síntomas de primer rango", con la idea de conocer las manifestaciones específicas de la enfermedad que han constituido la base del diagnóstico:

- 1.- Sonorización del pensamiento (eco del pensamiento).
- 2.- Robo del pensamiento.
- 3.- Disfunción del pensamiento (los pensamientos no le pertenecen tan slo a uno mismo, sino que de ellos participan todo el mundo).
- 4.- Pensamiento intervenido o interceptado.
- 5.- Pensamiento impuesto.
- 6.- Ocurrencia delirante.
- 7.- Aplanamiento afectivo.
- 8.- Vivencias de extrañeza.
- 9.- Escuchar veces que dialogan entre sí.
- 10.- Escuchar voces que comentan los propios actos.

También describió "síntomas de segundo rango" para la esquizofrenia, aclarando que son inespecíficos de esta patología:

- 1.- Perplejidad.
- 2.- Delirios.
- 3.- Alucinaciones.
- 4.- Reacciones emocionales imprevisibles.
- 5.- Inadecuación de los sentimientos.

En la clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales 10ª. Versión (CIE-10), se menciona que en la fase prodrómica, aparecen ciertos síntomas, como la pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personal, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación. Dada la dificultad para delimitar en el tiempo el inicio de la enfermedad, se ha propuesto la pauta de un mes de duración únicamente para los síntomas específicos y no a cualquiera de los que aparecen en la fase prodrómica.

Mackinnon (1990), refiere que el paciente esquizofrénico puede presentar una gran variedad de síntomas en un momento dado, así como en el curso de su vida; este autor hace una descripción de las cuatro áreas que se encuentran afectadas en estos pacientes y son: afecto, pensamiento, conducta y relaciones interpersonales. En lo que se refiere al Trastorno del afecto, describe que el paciente manifiesta un trastorno en la regulación y la expresión de sus afectos o sus emociones, su experiencia emocional se encuentra disminuída y experimenta dificultad para expresar y comunicar las respuestas emocionales. Es una persona solitaria y la ausencia de placer, lo caracteriza.

El DSM IV propone cinco subtipos de esquizofrenia:

PARANOIDE: consiste en la prevalencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, generalmente delirios de grandeza o persecución. No existe lenguaje desorganizado, no hay comportamientos catatónicos ni afecto aplanado. Los síntomas asociados son ansiedad, ira, retraimiento, discusiones y sentimientos de superioridad.

DESORGANIZADA: se caracteriza por lenguaje y comportamiento desorganizado, lo cual no le permite llevar a cabo actividades de la vida cotidiana y además presenta afectividad desorganizada o aplanada.

INDIFERENCIADA: cumple con dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y aplanamiento afectivo.

CATATONICA: presenta una alteración psicomotora como inmovilidad o exceso de movimiento, repitiendo movimientos como espejo (ecopraxia), repitiendo palabras como eco (ecolalia), repitiendo de forma continua actividades motoras o verbales (estereotipia), y produciendo movimientos estereotipados involuntarios (manerismos)

RESIDUAL: presenta síntomas negativos, empobrecimiento emocional aplanamiento afectivo, aislamiento social, pobreza de lenguaje y actividades motoras, hay ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, catatonía y, en caso de presentarse son muy leves. Este subtipo se presenta generalmente después de cuadros agudos y después de varios años de evolución.

REHABILITACIÓN

La rehabilitación del enfermo mental y su reincorporación a un mejor nivel de funcionamiento personal, social y ocupacional, se remonta al pasado. Se han intentado varios métodos. La historia de los tratamientos para la rehabilitación del enfermo mental es la historia de la actitud y de los prejuicios de la sociedad hacia la enfermedad mental, en particular hacia la esquizofrenia, que se ha considerado como representativa de la enfermedad mental crónica (Wing, 1970).

Feeman y Simmons (1963) señalaron que el paciente rehabilitado con éxito es aquel que puede vivir en un ambiente no médico, con un nivel de rendimiento ocupacional y social comparable al de otros adultos.

Maxwell Jones (1968) entiende por rehabilitación el intento de proporcionar al paciente los medios para su mejor desempeño en la comunidad, que le permitan llevar a cabo el mayor número de actividades compatibles con su personalidad y con los intereses para los cuales está capacitado (Jones, 1952). Ordaz (1991) define a la rehabilitación psiquiátrica como el conjunto de procedimientos biológicos y socio-psicológicos utilizados en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que les imposibilitan un adecuado desempeño social, producto de algún trastorno psiquiátrico, cuyo objetivo fundamental consiste en integrarlos en un contexto social tan similar como sea posible al que tenían antes de enfermar. Se trata de un proceso tendiente a prevenir, reducir y compensar los efectos propios de la enfermedad mental, -que resultan limitantes para un desempeño personal, social y laboral adecuado-, tiene como finalidad mantener y reforzar las capacidades, aptitudes y relaciones interpersonales, mediante la aplicación de medidas de carácter biológico, psicológico, social y vocacional.

De la Fuente (1993), señala que la rehabilitación tiene mucho que ofrecer una vez que se optimiza el manejo sintomático, se trata de un proceso de larga duración en el cual se relacionan los objetivos con las posibilidades. Algunos pacientes podrán alcanzar niveles de funcionamiento similares a los que tenían antes de enfermar, mientras que otros permanecerán con discapacidades importantes el resto de su vida. Se ha hecho evidente que no es sólo la magnitud del daño sino las circunstancias las que señalan los límites de la restauración. Un eje del proceso rehabilitatorio es ayudar a los pacientes a fortalecer su autoestima, mejorar su funcionalidad, lograr mayor autonomía y mejores relaciones humanas.

El objetivo de la rehabilitación es reincorporar al individuo a la comunidad, posiblemente a su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible. De acuerdo con (Wing y Brown, 1970), el proceso debe iniciarse dentro del hospital y debe continuarse a través de la consulta externa, por medio de programas interdisciplinarios y de seguimiento. Sin

embargo, este intento por definir a la rehabilitación tiene el efecto de citar al hospital psiquiátrico como eje de los actos rehabilitatorios y supone que todo enfermo mental deberá llegar inexorablemente al hospital. En la actualidad esto no es indispensable si se sigue la tendencia de la psiquiatría preventiva en el sentido de desarrollar una serie de medidas oportunas que eviten la hospitalización del mayor número de posibles enfermos.

La rehabilitación del enfermo mental y su reincorporación a un mejor nivel de funcionamiento personal, social y ocupacional, se remonta al pasado. Se han intentado varios métodos. La historia de los tratamientos para la rehabilitación del enfermo mental es la historia de la actitud y de los prejuicios de la sociedad hacia la enfermedad mental, en particular hacia la esquizofrenia, que se ha considerado como representativa de la enfermedad mental crónica (Wing, 1970).

A partir de la década de los años cuarenta apareció una esperanza real para el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental por el surgimiento de tratamientos pioneros, algunos poco efectivos, pero que dieron la pauta para probar estrategias farmacológicas que fueron la base del tratamiento actual (Cooper, 1963).

No fue sino hasta la década de los años 50 cuando gracias a los avances farmacológicos se inició un periodo de desinstitucionalización para los enfermos mentales que tuvo su mayor apogeo en los años 70. De la fuente (1993), señala que a partir de entonces, la restitución parcial del juicio de realidad, y la conciencia de enfermedad en algunos pacientes, hizo posible el manejo personalizado y la rehabilitación psicológica y social de los pacientes que antes era difícil abordar por la dificultad que había para establecer con ellos una relación significativa.

Como resultado del movimiento masivo de desinstitucionalización, surgió una serie de programas de rehabilitación como propuestas de la comunidad a la falta de servicios de salud adecuados para las necesidades de estos pacientes,

posiblemente por no ser considerados como una prioridad para estos sistemas. Los resultados de estos programas fueron, en su mayoría, muy limitados (Anthony, 1980, 1984). Esta situación también originó que los pacientes que salían de las instituciones vivieran en condiciones inhumanas y no pudieran satisfacer ni siquiera sus necesidades básicas, lo que originó el llamado síndrome de puertas giratorias o de entrada y salida al hospital (Bassuk, 1978).

Es importante hacer notar que la investigación psiquiátrica siempre se ha cuestionado sobre la eficacia de los tratamientos para los pacientes con enfermedades mentales. Desde los años 60 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).

Revere (1983), realizó un estudio en el Hospital Estatal de California en el que se incluían cinco modalidades de tratamiento 1) tratamiento farmacológico, 2) tratamiento farmacológico con psicoterapia individual 3) psicoterapia individual, 4) terapia electroconvulsiva (ECT) y 5) terapia Milieu. Los resultados de este estudio mostraron que los tratamientos en donde se incluía medicación antipsicótica obtuvieron mejores resultados el efecto del ECT fue intermedio, y los tratamientos en los que no se incluían medicación antipsicótica tuvieron poco éxito.

En el momento actual se cuenta con un gran número de programas de rehabilitación o de tratamiento sistemáticamente organizados, que intentan ser eficientes, efectivos, que respondan a las necesidades de los pacientes. Una opción son las llamadas casas intermedias o de medio camino, implantadas por los ingleses desde el siglo pasado. Lieberman (1978), las define como establecimientos residenciales no médicos, creados específicamente para mejorar las incapacidades causadas por la enfermedad mental, con el objeto de que los pacientes permanezcan en su comunidad. Estas casas proporcionan un ambiente

de apoyo a los pacientes recientemente dados de alta del hospital, que aún requieren de supervisión.

Los clubes de expacientes han demostrado ser efectivos potencialmente para superar el aislamiento y la soledad. Se genera una forma de socialización y de espíritu de grupo que resulta benéfico, pero que depende mucho de la forma de liderazgo y de su orientación (Freeman, 1963; Hertz, 1971).

Los departamentos cooperativos sólo le pueden proporcionar un hogar a un número pequeño de pacientes que no requieren ningún tipo de supervisión (Kaplan, 1999).

Las casas de alojamiento son usualmente departamentos remodelados que alojan a las personas que tienen alguna forma de discapacidad, pero que no requieren de supervisión (Murphy, 1976).

A finales de los años 40 se inició otro modelo en Nueva York que no sólo ofrece alojamiento, sino que cuenta con un programa completo de rehabilitación que capacita al paciente para cuidarse solo. Tiene una casa club para darle al paciente la oportunidad de socializar mientras que el trabajo es transitorio (Bond, 1986; Cook, 1989; Ruthman, 1985).

Para la rehabilitación vocacional-laboral se han puesto en marcha talleres protegidos, en los que los enfermos mentales trabajan al lado de otro tipo de enfermos o con personal que tienen alguna invalidez física. Su objetivo es facilitar la transición del paciente hacia la vida comunitaria autónoma, pues se ha observado que el trabajo es un elemento importante en el tratamiento de la esquizofrenia (Braive, 1988). Los programas laborales son heterogéneos pero pueden resumirse en cuatro modelos 1) el trabajo en clubes, 2) el modelo de la universidad de Boston 3) el empleo transitorio y 4) el apoyo para obtener empleo.

Recientemente se creó otro tipo de clubes para ayudar a los desempleados a encontrar trabajo, y se incluyó a los pacientes psiquiátricos para ayudarles a conseguir empleo. Sin embargo, es probable que yo no se use para los pacientes con esquizofrenia debido a su incapacidad para capacitarse para trabajar (Azrin, 1978; Jacobs, 1984; 1992).

El modelo de la Universidad de Boston es un programa intensivo e individualizado, que incluye actividades laborales; se decide en que lugar podría trabajar el paciente de acuerdo a su capacidad, este proceso dura aproximadamente dos años. (Anthony, 1984)

En los programas transitorios se capacita a los pacientes en hábitos generales de trabajo. Inician trabajando en un programa estructurado, que pertenece a una agencia de rehabilitación aprendiendo habilidades específicas, mientras encuentran trabajo regular.

El modelo de apoyo laboral es muy reciente y su objetivo es darles a los pacientes la oportunidad de encontrar trabajo permanente. Su meta es desarrollar en el paciente las habilidades necesarias, mientras trabaja recibe apoyo y capacitación para mantener su empleo.

En la mayoría de los pacientes lo que ahora se plantea es la atención del paciente por su propia familia. Los hospitales externan a los pacientes lo más pronto posible, e instruyen a sus familias sobre las características de la enfermedad con el objeto de que lo mantengan en programas de seguimiento para valorar su estado de salud y soliciten oportunamente ayuda médica con el fin de evitar que reingresen al hospital (Liberman, 1986 y 1994; De la Fuente, 1993; Glynn, 1992; Ferguson, 1992; Otero, 1992; Ordaz, 1991; Díaz Barriga, 1996).

A partir de 1994, se ha venido desarrollando en nuestro país un programa para la rehabilitación integral para el paciente esquizofrénico, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (De la Fuente, 1993).

Se trata de un programa de consulta externa que permite el abordaje interdisciplinario de los pacientes con este diagnóstico, mediante la aplicación de estrategias médico-psicoterapéuticas sustentadas en la investigación científica. De esta forma, cumple con los objetivos y las metas de un programa completo de rehabilitación integral, que proporciona, además una evaluación científica.

Está basado en un protocolo general cuya parte principal es la evaluación total de las actividades de rehabilitación y en ocho subproyectos que investigan diferentes tópicos del área del diagnóstico, de la clínica y de la rehabilitación.

El objetivo del programa general es evaluar la eficacia de un programa de tratamiento interdisciplinario y de rehabilitación integral en pacientes esquizofrénicos de consulta externa, en comparación con un grupo control que no presentó diferencias estadísticamente significativas al principio, y que recibió únicamente tratamiento médico-psiquiátrico.

Es un estudio con diseño quasi-experimental, pretest-postest, prospectivo, que comparó dos grupos: El grupo experimental y el grupo control. El grupo control recibió atención médico-psiquiátrica, y el grupo experimental, además de recibir este tipo de atención asistió a un programa de intervenciones múltiples de rehabilitación en la consulta externa.

Aparte de las actividades de rehabilitación, el programa cubre las áreas de estudio y la evaluación inicial y final de cada una de las estrategias empleadas, con la finalidad de evaluar su eficacia, conformando de esta forma las diferentes etapas que se describen en el apartado correspondiente al procedimiento.

En los tres programas implementados hasta el momento actual, la muestra de pacientes ha sido no probabilística y fue obtenida de manera secuencial en la consulta externa de la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría. Los primeros sujetos reclutados fueron asignados al grupo experimental, y los restantes al grupo control hasta completar el número planeado. Se incluyeron a pacientes de ambos sexos de 16 y 45 años, con residencia en la ciudad de México o área metropolitana, con estudios de educación primaria terminada, que cumplieran con los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo con el DSM IV (APA, 1994) y CIE 10 (OMS, 1992). Que contaran con dos o más familiares que acepten participar en el programa, que convivan estrechamente con el paciente y que asuman la responsabilidad de cumplir con el programa y que los pacientes manifiesten por escrito su deseo de participar en el programa

En todas las etapas del programa se excluyó a los pacientes gravemente enfermos, con efectos medicamentosos colaterales severos o con importantes déficits cognitivos.

La variable independiente estuvo constituida por el conjunto de actividades terapéuticas y de rehabilitación (programa integral).

A continuación se describen las estrategias psicoterapéuticas que se emplearon, así como los objetivos de cada una de ellas.

- I. Intervención médico-psiquiátrica- Objetivos: 1) Obtener de manera confiable la información clínica necesaria para estructurar un plan de tratamiento farmacológico óptimo; 2) Evaluar continuamente la severidad de la sintomatología psiquiátrica y de los síntomas extrapiramidales 3) Contribuir a seleccionar la muestra de acuerdo con la estabilidad del cuadro clínico; 4) Administrar el tratamiento farmacológico necesario; 5) Controlar la

- sintomatología psiquiátrica y los efectos farmacológicos secundarios; 6) Mantener estable el cuadro clínico y vigilar continuamente al paciente.
- II. Dinámica familiar.- Objetivos: 1. Establecer una alianza terapéutica con los familiares. 2. Educarlos sobre las características de la esquizofrenia. 3. Darles a conocer los tipos de tratamiento que se emplean en los pacientes esquizofrénicos. 4. Motivar a la familia para que lleve a cabo el tratamiento prescrito. 5. Lograr que la familia intervenga en la rehabilitación integral. 6. Reducir los niveles de emoción expresada disminuyendo la crítica, la hostilidad y el involucramiento excesivo. 7. Adiestrar a los familiares para que aprendan a comunicarse clara y eficazmente. 8. Enseñar a los familiares a reconocer los primeros signos de recaída para que puedan manejarla oportunamente. 9. Ayudar a los familiares a aprender a valorar al paciente y a aceptar su enfermedad.
- III. Psicoterapia individual.- Su finalidad es proporcionar al paciente un espacio en el que pueda expresar sus emociones, sus dudas, sus temores y sus expectativas acerca de su enfermedad; favorecer la comunicación con sus familiares y con los demás; identificar los posibles factores precipitantes de la recaída y de la inestabilidad, ayudándole a prevenirlos y a corregirlos; aclarar la función que desempeñan los medicamentos y de la importancia de tomarlos con asiduidad; identificar y fortalecer las estrategias positivas para enfrentarse a la enfermedad y buscar, otras posibles estrategias.
- IV. Psicoterapia grupal.- Objetivo.- Favorecer la interacción y la participación interpersonal del paciente, mediante la discusión de varios temas relacionados con su enfermedad y su vida cotidiana, con el fin de resolver sus problemas personales, familiares y sociales por medio de : 1. La estimulación y la dirección de la comunicación entre los pacientes, particularmente en relación con la comprensión de su padecimiento, sus

experiencias y los factores ligados con el mismo 2. Ayudarlo a adquirir conciencia de enfermedad.

- V. Psicoterapia psicosocial.- Objetivo: Brindar tratamiento psicosocial en las áreas: 1. ocupacional, 2. social, 3. económica, 4. sexual y de pareja y 5. Familiar, y en los factores relacionados con la enfermedad como: sus características, sus adhesión terapéutica y la prevención de las recaídas y de las hospitalizaciones.
- VI. Terapias por medio del arte.- Musicoterapia y expresión corporal, que son un medio de comunicación no verbal que le permiten al paciente tener experiencias estructuradas en el tiempo: en el aquí y en el ahora, lo cual fomenta su contacto con la realidad le brinda la oportunidad de interactuar en grupo; fortaleciendo así el concepto que tenga de sí mismo, su socialización, su altruismo/optimismo y su empleo del tiempo libre.
- VII. Terapia ocupacional.- Objetivo.- Brindarle al paciente la oportunidad de confiar en sí mismo y en su capacidad para hacer bien su trabajo. Ofrecerle la posibilidad de desempeñar una actividad haciendo trabajos manuales (tarjetería española, cerámica mexicana –horneado, pintura y decorado-). Analizar algunos temas; como la motivación, la productividad y la asertividad.
- VIII. Terapia por medio de diversas actividades: Taller de literatura; taller de pintura y dibujo artístico; taller de papel maché; taller de Hata-Yoga-Objetivos. 1. Adiestrar a los pacientes en la adquisición de habilidades para desarrollar actividades manuales (papel maché, pintura y dibujo artístico, y actividades físicas. 2. capacitarlo en las habilidades necesarias para el desarrollo de alguna técnica laboral/manual que le permita obtener ingresos económicos a largo plazo, aún que sea fuera de este programa.

La variable dependiente estuvo constituida por los indicadores incluidos en los instrumentos siguientes:

Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) (Andreasen, 1982, 1984, 1990)
Escala de síntomas extrapiramidales (Chouinard, 1980)
Escala de desempeño cotidiano (De la Fuente, 1993b)
Escala de funcionamiento psicosocial (Valencia, 1989)
Escala de valoración global (Spitzer, Gibbon, Endicott, 1976)
Cuestionario de evaluación y seguimiento (Valencia, 1993)
Entrevista clínica semiestructurada (De la Fuente, 1993b)
Escala del Desempeño laboral del paciente (Leaños, 2000)
Cédula de Evaluación de la conducta del paciente (SBAS) (Platt, 1980)
Cédula de Entrevista Diagnóstica Internacional (CIDI) (Robins, 1988)
Escala de emoción expresada (FMSS) (Magaña, 1986)
Lista de verificación del desempeño de las actividades ocupacionales del paciente esquizofrénico (Leaños, 2000).
Cédula para la evaluación de la psicoterapia individual (De la Fuente 1993b)
Music/Activity Intake Assessment for Psychiatric Patients (Braxwell, 1986)

Los antecedentes y la validez de cada uno de estos instrumentos han sido presentados en publicaciones anteriores (Díaz, 1996, 1998, 1999; Rascón 1997, 1998; Murow, 1997 y Valencia, 1989, 1993).

Las etapas del programa fueron: 1.- Evaluación e integración del diagnóstico. - Los pacientes de consulta externa que cumplieron con el diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con la historia clínica psiquiátrica, fueron enviados por los psiquiatras al Departamento de Rehabilitación para su evaluación y posible inclusión en el programa. Después de sostener una entrevista informativa con el paciente y sus familiares, se procedió a confirmar los primeros criterios de inclusión y la ausencia de los de exclusión, se aplicó la CIDI con la

finalidad de confirmar el diagnóstico y de establecer la comorbilidad psiquiátrica. Los pacientes que reunían dichos criterios, firmaron su consentimiento para participar en el programa, junto con un familiar responsable;

2.- Atención clínica y estabilización de la sintomatología psiquiátrica.- Todos los pacientes (del grupo experimental y del grupo control) recibieron la intervención médico-psiquiátrica para determinar, en primer lugar, la severidad de su sintomatología y la de los síntomas extrapiramidales y, posteriormente, administrarles el tratamiento farmacológico pertinente. Una vez que se estabilizó el cuadro clínico se procedió a asignarles el tratamiento vigilándolos continuamente, durante el proceso de rehabilitación, por un equipo de psiquiatras que previamente demostró coincidir en las evaluaciones y en la administración del tratamiento. Este proceso duró aproximadamente de dos a tres meses;

3.- Fase de estudio y evaluación inicial.- Antes de iniciar su rehabilitación se les hizo una evaluación inicial por medio de la aplicación de los instrumentos mencionados en la sección de variables dependientes. Al primer grupo de pacientes, se les hicieron , otros estudios como el mapeo cerebral (Beam), la tomografía axial computarizada (TAC) y las pruebas neuropsicológicas, además de un estudio del sueño;

4.- Aplicación de las estrategias psicoterapéuticas.- Además del tratamiento farmacológico, en los pacientes del grupo experimental se aplicaron diez diferentes estrategias rehabilitatorias, incluyendo un curso psicoeducativo para sus familiares, terapia unifamiliar y dinámica grupal semanal con los familiares responsables de los pacientes. El proceso de rehabilitación se llevó a cabo tres veces a la semana, de 14:00 a 18:00 hrs. en las instalaciones de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Los pacientes del grupo control recibieron exclusivamente tratamiento médico-psiquiátrico, y su participación en el programa consistió en los estudios iniciales y en una evaluación igual un año después.

5.- Evaluación de las acciones terapéuticas.- Al finalizar el programa se evaluaron en ambos grupos con los mismos instrumentos que en la fase inicial.

Los resultados del primer grupo, que ya se publicaron (Díaz-Martínez y Cols. 1996, 1998 y 1999; Rascón y cols. 1997, 1997b y 1998; Valencia, 1998 y 1999; Murow, 1997 y 1998), muestran que la mayoría de las estrategias terapéuticas resultan eficaces para disminuir el índice de hospitalización, para mantener la estabilidad del cuadro clínico, para mejorar el funcionamiento familiar y psicosocial, así como el desempeño cotidiano del paciente, con resultados estadísticamente significativos.

JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La esquizofrenia se caracteriza por provocar una gran discapacidad en el individuo que la padece, los síntomas generan deterioro tanto en lo físico como en lo afectivo, intelectual, social y familiar y en el desempeño cotidiano de las tareas en el hogar por lo que se sugiere además del tratamiento farmacológico de ayuda, apoyo interdisciplinario para brindar un abordaje integral. Si bien es cierto que la esquizofrenia es devastadora y que hoy por hoy no hay cura definitiva, también es cierto que hay tratamientos disponibles que han demostrado ayudar a controlar los síntomas y que con un tratamiento apropiado.

Actualmente, las personas con esta enfermedad pueden tener una vida activa con posibilidades variables y con satisfacciones en su desempeño en diferentes áreas. Esto ocurre cuando las personas afectadas pueden trabajar, ir a la escuela, vivir con su familia y disfrutar de relaciones interpersonales.

Debe responderse a la problemática en las áreas de la salud, de las actividades y del desempeño cotidiano dentro del hogar, así como de las relaciones interpersonales con otros miembros de la familia que el paciente esquizofrénico enfrenta, teniendo en cuenta que este tipo de deficiencias son de gran influencia para el desarrollo individual de todo ser humano. Este trabajo, que forma parte del Proyecto General para el Estudio Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría desea investigar: ¿Cuales son los cambios en el desempeño cotidiano en las tareas dentro del hogar y de los comportamientos sociales, del paciente esquizofrénico antes y después de un programa de rehabilitación?

OBJETIVOS

GENERAL

Evaluar los cambios asociados a un programa de Rehabilitación Integral en el desempeño dentro del hogar y en los comportamientos sociales, escolares y laborales en pacientes esquizofrénicos.

ESPECIFICOS

1. Evaluar los comportamientos sociales antes y después de un programa de rehabilitación
2. Evaluar el desempeño cotidiano en las tareas del hogar antes y después de un programa rehabilitación integral

METODOLOGIA

DISEÑO

Se trata de una investigación de tipo cuasiexperimental de comparación
Se utilizará un diseño longitudinal pretest-postest .

MUESTRA

El tipo de muestreo será no probabilístico de tipo secuencial. Se evaluarán a 25 pacientes esquizofrénicos crónicos, estables y ambulatorios. Estos pacientes serán contactados en la consulta externa de un hospital psiquiátrico de tercer nivel (Instituto Mexicano de Psiquiatría) siempre y cuando reúnan los criterios de inclusión mencionados a continuación, que fueron utilizados en el proyecto general

Criterios de inclusión:

Pacientes que participen en el programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría

Pacientes de ambos sexos con edad entre 18 y 45 años

Residencia en la ciudad de México y zona conurbada

Educación primaria terminada

Pacientes que reúnan los criterios diagnósticos de esquizofrenia al DSMIV y el CIE-10, diagnósticos dados por el psiquiatra a cargo de su tratamiento farmacológico (el mismo para todos los pacientes).

Que sean pacientes ambulatorios bajo tratamiento (estables)

Criterios de exclusión

1. Pacientes que no reúnan alguno de los criterios de inclusión.
2. Pacientes con síntomas severos de la enfermedad, como ideación suicida, excesivo aislamiento, alucinaciones o delirios extremos.
3. Pacientes con efectos colaterales medicamentosos severos.
4. Pacientes que no tengan algún familiar que conviva con él.

VARIABLES

A) Independiente

Programa de rehabilitación con las intervenciones siguientes:

Intervención médico-psiquiátrica- Objetivos: 1) Obtener de manera confiable la información clínica necesaria para estructurar un plan de tratamiento farmacológico óptimo; 2) Evaluar continuamente la severidad de la sintomatología psiquiátrica y de los síntomas extrapiramidales 3) Contribuir a seleccionar la muestra de acuerdo con la estabilidad del cuadro clínico; 4) Administrar el tratamiento farmacológico necesario; 5) Controlar la sintomatología psiquiátrica y los efectos farmacológicos secundarios; 6) Mantener estable el cuadro clínico y vigilar continuamente al paciente.

Dinámica familiar.- Objetivos: 1. Establecer una alianza terapéutica con los familiares. 2. Educarlos sobre las características de la esquizofrenia. 3. Darles a conocer los tipos de tratamiento que se emplean en los pacientes esquizofrénicos. 4. Motivar a la familia para que lleve a cabo el tratamiento prescrito. 5. Lograr que la familia intervenga en la rehabilitación integral. 6. Reducir los niveles de emoción expresada disminuyendo la crítica, la hostilidad y el involucramiento excesivo. 7. Adiestrar a los familiares para que aprendan a comunicarse clara y eficazmente. 8. Enseñar a los familiares a reconocer los primeros signos de recaída para que puedan manejarla oportunamente. 9. Ayudar a los familiares a aprender a valorar al paciente y a aceptar su enfermedad.

Psicoterapia individual.- Su finalidad es proporcionar al paciente un espacio en el que pueda expresar sus emociones, sus dudas, sus temores y sus expectativas acerca de su enfermedad; favorecer la comunicación con sus familiares y con los demás; identificar los posibles factores precipitantes de la recaída y de la inestabilidad, ayudándole a prevenirlos y a corregirlos; aclarar la función que desempeñan los medicamentos y de la importancia de tomarlos con asiduidad;

identificar y fortalecer las estrategias positivas para enfrentarse a la enfermedad y buscar, otras posibles estrategias.

Psicoterapia grupal.- Objetivo.- Favorecer la interacción y la participación interpersonal del paciente, mediante la discusión de varios temas relacionados con su enfermedad y su vida cotidiana, con el fin de resolver sus problemas personales, familiares y sociales por medio de : 1. La estimulación y la dirección de la comunicación entre los pacientes, particularmente en relación con la comprensión de su padecimiento, sus experiencias y los factores ligados con el mismo 2. Ayudarlo a adquirir conciencia de enfermedad.

Psicoterapia psicosocial.- Objetivo: Brindar tratamiento psicosocial en las áreas: 1. ocupacional, 2. social, 3. económica, 4. sexual y de pareja y 5. Familiar, y en los factores relacionados con la enfermedad como: sus características, sus adhesión terapéutica y la prevención de las recaídas y de las hospitalizaciones.

Terapias por medio del arte.- Musicoterapia y expresión corporal, que son un medio de comunicación no verbal que le permiten al paciente tener experiencias estructuradas en el tiempo: en el aquí y en el ahora, lo cual fomenta su contacto con la realidad le brinda la oportunidad de interactuar en grupo; fortaleciendo así el concepto que tenga de sí mismo, su socialización, su altruismo/optimismo y su empleo del tiempo libre.

Terapia ocupacional.- Objetivo.- Brindarle al paciente la oportunidad de confiar en sí mismo y en su capacidad para hacer bien su trabajo. Ofrecerle la posibilidad de desempeñar una actividad haciendo trabajos manuales (tarjetería española, cerámica mexicana –horneado, pintura y decorado-). Analizar algunos temas; como la motivación, la productividad y la asertividad.

VIII.Terapia por medio de diversas actividades: Taller de literatura; taller de pintura y dibujo artístico; taller de papel maché; taller de Hata-Yoga- Objetivos. 1.

Adiestrar a los pacientes en la adquisición de habilidades para desarrollar actividades manuales (papel maché, pintura y dibujo artístico, y actividades físicas. 2. capacitarlo en las habilidades necesarias para el desarrollo de alguna técnica laboral/manual que le permita obtener ingresos económicos a largo plazo, aún que sea fuera de este programa.

B) Dependiente

Evaluadas a través de los indicadores incluidos en los instrumentos siguientes:

Cuestionario de desempeño cotidiano (De la fuente y Diaz-Martínez 1994)

El cuestionario de desempeño cotidiano se aplica al paciente con la ayuda de los familiares para conocer el desempeño cotidiano de los pacientes en diferentes áreas: "relación con otros miembros de la familia", "actividades escolares", "ocupación del tiempo libre", "modo de comer", "consumo de tabaco" y "consumo de alcohol", "agitación e inquietud", "problemas para dormir" "relaciones amistosas" y "actividades laborales".

Cada área cuenta con cuatro posibilidades de respuesta, (del número 1 al 4) que describen el desempeño cotidiano de manera cuantitativa, en donde la respuesta uno sería la no participación y cuatro el buen desempeño.

Este instrumento ha sido evaluado en diferentes ocasiones dentro del Programa para el estudio y la Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico demostrando su confiabilidad y validez (Díaz-Martínez, 1996, 1998 y 1999).

La Escala de Comportamientos Ocupacionales del paciente esquizofrénico dentro del hogar (ECOH)

Este instrumento se aplica a los familiares del paciente para conocer el desempeño de las actividades ocupacionales del paciente dentro del hogar. La escala cuenta con 20 reactivos de los cuales 5 proporcionan información referente a los comportamientos sociales; 5 y al desempeño de las actividades ocupacionales en las tareas propias del hogar; 5 al cuidado personal; y 5 a la responsabilidad del paciente por cumplir con sus actividades.

Las respuestas del cuestionario se codifican utilizando una escala de tipo Likert de 1 a 4, donde 1= "nunca", 2= "casi nunca", 3= "casi siempre" y 4= "siempre" con las siguientes calificaciones; de 80 a 61= muy buen desempeño; de 60 a 41 buen desempeño; de 40 a 21= regular desempeño de 20 a 0= mal desempeño Para obtener la confiabilidad de este instrumento se aplicó un análisis de consistencia interna con 82 casos obteniendo un alpha estandarizada de 0.9134.

La confiabilidad y validez ha sido demostrada en los siguientes estudios: Leaños (1997) en un estudio con 17 pacientes evaluó el desempeño de los pacientes en las tareas del hogar si bien no se encontraron diferencias significativas el rango de respuestas que dieron los familiares fue favorable cambiando la puntuación; en el ingreso fue de 34 y en el egreso de 41 dejando ver que el paciente participa más en las tareas del hogar después del programa de rehabilitación.

PROCEDIMIENTO

Este estudio se llevó a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) dentro del proyecto de investigación "Estudio, Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico", los pacientes fueron diagnosticados por la clínica del IMP con esquizofrenia por medio de una entrevista diagnóstica estructurada (The

Compositive International Diagnostic Interview versión 1.1. CIDI), la cual esta basada en los criterios de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1993) y el Psiquiátrica Americana (DSM-III-R, 1987). Este instrumento se deriva propiamente de la Cédula de Entrevista Diagnóstica, que ha sido objeto de varios estudios de validez con óptimos resultados y estos han sido extrapolados al CIDI (Gómez, 1996), su confiabilidad global es de $K = .77$.

Después de que los pacientes fueron diagnosticados con esquizofrenia el médico tratante les invitó a que participarán en el programa y remitía a los pacientes al departamento de Rehabilitación Integral en donde se les daba información de las características del programa, si el paciente decide participar, se inician las evaluaciones.

Se aplicó la Escala de comportamientos ocupacionales del paciente esquizofrénico dentro del hogar, es un instrumento autoaplicable y se aplico a los familiares de los pacientes al inicio y al final del programa; se entrega la escala al respondiente y éste marcó respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describió los comportamiento del paciente. Se trabajó con 25 familiares responsables del paciente esquizofrénico.

ANALISIS DE LOS DATOS

El análisis de datos se hizo a través de la prueba t de Student de pares simples para comparar los resultados de una prueba con los resultados de una postprueba en un contexto experimental. Se comparan las medias y las varianzas del grupo en dos momentos diferentes.

RESULTADOS

En este capítulo se reportan los resultados obtenidos en la presente investigación. Primero se hará mención de las características de la muestra y también de los pacientes, después se presentan los resultados en cada uno de los indicadores. Posteriormente se agrupan los indicadores para presentar los resultados globales en cada indicador, relacionados con las variables demográficas y las características del paciente.

Tabla 1.- Datos demográficos

De una muestra de 25 sujetos (19) 76% fueron Hombres (6) 24% mujeres con una media de edad de 29 años , 20% reporto tener estudios de secundaria, 40% de preparatoria y 40% de licenciatura, 9 de ello el 36% tienen diagnostico de esquizofrenia paranoide, 11, 44% de esquizofrenia crónica paranoide 4, 16% esquizofrenia indiferenciada y 1, 4% esquizofrenia, interepisodica, la media en el tiempo de evolución es de 6.6 años.

TABLA 1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

DATOS DEMOGRAFICOS	N =25 %
Sexo	
Maculino	76%
Femenino	24%
Estudios	
Secundaria	20%
Preparatoria	40%
Licenciatura	40%
Tipo de esquizofrenia	
Paranoide	36%
Crónica paranoide	44%
Indiferenciada	16%
Interepisodica	4%
Tiempo de evolución	Media = 6.6

Tabla 2.-

Se presentan las medias de cada uno de los indicadores que obtuvieron significancia estadística , de las cuales, las que obtuvieron una $P < .0001$ participación en reuniones familiares; $p < .001$ aseo personal; $p < .01$ comunicación familiar, relaciones amistosas y desempeño en el trabajo y $p < .05$ visitas a amigos, modo de comer, inquietud y agitación, actividades laborales remuneradas.

**TABLA 2. GRUPO EXPERIMENTAL COMPARACIÓN DE MEDIAS TEST-RETEST
DESEMPEÑO COTIDIANO**

Variable	Media ingreso	Dvs	Media egreso	Dvs	P
Comunicación familiar	2.52	1.08	3.28	.89	.003
Participación en reuniones familiares	2.08	.90	3.44	.76	.000
Aseo personal	3.44	.71	3.96	.20	.001
Visitas a amigos	1.76	.92	2.20	1.19	.024
Modo de comer	2.92	1.32	3.72	.45	.017
Inquietud y agitación	3.32	.94	3.76	.52	.03
Relaciones amistosas	1.24	1.48	2.16	1.37	.009
Actividad laboral	1.44	.76	1.88	1.01	.018
Actividad laboral remunerada	.72	1.24	1.24	1.48	.05
Desempeño en el trabajo	.72	1.42	1.64	1.91	.009

Tabla 3.

Se presentan las medias de cada una de las preguntas de acuerdo a la significancia estadística. De las 19 preguntas del instrumento 6 no obtuvieron significancia estadística: trabajo en el hogar, antagonismos, asistencia a la escuela, rendimiento escolar y modo de comer. El resto obtuvo significancia estadística entre $p < .05$ y $p < .0001$.

**TABLA 3. COMPARACIÓN DE MEDIAS POR PREGUNTA TEST-RETEST
DESEMPEÑO COTIDIANO**

Variable	Media ingreso	Dvs	Media egreso	Dvs	P
1A. ¿EL PACIENTE SE COMUNICABA (PLATICABA) CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA?	2.52	1.08	3.28	.891	.003
1B. ¿PARTICIPABA EN LOS TRABAJOS O TAREAS DEL HOGAR	2.48	.963	2.96	1.13	.097
1C. ¿PARTICIPABA EN LAS REUNIONES FAMILIARES Y/O SOCIALES EN CASA?	2.08	.909	3.44	.768	.000
1D. ¿ TENIA ANTAGONISMOS ESPECIALES CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA?	1.68	.557	1.80	.408	.265
2A. ¿EL PACIENTE CUIDABA DE SU ASEO PERSONA? (BAÑO, ROPA, ALIÑO).	3.44	.712	3.96	.200	.001
3A. ¿EL PACIENTE ACUDIA A LA ESCUELA?	1.29	.624	1.45	.833	.328
3B. ¿CUÁL ERA SU RENDIMIENTO ESCOLAR?	7.96	2.44	7.24	2.94	.241
4A. ¿QUÉ ACTIVIDADES LLEVA A CABO EL PACIENTE EN SU TIEMPO LIBRE?	2.08	.759	2.68	.852	.025
4B. ¿SALIA A VISITAR AMIGOS?	1.79	.932	2.29	1.12	.011
Modo de comer	2.92	1.32	3.72	4.58	.017
Consumo de alcohol	3.05	.707	3.50	.707	1.000
Tabaquismo	2.76	1.03	3.00	1.11	2.16
5B. ¿EL PACIENTE SE ENCONTRABA MUY INQUIETO O AGITADO?	3.32	.945	3.76	.523	.031
5C. ¿EL PACIENTE TIENE ALGUN PROBLEMA PARA DORMIR?	1.66	.482	1.87	.612	.203
5D. ¿EL PACIENTE TENIA RELACIONES AMISTOSAS, DE NOVIAZGO O MATRIMONIALES?	1.48	.586	1.76	.523	.032
5E. ¿CÓMO ERAN ESAS	2.80	.632	3.00	.000	.343

RELACIONES?					
6A. ¿EPACIENTE TENIA ALGUNA ALCTIVIDAD LABORAL?	1.44	.768	1.88	1.013	.018
6B. ¿ESA ACTIVIDAD LABORAL ERA REMUNERADA?	2.66	.816	3.00	.000	.363
6C. ¿CÓMO SE DESEMPEÑABA EN SU TRABAJO?	7.56	2.67	6.68	2.68	.067

Tabla 4.

Se presentan las medias por indicador en cada variable evaluadas al ingreso, a los 6 meses y al egreso. Al compararse las medias de ingreso-egreso, se observa significancia estadística con una $p < .01$ en el área de responsabilidad y $p < .05$ en comportamientos sociales, cuidado personal y desempeño de las actividades.

En la evaluación del ingreso respecto a los 6 meses del estudio se obtuvo significancia estadística con una $p < .01$ en responsabilidad y $p < .05$ en comportamientos sociales, desempeño de las actividades y cuidado personal.

Al evaluar el periodo de 6 meses de estudio al egreso no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

**TABLA 4. COMPARACION DE MEDIAS POR VARIABLE DE INGRESO-
6MESES-EGRESO
DE LA ESCALA DE COMPORTAMIENTOS OCUPACIONALES DEL PACIENTE
ESQUIZOFRENICO DENTRO DEL HOGAR
ECOH**

Variable	Ingreso-egreso	P	Ingreso-6meses	P	6 meses-egreso	P
	Medias		Medias		Medias	
Comportamientos sociales	14.3-16.3	.010	14.3-15.8	.010	15.8-16.3	5.92
Desempeño de las actividades	13.7-15.5	.048	13.7-15.1	.018	15.1-15.5	1.000
Cuidado personal	15.4-17.7	.035	15.4-16.3	.023	16.3-17.7	.075
Responsabilidad	13.3-14.8	.000	13.3-14.5	.001	14.5-14.8	.915

Tabla 5.

Se presentan los resultado de la comparación global de medias de la sumatoria de los indicadores al ingreso, a los 6 meses y al egreso. Al evaluar la significancia estadística se observan diferencias significativas con una $p < .01$. Al comparar ingreso-egreso y la evaluación de los 6 meses al egreso tambien se obtuvo una $p < .01$.

**TABLA 5. COMPARACION DE MEDIAS DE INGRESO-6MESES-EGRESO
DE LA ESCALA DE COMPORTAMIENTOS OCUPACIONALES DEL PACIENTE
ESQUIZOFRENICO DENTRO DEL HOGAR
ECOH**

Ingreso-egreso	Ingreso-6 meses	6 meses-egreso
60.3-60.8	60.0 – 61.6	61.8-61.6
P= .002	P=.003	P=.004

Tabla 6.-

se presentan los resultado de la comparación de medias por pregunta de cada uno de los indicadores al ingreso y egreso. Se observa significancia estadística con $p < .01$ en dos de las 20 preguntas, $p < .05$ en 6 preguntas. El resto no mostró diferencias estadísticamente significativa.

**Tabla 6. COMPARACIÓN DE MEDIAS POR PREGUNTA TEST-RETEST
OCUPACIONALES DEL PACIENTE
ESQUIZOFRENICO DENTRO DEL HOGAR**

Variables	Media ingreso	Media egreso	P
1. Tiene buen carácter	2.92	3.24	.029
2. Es rápido para realizar las tareas asignadas en casa	2.48	2.76	.110
3. Realiza las tareas asignadas sin que usted se lo recuerde	2.56	2.76	.233
4. Es capaz de ver lo que tiene que hacer y hacerlo	2.56	2.92	.107
5. Realiza su trabajo con agrado	2.80	2.88	.574
6. Realiza las tareas en el momento que se le indican	2.68	3.28	.010
7. Se baña sin que usted se lo recuerde	3.44	3.72	.110
8. Es responsable del trabajo asignado en casa	2.56	2.96	.047
9. Si su trabajo es interrumpido lo acepta con tranquilidad	2.96	3.28	.073
10. Hace su trabajo con cuidado	3.04	3.60	.001
11. Usa ropa limpia sin que usted se lo recuerde	3.32	3.52	.260
12. Cuando inicia un trabajo continúa hasta terminarlo	2.92	3.28	.047

13. Cuando se le asigna un trabajo lo acepta con agrado	2.84	3.80	.298
14. Hace su trabajo con limpieza	3.24	3.32	.739
15. Toma sus medicamentos sin que usted se lo recuerde	3.00	3.56	.020
16. Se esfuerza por realizar las tareas asignadas en casa	2.60	2.96	.047
17. Todas sus conductas son consideradas normales	2.68	3.28	.001
18. Es mejor su trabajo cada vez que lo realiza	2.80	3.20	.086
19. Se preocupa por hacer bien las tareas domésticas	2.68	3.20	.006
20. El tiempo en que hace su trabajo en casa usted lo considera normal	2.80	3.08	.271

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos demográficos muestran diferencias por género, predominando la población del sexo masculino lo que ha sido observado por otros autores tomando en cuenta la prevalencia de la esquizofrenia en el sexo masculino (Andreasen, 1979). La media de educación en esta población rebasó los límites para la población general de país tal como se ha observado en otros estudios, lo que se explica por el inicio de la enfermedad en edades en las que se espera haber completado los niveles básicos de educación (Bellak, 1993).

Al evaluar el desempeño cotidiano de los pacientes se observó una mejoría con diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los indicadores del instrumento de Desempeño Cotidiano, con particular incremento en las áreas del autocuidado, de la socialización y del interés por ampliar el repertorio de intereses en la vida cotidiana, llama la atención la ausencia de significancia estadística en áreas como la asistencia a la escuela, lo cual podría ser explicado por la participación de los pacientes en este programa lo que implica dedicación a él de entre 5 a 7 horas por ocasión.

La obtención de una actividad económica remunerada fue posible en un número alto de pacientes al finalizar el programa con una $p < .05$, lo que contrasta con resultados de otros estudios en donde la eficacia de los programas de rehabilitación termina al concluir estos.

Los resultados en actividades dentro del hogar muestran diferencias significativas con $p < .05$ en todas las áreas de evaluación observándose que el mayor nivel de ganancias se obtuvo en los primeros seis meses de tratamiento, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas a los doce meses en que concluyó el estudio lo cual tiene particular importancia para el diseño y la duración de programas futuros.

A través de los resultados de este estudio se evidenció la mejoría de los pacientes en diferentes áreas indispensables para su adaptación y desarrollo en su medio ambiente. Los resultados muestran que el programa de rehabilitación integral cumplió con sus metas en cuanto al control de la sintomatología psiquiátrica, la reducción de las incapacidades y el aprovechamiento de las funciones conservadas.

Estos resultados coinciden con los de otros estudios en los que también se aplicaron programas interdisciplinarios cerrados por lo menos durante seis meses, con los que se obtuvieron mejorías duraderas, de más de uno o dos años, después de que habían terminado el programa (Lieberman, 1986 y 1994, Coursey, 1989; Glass, 1989, Fraser, 1990; Nel, 1991; Glynn, 1992; Ferguson, 1992; Otero, 1992; Ordaz 1991; Díaz-Barriga, 1996; Hogarty, 1995; Cohen, 1999; Bellack, 1999; Cechnicki, 1999;; O'Carroll, 1999).

Con este programa quedaron demostrados los beneficios que obtienen los pacientes y sus familiares cuando ambos participan en el programa interdisciplinario de rehabilitación. Por una parte, disminuyen las discapacidades primarias propias de la enfermedad: los síntomas y las conductas disfuncionales; y por la otra, los cambios que se originan como resultado de la enfermedad: mayor sensibilidad y vulnerabilidad debido al grave trastorno psiquiátrico que padecen. Por último, la rehabilitación permitió que disminuyeran también las consecuencias que no provienen ni de la enfermedad ni de la reacción del enfermo a ella, sino de las actitudes de la familia y de la sociedad, como la disminución de los contactos sociales.

SUGERENCIAS

Es importante hacer un estudio de seguimiento de los pacientes que participan en el programa de rehabilitación.

Se sugiere que para otras investigaciones se realice un estudio en donde se puedan comparar dos grupos (control y experimental) en el cual se logre observar el efecto de la terapia ocupacional.

Con base a los resultados podemos sugerir que los programas futuros tengan una duración no mayor de seis meses.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1980). *DSM-IV: Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, 3rd. edition. Washington D.C.

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, 4ta edition. Washington D.C.

American Psychiatric Association (1997). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. Washington: American Psychiatric Association, 146, 50-61.

Andreasen, NC & Olsen, S (1982). Positive and negative schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39, 789-794.

Andreasen, NC (1984). *Scale for the Assessment of Negative and Positive Symptoms (SPAS)*. Iowa City, IA University of Iowa.

Andreasen, NC, Flav, M., Swayze, II., & cols. (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia: A critical reapraisal. *Arch Gen Psych*, 47, 615-621.

Andreasen, NC et al. (1992). Hypofrontality in neuroleptic-naive patients and inpatientes with chronic schizophrenia. Assesment with xenon 133 single photon emission computed tomography and the power of London. *Arch. Gen Psychiatry*, 49, 943-958.

Anonymous, J (1994). Long-term management of people with psychotic disorders in the community. *Drugs and Therapeutics Bulletin*, 32, 73-77.

Anthony, WA & Carkhuff, RR (1978) The functional professional therapeutic changed agent. In: AS Gurman & AM Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: A handbook of research*. Oxford, Pergamon Press.

Anthony, W.A., Buell, G.J., Sharrat, S. et al. (1972) The efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychological Bulletin*, 78, 447-456.

Anthony, WA (1980) A rehabilitation model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 24, 7-21.

Anthony, WA. A skills training approach (1980b). in psychiatric rehabilitation. Final report prepared for National Institute of Mental Health, Grant MH 14502.

Anthony, W.A., Cohen, M. & Farkas, M (1982). A psychiatric rehabilitation treatment program: Can I Recognize one if I see one? *Community Mental Health Journal*, 18, 83-96.

Anthony, WA & Nemeec, PB (1984). *Psychiatric Rehabilitation*. In: Bellack AS. *Schizophrenia, Treatment, Management, and Rehabilitation*. Grune and Stratton, New York.

Bassuk, E & Gerson S (1978). Deinstitutionalization and mental health services. *Scientific American*, 238, 48-53.

Beard JH, Probst RN, & Malamud TJ (1982). The Fountain house model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 5, 47-53.

Benton, MK & Schroeder, HE (1990). Social skills training with schizophrenics: A metanalytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.

Bellak , L., Black, B.J., Lurie, A, et al . (1956): Rehabilitation of the mentally ill through controlled transitional employment. *Am. J. Orthopsychiatry*, 26, 285-296.

Bellak, L (1964). *Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health*. Grune and Straton, New York.

Bellack, AS & Mueser T (1992): *Social Skills Training for Schizophrenia*. *Arch. Gen Psychiatry*, 49, 76-77.

Bellack, AS (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, (2), 317-336.

Bellack, AS Gold, J & Buchanan, R (1999). *Cognitive Rehabilitation For Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies*. *Schizophrenia Bulletin*, 25, (2), 257-274.

Bond, G. R. (1986). *Psychiatric-vocational programs: a meta-analysis*. Presented at the annual meeting of the International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, Cleveland.

Braceland, F (1975). *Rehabilitation*. En: *American Handbook of Psychiatry*. Basic Books Inc. Nueva York, 5, 693-689.

Braive, CH. (1988). The professional apprenticeship enterprise: An experiment in readapting mentally ill adults to working life. *J Mental Health*, 17, (2), 65-71.

Braswell, C. Brooks, D., Cecuir, A. et al. (1986). Development and implementation of a Music/Activity Therapy Intake Assessment for Psychiatric Patients: II Initial Standardization Procedures on data from University Students. *Journal of Music Therapy*, XXIII, (3), 126-141.

Brenner, H., Dencker, J., Goldstein, J., Hubbard, W., et al. (1990). Defining Treatment Refractoriness in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, (4), 551-561.

Cechnicki, A. Bielenska, A. & Walczewski, K. (1999). Therapeutic camp as a part of an integrated community program for schizophrenic patients. *The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 20, (2), 103-117.

Ciampi L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *Br. J. Psychiatry*, 136, 413-420.

Chouinard, G., Rossá-chouinard, A. et al. (1980). The extrapyramidal symptom rating scale. *Can J Neurol SCI*, 7, 233.

Cohen, BZ & Hatib, A (1999). The effect of placement in a hostel on the post-hospitalization rehabilitation of psychiatrically disabled persons in Israel. *International Journal of Rehabilitation Research*, 22, (1), 61-63.

Coursey, RD (1989). Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia: The need for a new agenda. *Schizophrenia Bulletin*; 15, (3), 349-353.

Danley, SK & Mellen, V (1987). Training and personnel issues for supported employment programs which serve persons who are severely mentally ill. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, XI, (2), 287-102.

De la Fuente, R (1982). Acerca de la Salud Mental en México. *Salud Mental*, 5, (3), 22-31.

De la Fuente, R (1993). Acerca de las bases del tratamiento continuo y la rehabilitación de los enfermos psiquiátricos. Documento presentado a la comisión para el Bienestar del Enfermo Mental, el 29 de enero, 1993.

De la Fuente, R y Díaz-Martínez, R (1993b). Proyecto para el Estudio, Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico. Documento Interno Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Díaz-Barriga, S., Guisa, C. & Sánchez, H. (1996). Alternativas de Rehabilitación en Salud Mental. Centros de Integración Juvenil, A. C., Cuaderno Temático. Perfil Tratamiento, 4, 3-34.

Díaz-Martínez, R., Murow, E., Ortega, H. y Cols. (1996). El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud mental, 19, (4), 1-7

Díaz-Martínez, R., Rascón, M.L., Ortega, H. & Cols. (1998). Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico. Revista de la Facultad de Medicina, 41, (2), 51-58.

Díaz-Martínez, R., Rascón, G.ML. & Valencia, M. (1999). El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de

Drake RE, Becker Dr, Biesanz JC, et al (1994). Rehabilitative day treatment vs supported employment, I: vocational outcomes. Community Ment Health J. 30, 519-532.

Drake RE, McHugo GJ, Becker DR et al. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with several mental illness. J. Consult Clin Psychol. 64, 391-399.

Fernández, JM & Robles, AC (1999). Psychosocial rehabilitation of patients with mental illness and ethic reflection. A case review. *Anales de Psiquiatria*. 15, (3), 118-123.

Fraser, NW & Douglas, HB (1990). *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica*. Ed. Limusa, México.

Freeman, HE & Simons, OG (1963). *The Mental Patient Goes Home*, Wiley, New York.

Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. University of Chicago Press, Chicago.

Furedi, J (1986). Un punto de vista sobre la rehabilitación del paciente psiquiátrico en Hungría. *Salud Mental*, 2, (9), 28-29.

Glass, L.L., Howard M. Schnitzer, R.D. & Kanapp, H. (1989). Psychotherapy of Schizophrenia: An Empirical Investigation of Process to Outcome. *American Journal of Psychiatry*; 146, (5), 603-608.

Glynn, SM & Mueser, K T (1992). Social Learning Programs. In R. P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation*, 127- 152. New York: Academic Press.

Herz, M., Endicott, J., Spitzer, R et al. (1971). Day versus inpatient hospitalization: A controlled study. *Am. J. Psychiatry*, 127, 1371-1382.

Hierholzer, R & Liberman, R (1986). Successful living: A social skills and problem-solving group for the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 913-918.

Hogarty, GE (1995). Personal Therapy: A disorder-Relevant Psychotherapy for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, (3), 379-387.

Hogarty, G.E. (1997). Three years trials of personnel therapy among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*, 154, 1504-1525

Jacobs HE, Kardashian S, Kreinbring RK et al. (1984). A skills-oriented model for facilitating employment among psychiatrically disabled persons. *Rehabilitation Counseling Bull.* 28, 87-96.

Jacobs HE, Wissusik D, Collier R, Stackman D, et al. (1992). Correlations between psychiatric disabilities an vocational outcome. *Hosp Community Psychiatry.* 43, 365-369.

Jeste, V. Eastham H., Lacro, P., Gierz M. et al. (1996). Management of Late-Life Psychosis. *J. Clin. Psychiatry*, 57, supp. 3, 39-45.

Kalina, K (1988). Psychotherapy and pharmacotherapy in treatment of schizophrenia. Part one: Additive model and therapeutic relationship. *Eur J Psychiatr*, 2, (3), 133-139.

Kaplan R, Sadock B & Sadock V (1999). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Seventh edition on CD-Rom. Lippincott Williams and Wilkins.

Kissling, W (1994). Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, (Suppl. 32), 16-24.

Leaños, C (2000). Escala de comportamientos ocupacionales del paciente esquizofrénico dentro del hogar. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología: "Desempeño de las actividades ocupacionales de pacientes esquizofrénicos a través de un programa de terapia ocupacional". En prensa.

Leaños, C (2000). Escala de evaluación de comportamientos sociales en un ambiente laboral. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología: "Desempeño de las actividades ocupacionales de pacientes esquizofrénicos a través de un programa de terapia ocupacional". En prensa.

Lehman, AF (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 21, (4), 645-656.

Lehman, AF (1999). Developing an outcomes-oriented approach for the treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60, (sup 19), 30-35.

Lehman, AF (1999b). Assessment of quality of life outcomes in schizophrenic patients. *American journal of Managed Care*. 5, (10 Suppl.), S612-S619.

Lieberman, H., Harvey, J., Winston, A. et al. (1978). "A Social Interaction Program for Chronic Psychiatric Patients Living in a Community Residence". *Hospital & Community Psychiatry*, 29, (12).

Liberman, RP & Weigand, W (1986). Drug-behavior therapy outcomes with chronic schizophrenics, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 52-53.

Liberman, RP (1988). *Psychiatric Rehabilitation of Chronic mental patients*. American Psychiatric Press Inc. , Washington, D. C.

Liberman, R. P., Corrigan, P. W. & Schade, M. (1989). Drug and psychosocial treatment interactions in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 1, 283-294.

Liberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G. A. et al. (1993). Integrating skills training with assertive case management in the rehabilitation of persons with

schizophrenia. Paper presented to the symposium, Psychiatric Research in the Department of Veterans Affairs, Washington, D. C.

Liberman, R. P., Kopelowicz, A. & Young, A.S. (1994). Biobehavioral Treatment and Rehabilitation of Schizophrenia. *Behavior Therapy* , 25, 98-107.

Ludwing, PM (1971). *Treating the treatment Failures: The Challenge of Chronic Schizophrenia*. Grune y Straton, Nueva York.

Magaña, A.B., Goldstein, M., Karno, M. et al. Cols. (1986). A Brief Method For Assessing Expressed Emotion In Relatives Of Psychiatric Patients. *Psychiatry Res*, 17, 203.

McKenna, PJ (1994). The Natural history for Schizophrenia. In *Schizophrenia and Related Syndromes*, 52-72. Oxford: Oxford University Press.

Malone, J (1989). Concepts for the rehabilitation of the long-term mentally ill in the community. *Issues in Mental Health Nursing*, 10, 121-135.

Mortimer, AM (1997). Schizophrenic chronic treatment. *Journal of Continuing Professional Development. The Royal College of Psychiatrists*. 3, (6), 23-29.

Murow, E y Unikel, C (1997). La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 20, (3), 35-40.

Murow, E (1998). El uso de la musicoterapia para mejorar las relaciones interpersonales de los pacientes con esquizofrenia. *Psicología Iberoamericana*, 6, (4), 40-47.

Murphy HB. En: American Psychiatric Association (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Washington: American Psychiatric Association, 146, 50-61.

Nel, K (1991). Rehabilitation services for psychiatric patients Rehabilitasle in SA., Maart, 8-11.

Ordaz, DE (1991). Rehabilitación Psiquiátrica. Ministerio de Salud Pública, Hospital Psiquiátrico de la Habana; Cuba, 3ª ed., 72

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripción Clínica y Pautas para el Diagnóstico. OMS. España, 113-125.

Otero, V (1992). Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrico. Psiquis, 13, (3), 135-142.

Platt, S., Weyman, A., Hirsch, S.et al. (1980). The Social Behavior Assessment Schedule (SBAS): Rationale contents, scoring and reliability of a new interview schedule. Soc Psychiatry, 15, 43-55

Rascón, ML., Díaz-Martínez, R., López, J.L., & Cols. (1997). Necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. Salud Mental, 20, (Supl 2), 55-64.

Rascón, G. ML., Díaz-Martínez. R., López, J. y Cols. (1997b). "Familia y esquizofrenia, sus necesidades de atención" Familia ¿Cédula Social?. 4to Encuentro Nacional de Investigadores sobre Familia. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Depto. de educación especializada, Centro Universitario de Estudios para la familia, 127-146.

Rascón, G. ML., Rascón, D., Díaz-Martínez, R. & Cols. (1998). "Consecuencias familiares por el cuidado del paciente esquizofrénico". Universidad Autónoma de Tlaxcala, Depto. de Educación Especializada, Centro Universitario de Estudios para la familia.

Reker, T (1999). Psychiatric work therapy – Concepts, practice and research results. *Psychiatrische Praxis*, 26, (1), S12-S15.

Revere, V.L., Rodeffer C.J., Dauson, M.A. et al. (1983). Modifying psychotherapeutic techniques to meet the needs of chronic schizophrenics. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, (4), 361-362.

Rimmerman, A (1991). Token reinforcement in the psychosocial rehabilitation of individuals with chronic mental illness: is it effective over time? *International Journal of Rehabilitation Research*, 14, 123-130.

Robins, LN (1988). The Composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 1069-1077.

Roger, S & William, A (1988). Psychiatric Rehabilitation as the Preferred Response to the Need of Individuals with Severe Psychiatric Disability. *Rehabilitation Psychology*, 33, (1), 5-15.

Rutman I, Armstrong K. (1985). A comprehensive evaluation of transitional employment programs in the rehabilitation of chronically mentally disabled clients. Unpublished manuscript.

Spitzer, R.L., Gibbon, J., Endicott, J. (1976). The global assessment scale. *Arch. Gen. Psychiatry*. 4, 33, 766-771.

Stein, L., Diamond, R. & Factor, R. (1990). A system approach to the care of persons with schizophrenia. In *Handbook of Schizophrenia: Psychosocial Treatment of Schizophrenia*, Hertz, M.I., Keith S.J. and Docherty, J.P., editors, Washington; Elsevier Science Publishers, (4), 213-245.

Steinhart I (1992). Prediction of hospitalization within a psychiatric community care system a five-year study. *Psychiatry Epidemiol*, 27, 270-278.

Talbott, JA (1990). Current Perspectives in the United States on the Chronically mentally ill. In A Kales, CN Stephanis, & JA Talbot (EDS), *Recent Advances in Schizophrenia*, New York, Springer-Verlag, 279-295.

Test, MA (1992). Training in community living. In R. P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation*, 153-170. New York: Macmillan.

Ullmann, LP (1967). *Institution and Outcome. A comparative Study of Psychiatric Hospitals*. Pergamon Press, Nueva York.

Vaccaro, J. V., Young, A. S. & Glynn, S. (1993). Community-based care of individuals with schizophrenia: combining psychosocial and pharmacology therapies. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 387-399.

Valencia, M. (1999). Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 22, (2), 31-40.

Valencia, M. (1999b). Un programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental* 22. 128-137.

Wallace, C. J., Liberman, R. P., MacKain, S.J. et al. (1992). Effectiveness and reapplicability of modules for teaching social instrumental skills to the severely mentally ill. *American Journal of Psychiatry*. 149, 654-658.

Wallace, CH (1993). Psychiatric Rehabilitation. *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 537-548.

Wiersma, D., Fokko, J., Cees J. S. & Giel, R. (1998): Natural Course Of schizophrenic Disorders: A 15-Year Follow-up of a Dutch Incidence Cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, (1), 75-85.

Wing, JK & Brown, G (1970). *Institutionalizing and Schizophrenia: A comparative Study of Three Mental Hospitals*. Cambridge University Press, Cambridge, 1970.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA
PROYECTO. ESTUDIO TRATAMIENTO Y REHABILITACION DEL PACIENTE
PSIQUIATRICO

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO COTIDIANO DEL
PACIENTE

NOMBRE

PACIENTE _____

NOMBRE Y PARENTESCO DEL

INFORMANTE _____

PIENSE EN LOS 6 MESES PREVIOS AL INICIO DE ESTE PROGRAMA:

1. RELACION CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA

1A. ¿EL PACIENTE SE COMUNICABA (PLATICABA) CON OTROS MIEMBROS
DE LA FAMILIA?

1. NO SE COMUNICABA.
2. LA COMUNICACIÓN ERA ESCASA
3. LA COMUNICACIÓN ERA VARIABLE (SOLO CON ALGUNOS
MIEMBROS DE LA FAMILIA
4. SI HABIA BUENA COMUNICACIÓN

1B. ¿PARTICIPABA EN LOS TRABAJOS O TAREAS DEL HOGAR

1. NO PARTICIPABA
2. SI PARTICIPABA, SOLAMENTE EN ALGUNAS OCASIONES.
3. SI PARTICIPABA, EN TAREAS ESPECIFICAS DENTRO O FUERA DE
CASA
4. SI PARTICIPABA AMPLIAMENTE

1C. ¿PARTICIPABA EN LAS REUNIONES FAMILIARES Y/O SOCIALES EN CASA?

1. NO PARTICIPABA
2. ESTABA PRESENTE, PERO NO PARTICIPABA ACTIVAMENTE.
3. SI PARTICIPABA, PERO SOLAMENTE EN REUNIONES FAMILIARES O DE PERSONAS CONOCIDAS O CON QUIENES TENIA CONFIANZA.
4. SI PARTICIPABA LA MAYOR PARTE DE LA VECES.

1D. ¿TENIA ANTAGONISMOS ESPECIALES CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA?

1. SI
2. NO

2.CUIDADO PERSONAL

2A. ¿EL PACIENTE CUIDABA DE SU ASEO PERSONA? (BAÑO, ROPA, ALIÑO).

1. NO
2. SI, SOLAMENTE SI SE LE INSISTIA.
3. SI, SI SE LE SUGIERE O INSISTE.
4. SI, POR INICIATIVA PROPIA.

3.ACTIVIDADES ESCOLARES

3A. ¿EL PACIENTE ACUDIA A LA ESCUELA?

1. NO.....PASE A 4A
2. SI IRREGULARMENTE.....PASE A 3B
3. SI, REGULARMENTE.....PASE A 3B

3B. ¿CUÁL ERA SU RENDIMIENTO ESCOLAR?

1. MALO
2. REGULAR
3. BUENO
4. MUY BUENO
9. OMITIDO

4. OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE:

4A. ¿QUÉ ACTIVIDADES LLEVA A CABO EL PACIENTE EN SU TIEMPO LIBRE?

1. NINGUNA (DORMIR O PERMANECER ACOSTADO)
2. VET TV, ESCUCHAR MUSICA, TEC. (ACTIVIDADES PASIVAS).
3. LECTURA, O ALGUN PASATIEMPO INDIVIDUAL.
4. DEPORTES O ACTIVIDADES GRUPALES.

4B. ¿SALIA A VISITAR AMIGOS?

1. NO.
2. NO, PERO SE COMUNICABA CON ELLOS TELEFONICAMENTE
3. SI, EN OCASIONES.
4. SI, CON FRECUENCIA.

5. ¿EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE (A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL).

5A. ¿CUÁL ERA EL MODO DE COMER, BEBER Y FUMAR DEL PACIENTE?

MODO DE COMER

1. COMIA EN FORMA DESORDENADA AL GRADO DE DIFICULTAR SU CONVIVENCIA CON OTRAS PERSONAS DURANTE LA COMIDA

2. MANIFESTABA DESCONFIANZA HACIA LA (S) PERSONA (S) QUE PREPARAN SUS ALIMENTOS, Y/O INSISTIA EN PREPARAR SU COMIDA EL (ELLA) MISMO (A) O SE AISLABA PARA COMER.
3. COMIA MUCHO O EN MUY POCA CANTIDAD Y/O MUY RAPIDO O MUY DESPACIO.
4. COMIA ADECUADAMENTE.

CONSUMO DE ALCOHOL:

¿CON QUE FRECUANCIA CONSUMIA BEBIDAS QUE CONTIENEN ALCOHOL?

1. 4 O MAS VECES A LA SEMANA
2. DE 2 A 3 VECES POR SEMANA
3. 2 A 3 VECES AL MES
4. MENSUALMENTE O MENOS DE UNA VES AL MES
5. NUNCA.

¿CUANTAS COPAS TOMABA EN UN DIA TIPICO CUANDO BEBIA?

1. 10 O MAS.
2. 7 A 9.
3. 5 O 6.
4. 3 O 4.
5. 1 O 2.
9. OMITIDO

TABAQUISMO:

1. FUMABA 20 O MAS CIGARRILLOS AL DIA.
2. FUMABA MENOS DE 20 CIGARRILLOS AL DIA
3. FUMABA OCASIONALMENTE, 1 O 2 CIGARRILLOS AL DIA.
4. NO FUMABA

5. AGITACION O INQUIETUD

5B. ¿EL PACIENTE SE ENCONTRABA MUY INQUIETO O AGITADO?

1. INQUIETO Y/O AGITADO Y AGRESIVO FISICAMENTE.
2. INQUIETO Y/O AGITADO Y AGRESIVO VERBALMENTE..
3. INQUIETO Y/O AGITADO LEVEMENTE.
4. SIN INQUIETUD NI AGITACION.

5C. ¿EL PACIENTE TIENE ALGUN PROBLEMA PARA DORMIR?

1. SI
2. NC

5D. ¿EL PACIENTE TENIA RELACIONES AMISTOSAS, DE NOVIAZGO O MATRIMONIALES?

1. NINGUNA.....P
ASE A 6A.
2. SI TENIA POCOS AMIGOS.
3. SI, NOVIASGO O MATRIMONIO
4. SI MUCHOS AMIGOS

5E. ¿CÓMO ERAN ESAS RELACIONES?

1. MUY MALAS
2. CON ALGUNOS PROBLEMAS
3. BUENAS, SE VEIAN OCASIONALMENTE O SE TELEFONEABAN.
4. BUENAS, ARMONICAS, SE VISITABAN CON FRECUENCIA.
9. OMITIDO.

6. ACTIVIDADES LABORALES

6A. ¿EPACIENTE TENIA ALGUNA ALCTIVIDAD LABORAL?

1. NO.....PASE A
1A "MOMENTO ACTUAL"
2. OCASIONALMENTE O DE MANERA IRREGULAR.

3. SI.

¿CUÁL? _____

6B. ¿ESA ACTIVIDAD LABORAL ERA REMUNERADA?

1. NO
2. OCASIONALMENTE O DE MANERA IRREGULAR
3. SI
9. OMITIDO

6C. ¿CÓMO SE DESEMPEÑABA EN SU TRABAJO?

1. TENIA ALGUNAS FALLAS (FALTAS FRECUENTES, FALLAS EN EL DESEMPEÑO) Y/O PROBLEMAS CON COMPAÑEROS Y/O SUPERIORES.
2. BIEN, PERO HABIA PROBLEMAS CON COMPALEROS Y/O SUPERIORES
3. BIEN, AUNQUE NO LE AGRADABAN ALGUNOS ASPECTOS DE SU ACTIVIDAD O DEL AMBIENTE.
4. BIEN, SIN PROBLEMAS-

EVAUACION ACTUAL:

1. RELACION CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA