

INTERVENCIONES FAMILIARES EN LA ESQUIZOFRENIA. CAMBIOS EN LA SINTOMATOLOGÍA Y EL AJUSTE SOCIAL

Alberto Espina*, Pilar González**

SUMMARY

This article describes an essay of family interventions in schizophrenic patients developed at the University of the Basque Country.

The aims of the essay were to determine and contrast, in schizophrenic patients who had a pharmacological treatment, the therapeutic effect of three kinds of interventions: Family Therapy (FT), Support Group for Parents plus Group Therapy for the patients (SGP + GT), and Psychopedagogic Therapy (PT), compared among them and with a control group, to improve the symptomatology and the social adjustment and to prevent the relapse.

The interventions went on for 12 months. The design was a quasi-experimental one of comparison pretest-posttest with a control group (n = 15), and three experimental ones: Family Therapy (n = 13), Support Group for Parents + Group Therapy for Patients (n = 10), and Psychopedagogic Therapy (n = 17).

In this work we can see the results on symptomatology and social adjustment. The results of other variables (Expressed Emotion, contact hours, anxiety and depression in fathers and mothers) and the follow-up a year after finishing the interventions will be published in another work.

The patients were rated by means of the Brief Psychiatric Rating Scale - Expanded (BPRS-E) (Lukoff, Nuechterlein & Ventura, 1986), the Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) (Andreasen, 1984) and the Social Adjustment Scale - Self Report (SAS-SR) (Weissman, Bothwell, 1976). Other instruments used will be described in another work.

The patients of the groups of Family Therapy and Support Group for Parents + Group Therapy for the Patients showed statistically significant improvements on symptomatology and social adjustment, while the other groups (Psychopedagogic Therapy and Control) did not show these changes. With regard to the relapse rate, patients from the Support Group for Parents relapsed significantly less than those from the Control Group in the period between the pre- and the post-test.

Our results allow us to suggest that the Family Therapy and the Support Group for Parents plus Group Therapy for Patients are effective interventions to reduce the symptomatology and

improve the social adjustment of schizophrenic patients. They also reduce the use of neuroleptic medication, but they should be longer in time, and complemented with other psychosocial interventions. It is also important to consider the regular intake of medication and the consumption of alcohol and drugs by the patients.

Key words: Schizophrenia, symptomatology, social adjustment, family interventions, relapse.

RESUMEN

Este artículo describe una prueba de intervenciones familiares en pacientes esquizofrénicos desarrollada en la Universidad del País Vasco.

Los objetivos de la prueba fueron determinar y contrastar, en pacientes esquizofrénicos que seguían un tratamiento farmacológico, la eficacia terapéutica de tres tipos de intervenciones: terapia familiar (TF), grupo de apoyo a padres más terapia de grupo para pacientes (GAP+TG), y terapia psicopedagógica (TP), comparadas entre sí y con un grupo control, para mejorar la sintomatología y el ajuste social, y prevenir las recaídas.

Las intervenciones se extendieron a lo largo de 12 meses. El diseño fue cuasi-experimental de comparación *pretest-post-test* con un grupo control (n = 15) y tres grupos experimentales: TF (n = 13), GAP+TG (n = 10) y TP (n = 17).

En este trabajo se muestran los resultados sobre la sintomatología y el ajuste social. Los resultados de otras variables (emoción expresada, horas de contacto, ansiedad y depresión de los padres) y el seguimiento al año de finalizar las intervenciones se publicarán en otro trabajo.

Los pacientes fueron evaluados con la Brief Psychiatric Rating Scale - Expanded (BPRS-E) (Lukoff, Nuechterlein y Ventura, 1986), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) (Andreasen, 1984) y la Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR) (Weissman, Bothwell, 1976), otros instrumentos utilizados se describirán en otro trabajo.

Los pacientes de los grupos de terapia familiar y grupo de apoyo de padres más terapia de grupo mostraron mejoras

* Psiquiatra. Profesor titular y director del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

** Psicóloga clínica. Profesora asociada al Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

Correspondencia: Alberto Espina. Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Avenida de Tolosa, 70. 20018, San Sebastián. Guipúzcoa. España. E-mail: ptpeseia@ss.ehu.es

Primera versión: 12 de febrero de 2002. Segunda versión: 16 de agosto de 2002. Aceptado: 2 de diciembre de 2002.

estadísticamente significativas en sintomatología y ajuste social, mientras que los grupos de terapia pedagógica y control no mostraron los mismos cambios. Respecto a las recaídas los pacientes del grupo GAP+TG recayeron significativamente menos que los del grupo control en el periodo comprendido *pre y post-test*.

Nuestros resultados permiten sugerir que la terapia familiar y el GAP+TG son intervenciones eficaces para reducir la sintomatología y mejorar el ajuste social de pacientes esquizofrénicos, lo que a su vez reduce el uso de neurolépticos; sin embargo, éstas deberían extenderse en el tiempo, ser complementadas con otras intervenciones psicosociales e incidir en la toma regular de medicación y en el consumo de alcohol y drogas por parte de los pacientes.

Palabras clave: Esquizofrenia, sintomatología, ajuste social, intervenciones familiares, recaída.

El curso de la esquizofrenia está determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales. El tratamiento farmacológico, aunque necesario, no evita que recaigan entre 36 y 78% de los esquizofrénicos (9), por lo que se ha hecho patente la necesidad de intervenciones psicosociales que incluyan a los familiares, especialmente a partir de los trabajos sobre la emoción expresada (5, 6, 18, 23).

Se han realizado numerosos estudios controlados de programas de intervención familiar, ya sea aisladamente o en programas integrales (7, 8, 11, 12, 13-18, 20-22, 24, 26, 27, 29-30, 32-42, 44-47). En estas investigaciones los pacientes se han mantenido en general con medicación antipsicótica. Los programas de intervención familiar a corto plazo ofrecen a los familiares nueva información sobre la esquizofrenia, lo que beneficia la percepción de las habilidades que poseen para enfrentar la enfermedad. Pero los cambios en los familiares no se mantienen a largo plazo. Sin embargo, los programas a largo plazo han dado como resultado beneficios significativos para los pacientes lo que ha reducido la tasa de recaídas y rehospitalizaciones (9, 34).

Las intervenciones familiares eficaces para prevenir las recaídas y mejorar el ajuste social de los esquizofrénicos poseen varios elementos en común, como son la psicoeducación sobre la esquizofrenia, la importancia de la emoción expresada, el uso de la medicación, la resolución de problemas y la rehabilitación social (10, 17).

El objetivo de este trabajo es determinar y contrastar, en pacientes esquizofrénicos que seguían un tratamiento farmacológico, la eficacia terapéutica de tres tipos de intervenciones: Terapia Familiar (TF), Grupo de Apoyo a Padres más Terapia de Grupo para Pacientes (GAP + TG) y Terapia Psicopedagógica (TP), comparadas entre sí y con un grupo control, para mejorar la sintomatología, el ajuste social y prevenir las recaídas.

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia en la que se estudian otros aspectos que se presentaran en otros artículos.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra estaba formada por 55 familias (N = 55) con un hijo esquizofrénico según criterios diagnósticos del DSM-IV (1); el objeto de estudio fueron los padres, las madres y los pacientes. Los criterios de selección de la muestra fueron: familias residentes en el País Vasco con un hijo esquizofrénico, soltero de 18-35 años, que viviera con sus padres; las familias no debían haber recibido tratamiento psicoterapéutico.

Instrumentos

- Las variables sociodemográficas fueron recogidas con una escala *ad hoc*.
- Los síntomas fueron evaluados con las siguientes escalas heteroaplicadas: *Brief Psychiatric Rating Scale - Expanded* (BPRS-E) (25). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) y *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS)(3).
- El ajuste social se evaluó con el *Social Adjustment Scale Self-Report* (SAS-SR) (43). Este cuestionario autoaplicado evalúa las siguientes áreas: trabajo, tiempo libre, relaciones con la familia extensa, relaciones con el otro sexo, ejecución, conducta interpersonal, fricción con los demás, sentimientos y satisfacción. En los cuadros hemos usado las puntuaciones tipificadas; cuanto mayor puntuación, peor ajuste, y viceversa.
- Mediante una "ficha de seguimiento" se exploraron los acontecimientos vitales estresantes, el consumo de alcohol y drogas, el tratamiento farmacológico. Así se valoraron el tipo y la dosis de neuroléptico, la prescripción terapéutica y el cumplimiento del tratamiento en el periodo comprendido entre las diferentes evaluaciones.

Tratamiento

A todos los pacientes se les dispensó tratamiento farmacológico con neurolépticos en los centros asistenciales (seis pacientes no tomaban medicación al inicio, en contra del consejo médico). El tipo de neurolépticos utilizado es el que se usaba habitualmente en los centros asistenciales (Haloperidol, Risperidona, Levomepromazina, Olanzapina, etc.); se utilizó el más adecuado para cada caso, dependiendo de la sintomatología, la tolerancia y los efectos producidos. El neuroléptico *retard* utilizado en todos los casos fue flufenacina decanoato. Las dosis de neurolépticos fueron categorizadas según la tabla de equivalencias utilizada en los servicios de salud mental: dosis alta

(flufenazina decanoato más de 25 mg/15 días o más de 300 mg de clorpromacina/día o equivalente); dosis media (6-25 mg de flufenazina/15 días o 100-300 mg de clorpromacina/día o equivalente); dosis baja (menos de 6 mg/15 días de flufenazina o menos de 100 mg/día de clorpromacina o equivalente). A los tres grupos experimentales se les aplicaron tres tipos de tratamientos familiares: terapia familiar, grupo de apoyo de padres más terapia de grupo y terapia psicopedagógica. El equipo de tratamiento estaba compuesto por seis terapeutas, dos psiquiatras y cuatro psicólogos. Todas las terapias fueron supervisadas por el terapeuta de más experiencia del equipo.

- **La terapia familiar** estaba basada en el modelo sistémico y, específicamente, en las escuelas estratégica (13) y estructural (28). Este modelo aborda la jerarquía y los límites entre subsistemas e individuos (objetivo prioritario en las primeras fases de la terapia) lo que mejora la comunicación y la solución de problemas. Se estudió la función de los síntomas y conductas disfuncionales dentro de la dinámica relacional de la familia (segunda etapa). Se incidió particularmente en las conductas altas en emoción expresada (19). También se dio psicoeducación sobre la esquizofrenia. La terapia duró una media de 28.6 sesiones (rango 18-34), durante una media de 11.4 meses (rango 10-12). Las sesiones duraban una hora, la frecuencia era semanal al inicio y luego se espaciaban más.

- **Grupo de apoyo a padres:** se aplicó en sesiones de una hora y media, quincenales, durante un año (22 sesiones). En las dos primeras sesiones se les dio información sobre la esquizofrenia, según el modelo psicoeducativo descrito más adelante. En las siguientes sesiones se favoreció la libre expresión de las emociones y los problemas que suscitaba la convivencia con los pacientes. Los terapeutas estimulaban y dirigían el diálogo entre los familiares y posteriormente les ayudaban a comprender al paciente y a buscar soluciones para los problemas planteados (4).

La terapia de grupo para los pacientes se realizó en sesiones semanales de hora y media, durante un año (44 sesiones). Se trabajó sobre problemas personales, sintomatología, relaciones familiares y sociales. Los pacientes hablaban libremente y los terapeutas fomentaban la discusión grupal y la expresión emocional, y analizaban las problemáticas.

- **Terapia psicopedagógica breve** (12): a los padres, se les ofrecieron seis charlas semanales de una hora y media de duración sobre: 1. la esquizofrenia desde el modelo de vulnerabilidad al estrés. 2. Medicación antipsicótica. 3. La experiencia de la esquizofrenia en el paciente y en la familia. 4. Emoción Expresada (EE) y su influencia en la recaída. 5. Pautas de conducta para los familiares (comunicación y solución de pro-

blemas). 6. Redes sociales. Posteriormente, se ofreció un grupo de autoayuda con una duración de un año, en el que los padres se reunían semanalmente y hablaban sobre cuestiones referentes a sus hijos.

Procedimiento

La muestra fue obtenida en los centros de Salud Mental del Servicio Vasco de Salud. Una vez seleccionados los pacientes que cumplían los criterios establecidos se hicieron reuniones informativas con los familiares. Previo consentimiento, se aplicaban los cuestionarios. Las evaluaciones fueron realizadas por dos psiquiatras y dos psicólogos entrenados para valorar las pruebas.

La terapia era gratuita. Al grupo control se le solicitó su participación en un estudio sobre la carga familiar, sin ofrecerle tratamiento familiar. La asignación de los sujetos a los grupos fue realizada al azar, por orden de llegada a los centros donde se realizaban las evaluaciones e intervenciones. Los sujetos fueron asignados a uno de los cuatro grupos: grupo control (n = 15), terapia familiar (TF) (n = 13), grupo de apoyo a padres más terapia de grupo para los pacientes (GAP+TG) (n = 10), terapia psicopedagógica para los padres (TP) (n = 17). Las diferencias de la "n" en los diferentes grupos se debieron a que las intervenciones se realizaron en diferentes centros y no se podía derivar a los pacientes a otro lugar para equilibrar la muestra en cada grupo. Se realizaron análisis estadísticos (chi cuadrada, t de Student, análisis de varianza, Kruskal-Wallis y Mann-Whitney) para comprobar la homogeneidad de los cuatro grupos en todas las variables estudiadas (clínicas y sociodemográficas) en la evaluación previa a la intervención. No se encontraron diferencias significativas entre los mismos.

Al inicio (evaluación 0), se pasaron todos los cuestionarios, y al año (evaluación 1) se administraron los mismos cuestionarios que en la evaluación inicial, así como la ficha de seguimiento. Se recogió información de pacientes, familiares y terapeutas, y de los psiquiatras encargados de la medicación. El psiquiatra asignado regulaba la dosis óptima de neurolépticos en cada caso.

La recaída se clasificó en: a) **Recaída psicótica tipo I:** paso de un estado sin síntomas psicóticos a la aparición de los mismos. Se considera que se da este tipo de recaída cuando en la BPRS se pasa de una puntuación de tres a otra mayor o igual a cinco en los ítems de contenido del pensamiento anormal, alucinaciones y/o desorganización conceptual. b) **Recaída psicótica tipo II:** exacerbación de los síntomas psicóticos ya existentes. Se considera esta recaída cuando en la BPRS se pasa de una puntuación de cuatro a una puntuación mayor o igual a seis en los ítems de contenido del pensamiento anormal, alucinaciones y/o desorganización

conceptual. **c) Mantenimiento:** Los síntomas psicóticos permanecen sin cambios. Se considera mantenimiento de síntomas cuando la puntuación se mantiene en un nivel mayor o igual a cinco en los ítems de contenido del pensamiento anormal, alucinaciones y/o desorganización conceptual. **d) No recaída psicótica:** desaparición progresiva de los síntomas psicóticos existentes previamente, o mantenimiento de síntomas por debajo de cuatro en las escalas de la BPRS. Se consignaron los ingresos.

El diseño utilizado ha sido un diseño cuasi experimental multigrupo (con tres grupos de tratamiento y un grupo de control), con medidas independientes en el factor tratamiento y medidas múltiples y repetidas en el factor evaluación distribuidas en el pretratamiento (evaluación 0) y al año (evaluación 1). Los análisis estadísticos utilizados fueron: prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución de la muestra, chi-cuadrada y Prueba exacta de Fisher, análisis de varianza (ANOVA), con comparaciones múltiples *post-hoc* de Scheffé y t de Student. Debido al reducido tamaño de la muestra y a que la distribución no era normal en algunas variables, se realizaron también análisis no paramétricos: Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Wilcoxon y McNemar. El paquete estadístico utilizado fue el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versión 10.

RESULTADOS

Las características de las familias son: medio urbano (90.9%), nivel económico medio (74.5%), con una media de 4.44 miembros por familia (rango 3–8). Los padres tenían una media de edad de 58.53% (d.t. 7.15). La mayoría (72.8%) tenía estudios primarios incompletos o carecía de ellos. El 54.6% tenía un trabajo semicalificado o no calificado, 34.5% tenía un trabajo calificado o poseía negocios, 7.3% eran profesionales titulados y 3.6% estaba desempleado. En el momento de la evaluación, la mitad de los padres estaban jubilados. Las madres tenían una media de edad de 55.47 años (d.t. 6.20). La mayoría (83.8%) tenía estudios primarios incompletos o carecía de ellos, y era de amas de casa (69.4%). El 87.3% de los pacientes de la muestra era de varones y 12.7% mujeres, con una media de edad de 26.04 años. Un 54.6% tenía estudios medios completos o incompletos, 9% acabó el octavo grado de la educación básica y 83.8% no había terminado esta educación o no tenía estudios. El 85.5% de los pacientes era de personas económicamente dependientes al inicio de la investigación. Las características clínicas y de historia de enfermedad de los pacientes de los cuatro grupos pueden observarse en el cuadro 1.

Para estudiar los cambios en sintomatología entre

CUADRO 1
Variables de enfermedad de los pacientes de la muestra por grupos en estudio

	CONTROL media (d.t.)	TF media (d.t.)	GAP + TG media (d.t.)	TP media (d.t.)
Edad del paciente	25.80(3.71)	24.38(3.86)	25.60(3.81)	26.65(3.28)
Edad al inicio de la enfermedad	19.7(3.36)	20.08(4.68)	21(4.16)	20.12(3.41)
Meses enfermedad	68.6(55.3)	63.2(44.8)	70.9(68.3)	70.23(34.91)
Número de hospitalizaciones	1.80(1.47)	1.62(1.61)	1.8(2.1)	1.9(1.63)
Meses hospitalizado	2.29(2.41)	2.21(2.15)	2.03(2.71)	2.26(2.85)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Inicio de la enfermedad				
Insidioso	10(66.7)	8(61.5)	7(70)	9(52.9)
Repentino	5(33.3)	5(38.5)	3(30)	8(47.1)
Curso de la enfermedad				
Crónico	2(80)	10(76.9)	8(80)	15(88.2)
Subcrónico	3(20)	3(23.1)	2(20)	2(11.8)
Tipo de esquizofrenia				
Desorganizada	2(13.3)	2(15.4)	1(10)	1(5.9)
Paranoide	8(53.3)	7(53.8)	6(60)	9(52.9)
Indiferenciada	4(26.7)	3(23.1)	2(20)	4(23.5)
Residual	1(6.7)	1(7.7)	1(10)	3(17.6)
Neurolépticos				
Sin tratamiento	2(13.3)	1(7.7)	1(10)	2(11.8)
Depot	2(13.3)	2(15.4)	1(10)	4(23.5)
Oral	9(60.1)	7(53.8)	6(60)	8(47.2)
Depot + Oral	2(13.3)	3(23.1)	2(20)	3(17.5)
Dosis neurolépticos				
Alta	5(33.3)	4(30.8)	4(40)	6(35.2)
Media	5(33.3)	5(38.5)	3(30)	8(47.1)
Baja	3(20)	3(23)	2(20)	1(5.9)
Sin tratamiento	2(13.4)	1(7.7)	1(10)	2(11.8)

TF = Terapia Familiar; GAP = Grupo de Apoyo a Padres; TG = Terapia de Grupo para Pacientes; TP = Terapia Psicopedagógica

las evaluaciones 0 y 1, las pruebas utilizadas fueron la *t* de Student para muestras relacionadas y el *test* no paramétrico de Wilcoxon para datos apareados.

En el grupo control no hallamos diferencias significativas en sintomatología; asimismo, los pacientes no variaron de sintomatología en la evaluación 1. En el cuadro 2 se puede observar que en el grupo de **terapia familiar sistémica (TFS)** existen mejorías estadísticamente significativas, excepto en la subescala **alucinaciones** del SAPS. En la prueba no paramétrica de Wilcoxon los resultados son semejantes excepto en que en la subescala de alucinaciones del SAPS existe también un cambio significativo ($z = -2.032$, $p = 0.042$).

En el cuadro 3 se puede apreciar que en el grupo **GAP+TG** existen mejorías significativas, excepto en las subescalas de “alucinaciones” y “trastorno formal del pensamiento” del SAPS. En la prueba de Wilcoxon, el cambio, en la subescala de trastorno formal del pensamiento es estadísticamente significativo ($z = -2.032$, $p = 0.042$).

En el **grupo de terapia psicopedagógica** aparece un cambio significativo en la subescala de “pobreza afectiva” del SANS. En cambio, con la prueba de Wilcoxon desaparece la significación.

En el **grupo control** no hallamos diferencias estadísticamente significativas en el ajuste social. En el grupo **TF** encontramos mejorías estadísticamente sig-

nificativas en el área de trabajo del SAS-SR ($t = 3.551$, gl. 5, $p = 0.016$), en que pasan menos horas en casa los fines de semana ($t = 3.533$, gl. 12, $p = 0.004$), y entre semana ($t = 4.44$, gl. 12, $p = 0.001$). Con la prueba de Wilcoxon hallamos mejorías estadísticamente significativas, además de en las anteriores, **en el ajuste social total** ($z = -2.028$, $p = 0.043$). En el **grupo GAP+TG** aparecen mejorías estadísticamente significativas en el **ajuste social total** ($t = 4.369$, gl. 9, $p = 0.002$) y en la satisfacción del SAS-SR ($t = 2.733$, gl. 9, $p = 0.023$). Pasan menos horas en casa los fines de semana ($t = 3.413$, gl. 9, $p = 0.008$); y entre semana ($t = 4.323$, gl. 9, $p = 0.002$). Con la prueba de Wilcoxon los resultados son semejantes. Finalmente, en el **grupo TP** no hallamos diferencias significativas en las variables estudiadas; los pacientes no cambian en su ajuste social.

Respecto al consumo de alcohol, en el grupo control disminuye de 40 a 20% entre la evaluación 0 y 1. En el **grupo TF**, **el consumo se mantiene** en las evaluaciones 0 y 1 (69.2%). En el **GAP+TG** **el consumo se reduce** en la evaluación 1 (de 42 a 19%). En el grupo de **TP** **se observa una disminución importante** (41.2% evaluación 0, 11.8% evaluación 1). En la comparación de los grupos por pares, en la evaluación 0 no había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero en la evaluación 1 en el grupo TF hubo más consumo de alcohol que en el control ($X^2 = 6.892$,

CUADRO 2
Grupo Terapia Familiar. Resultados en síntomas en las evaluaciones pre- y postratamiento

		Media	N	d.t.	t	gl	Sig.
BPRS total	Pre	53.54	13	16.31			
	Post	36.00	13	13.14	5.238	12	0.000
SAPS total	Pre	29.46	13	24.35			
	Post	13.00	13	16.84	3.559	12	0.004
Alucinaciones	Pre	4.85	13	7.31			
	Post	3.00	13	4.81	1.836	12	0.091
Ideas delirantes	Pre	11.08	13	10.89			
	Post	4.38	13	6.49	2.965	12	0.012
C. extravagante	Pre	6.23	13	4.88			
	Post	2.62	13	3.36	3.153	12	0.008
T. pensamiento	Pre	7.31	13	6.43			
	Post	3.00	13	4.34	2.833	12	0.015
SANS total				1			
	Pre	47.54	13	8.66			
	Post	24.92	13	19.51	4.957	12	0.000
Pobreza afectiva	Pre	9.85	13	9.17			
	Post	4.46	13	6.29	3.685	12	0.003
Alogia	Pre	5.62	13	5.82			
	Post	2.62	13	3.33	2.704	12	0.019
Abulia-apatía	Pre	10.54	13	4.43			
	Post	4.38	13	3.93	4.751	12	0.000
Anhedonia	Pre	16.15	13	6.26			
	Post	10.54	13	8.46	2.972	12	0.012
Atención	Pre	5.38	13	3.66			
	Post	2.92	13	3.82	2.726	12	0.018

BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale; SAPS = Scale for the Assessment of Positive Symptoms; SANS = Scale for the Assessment of Negative Symptoms

CUADRO 3

Grupo de apoyo de familiares + terapia de grupo. Resultados en síntomas en las evaluaciones pre y postratamiento

		Media	N	d.t.	t	gl	Sig.
Bprs total	Pre	56.30	10	10.55			
	Post	38.70	10	10.11	7.104	9	0.000
Total positivos	Pre	34.60	10	31.17			
	Post	20.70	10	26.00	3.907	9	0.004
Alucinaciones	Pre	7.70	10	9.37			
	Post	4.80	10	7.91	1.536	9	0.159
Ideas delirantes	Pre	16.40	10	10.44			
	Post	9.60	10	9.47	2.952	9	0.016
C. extravagante	Pre	4.90	10	5.67			
	Post	2.40	10	4.53	3.155	9	0.012
T. pensamiento	Pre	5.60	10	10.66			
	Post	3.90	10	8.92	2.047	9	0.071
Total negativos	Pre	50.80	10	14.85			
	Post	28.50	10	17.17	8.323	9	0.000
Pobreza afectiva	Pre	4.30	10	8.01			
	Post	7.40	10	7.96	5.811	9	0.000
Alogia	Pre	3.30	10	3.92			
	Post	2.10	10	3.00	2.714	9	0.024
Abulia-apatía	Pre	11.80	10	3.05			
	Post	4.00	10	3.97	4.971	9	0.001
Anhedonia	Pre	17.10	10	5.24			
	Post	10.20	10	5.85	6.161	9	0.000
Atención	Pre	6.00	10	3.86			
	Post	4.80	10	3.55	2.882	9	0.018

BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale; SAPS = Scale for the Assessment of Positive Symptoms; SANS = Scale for the Assessment of Negative Symptoms.

gl.1, $p = 0.009$) y que en el grupo TP ($X^2 = 10.476$, gl.1, $p = 0.001$).

El consumo de drogas descende en la evaluación 1 en todos los grupos: en el grupo control baja de 40 a 13.4%. En el grupo de TF baja ligeramente de 38.5 a 30.8%. En el GAP+TG baja de 30 a 10%. En el grupo de TP, el consumo de droga baja de 35.3 a 23.5%.

Tomaron la medicación de un modo regular, en el periodo comprendido entre la evaluación 0 y 1, 80% de los pacientes del grupo control, 61.5% del grupo TF, 60% del GAP+TG y 64.7% del grupo TP. Tomaban dosis altas de medicación en la evaluación 0, 33.3% de los pacientes del grupo control, y 20% en la evaluación 1. En el grupo TF, de 30.3 descende a 7.7%. En el grupo GAP+TG, de 60 a 0%. En el grupo TP, de 35.2 a 23.5%.

En el periodo comprendido entre la evaluación 0 y 1, el grupo control tuvo acontecimientos vitales estresantes (AVE) en 26.7% de los casos, en el de TF, 53.8%, en el GAP+TG, 50% y en el TP, 42.3%. Al comparar los grupos por pares hallamos que en el grupo TF aparecen más AVE que en el grupo control ($X^2 = 4.364$, gl.1, $p = 0.037$).

Respecto a las recaídas en el periodo comprendido entre las evaluaciones 0 y 1, recayó 53.3% de los pacientes del grupo control, 23.1% del grupo TF, 10%

del GAP+TG, y 41.2% del grupo TP. Al comparar los grupos por pares, vemos que la tasa de recaídas en la evaluación postratamiento es superior en el grupo control frente al GAP+TG ($X^2 = 4.890$, gl.1, $p = 0.027$). En el mismo periodo ingresaron a un hospital 26.7% de los pacientes del grupo control, 15.4% del grupo TF, 10% del GAP+TG y 23.5% del grupo TP.

En las comparaciones intergrupos postratamiento, hallamos mejorías significativas en abulia en los grupos TF y GAP+TG frente a TP y control; en el grupo TF, los pacientes presentaron mejor ajuste social y pasaron menos horas en casa entre semana frente al grupo control. En el grupo TF, los pacientes pasaron menos horas en casa entre semana frente al grupo TP.

DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que la terapia familiar y la intervención de grupo de apoyo de padres, más terapia de grupo para los pacientes, son eficaces para reducir la sintomatología general, positiva y negativa en pacientes esquizofrénicos. Otros autores han encontrado resultados semejantes con terapia familiar conductual (11, 35) y con intervención familiar psicoeducativa (9, 45).

Lo mismo podemos decir del ajuste social, pues los pacientes tratados con TF mejoran en el ajuste y en el área laboral, y salen más de casa. En el grupo GAP+TG, también mejora el ajuste social, dado que los pacientes están más satisfechos de sus relaciones sociales y salen más de casa. Resultados semejantes se han alcanzado con terapia familiar (11), con psicoeducación de grupo (27), y con intervención familiar psicoeducativa (26). En este estudio, en los grupos de terapia psicopedagógica y control no encontramos diferencias significativas en estas variables.

La tasa de recaídas hallada en el grupo control es semejante a la de la mayoría de los estudios (2, 34, 38). En la evaluación postratamiento, otros estudios (2, 11, 12, 20, 22, 36, 34, 47) mostraron, con intervenciones familiares, una tasa de recaídas en un rango de 0-52%. Nuestros resultados son semejantes a estos estudios en las intervenciones TF y GAP+TG.

En los pacientes del grupo TF aumenta el tiempo que pasan fuera de casa, se incrementa el consumo de drogas y se mantiene el de alcohol; a su vez, presentan más AVES. En nuestro medio, la red de apoyo social de los esquizofrénicos es bastante deficitaria. Éstos disponen de talleres en los centros públicos donde hacen trabajos manuales no remunerados y la mayoría de los pacientes de este estudio no quería ir, lo cual les llevaba a vagar por las calles y consumir alcohol y drogas como la mayoría de los jóvenes. Las familias no recibían ayuda de los servicios públicos, excepto tratamiento farmacológico de ser necesario. Si un paciente esquizofrénico sale del hogar, va a enfrentar factores que favorecerán una recaída en mayor medida que si permanece en el hogar.

En otros países existen programas de adaptación social que protegen a los pacientes, por lo que las intervenciones terapéuticas se complementan con intervenciones sociales. En nuestro estudio nos encontramos con la paradoja de que si el paciente sale más, se ve sometido a mayores peligros. El aspecto positivo es que evita los estresores familiares, pero nuestros resultados muestran que aun cuando la TF y la GAP+TG son efectivas para mejorar la sintomatología y el ajuste social, requieren el complemento de otras intervenciones sociales para reducir más drásticamente las recaídas. En los países de habla hispana, la intervención integral del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente sería un modelo a seguir (7, 8, 31, 40, 41).

Otro aspecto que vale destacar es que la TF aplicada en este estudio resulta estresante para los pacientes, pues en la terapia estratégica (13) se fijan directrices para normalizar lo antes posible la vida del paciente y para que salga del hogar. A ello puede deberse ese 23,1% de recaídas durante la intervención, aunque en nuestra intervención incluimos información sobre la

esquizofrenia y, al contrario que Haley (13), recomendábamos el uso de la medicación. Debemos señalar también que la duración de las terapias debería ser más prolongada para asentar los cambios y mejorarlos, y acompañarse de intervenciones centradas en el consumo de alcohol y drogas, y el cumplimiento de la medicación.

Nuestros hallazgos sugieren que las intervenciones familiares se deberían incluir en programas integrales en los que se incorporen intervenciones en los niveles biológico, psicológico y social.

Algunas limitaciones del presente estudio son que el tamaño de la muestra dificulta la generalización de los resultados y el que los tratamientos empleados carezcan de un formato estandarizado, pues ello dificulta su replicación.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. DSM-IV. Washington, 1994
2. ANDERSON CM, REISS DJ, HOGARTY GE: *Schizophrenia and the Family. A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management*. The Guilford Press, Nueva York, 1986.
3. ANDREASEN NC: *Scale for the Assessment of Negative and Positive Symptoms*. The University of Iowa, Iowa, 1984.
4. ATWOOD N: Parents support group in schizophrenia. En: McFarlane WR (ed). *Family Therapy in Schizophrenia*. The Guilford Press, Nueva York, 1983.
5. BROWN GW, RUTTER M: The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relat*, 19:241-263, 1966
6. BROWN GW, BIRLEY JL, WING JK: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Brit J Psychiatry*, 121:241-258, 1972.
7. DIAZ-MARTINEZ L, MUROW E, ORTEGA H, VALENCIA M, RASCON ML, RAMÍREZ I: El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 19(4):1-7, 1996.
8. DIAZ-MARTINEZ L, RASCON ML, VALENCIA M, UNIKEL C, MUROW E, RASCON D, LEAÑOS C, ORTEGA H: El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. *Salud Mental* (Número especial):104-113, 1999.
9. DIXON L, CURTIS A, LUCKSTED A: Update on psychoeducation for schizophrenia. *Schiz Bull* 26(1):5-20, 2000.
10. ESPINA A: Terapia familiar en la esquizofrenia. *Revista Psicoterapia*, 11(8):13-33, 1991
11. FALLOON IRH, BOYD JL, MCGILL CW, WILLIAMSON M, RAZANI J, MOSS HB, GILDERMAN AM, SIMPSON GM: Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 42:887-896, 1985.
12. GOLDSTEIN MJ, RODNICK EH, EVANS JR, MAY RPA, STEINBERG MR: Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry*. 35:1169-1177, 1978.
13. HALEY J: *Leaving Home: The Therapy of Disturbed Young People*. McGraw-Hill, Nueva York, 1980.

14. HERZ MI, LAMBERTI JS, MINTZ J, SCOTT R, O'DELL SP, MCCARTAN L, NIX G: A program for relapse prevention in schizophrenia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 57:277-283, 2000.
15. HUXLEY NA, RENDALL M, SEDERER L: Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis*, 188(4):187-201, 2000.
16. KUIPERS E, FOWLER D, GARETY P, CHISHOLM D, FREEMAN, D, DUNN G, BEBBINGTON P, HADLEY E: London-east Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis. III: follow-up and economic evaluation at 18 months. *Brit J Psychiatry*, 173:61-68, 1998.
17. LAM DH: Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol Med*, 21:423-441, 1991.
18. LEFF J, KUIPERS L, BERKOWITZ R, STURGEON D: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two year follow-up. *Brit J Psychiatry*, 146:549-600, 1985.
19. LEFF J, VAUGHN C: *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness*. The Guilford Press, Londres, 1985.
20. LEFF JP, BERKOWITZ R, SHAVIT N, STRACHAN A, GLASS VAUGHN C: A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia: two-year follow-up. *Brit J Psychiatry*, 157:571-577, 1990.
21. LEVENE JE, NEWMAN F, JEFFRIES JJ: Focal family therapy outcome study I: Patient and family functioning. *Can J Psychiatry*, 34:641-647, 1989.
22. LIBERMAN RP, WALLACE CJ, FALLOON IRH, VAUGHN CE: Interpersonal problem-solving therapy for schizophrenics and their families. *Compr Psychiatry*, 22:627-629, 1981.
23. LINSZEN DH, DINGEMANS PM, NUGTER MA, VAN DER DOES AJW, SCHOLTE WF, LENIOR MA: Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schiz Bull*, 23(1):119-130, 1997.
24. LINSZEN DH, LENIOR MA, DE-HAAN L, DINGEMANS PM, GERSONS B: Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *Brit J Psychiatry*, 172(33):84-89, 1998.
25. LUKOFF D, NUECHTERLEIN KH, VENTURA J: Appendix A: Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schiz Bull*, 12:594-602, 1986.
26. MCFARLANE WR, LUKENS E, LINK B, DUSHAY R, DEAKINS SA, NEWMARK M, DUNNE EJ, HOREN B, TORAN J: Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 52:679-687, 1995.
27. MERINDER LB, VIUFF AG, LAUGENSEN HD, CLEMENSEN K, MISFELT S, ESPENSEN B: Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34(6):287-294, 1999.
28. MINUCHIN S: *Families and Family Therapy*. Harvard University Press, Cambridge, 1974.
29. MONTERO IM, ASENSIO A, HERNADEZ I, MASANET M, LACRUZ M, BELLVER F, IBORRA M, RUIZ I: Tow strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schiz Bull*, 27(4):661-670, 2001.
30. MUELA JA, GODOY J: Programa de intervención familiar en esquizofrenia. Dos años de seguimiento del estudio de Andalucía. *Apuntes Psicología*, 19(3):421-430, 2001.
31. MUROW E, UNIKEL C: La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 20(3):35-40, 1997.
32. NUGTER A, DINGEMANS P, VAN DER DOES JW, LINSZEN D, GERSONS B: Family Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychiatry Res*, 72:23-31, 1997.
33. OTERO V: Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquis*, 13(3):135-142, 1992.
34. PITSCHEL-WALTZ G, LEUTCH S, BÄUML J, KISSLING W, ENGEL RR: The effect of family interventions on relapse and rehospitalisation in schizophrenia. A meta-analysis. *Schiz Bull*, 27(1):73-92, 2001.
35. RANDOLPH ET, SPENCER E, GLYNN SM, PAZ GG, LEONG GB, SHANER AL, STRACHAN A, VAN VORT W, ESCOBAR JL, LIBERMAN RP: Behavioral family management in schizophrenia: Outcome of a clinic-based intervention. *Brit J Psychiatry*, 164:501-506, 1994.
36. SHIMODERA S, INOUE S, MINO Y, TANAKA S, KII M, MOTOKI Y: Expressed Emotion and Psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. *Psychiatry Res*, 96:141-148, 2000.
37. SZMUKLER GI, HERRMAN H, COLUSA S, BENSON A, BLOCH S: A controlled trial of a counseling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 31:149-155, 1996.
38. TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN C, BAMRAH JS, PORCEDDU K, WATTS S, FREEMAN H: The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse. *Brit J Psychiatry*, 153:532-542, 1988.
39. TOMARAS V, MAVREAS V, ECONOMOU M, IOANNOVICH E, KARYDI V, STEFANIS C: The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: A 3-year study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35(11):487-493, 2000.
40. VALENCIA M: Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 22(2):31-40, 1999.
41. VALENCIA M: Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental* (número Especial):128-137, 1999.
42. VAUGHAN K, DOYLE M, MCCONAGHY N, BLASZCZYNSKI A, FOX A, TARRIER N: The Sydney intervention trial. A controlled trial of relatives' counseling to reduce schizophrenic relapse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 27:16-21, 1992.
43. WEISSMAN MM, BOTHWELL: Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry*, 33(9):1111-1115, 1976.
44. WIEDEMANN G, HAHLOWEG K, MUELLER U, FEINSTEIN E, HANK JG, DOSE M: Effectiveness of targeted intervention and maintenance pharmacotherapy in conjunction with family interventions in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*, 251(2):72-84, 2001.
45. XIANG M, RAN M, LI S: A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. *Brit J Psychiatry*, 165:544-548, 1994.
46. XIONG W, PHILLIPS MR, HU X, RUIWEN W, DAI Q, KLEINMAN J, KLEINMAN A: Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomized controlled trial. *Brit J Psychiatry*, 165:239-247, 1994.
47. ZASTOWNY TR, LEHMAN AF, COLE RE, KANE C: Family management of schizophrenia: a comparison of behavioral and supportive family treatment. *Psychiatry Quarterly*, 63:159-186, 1992.