

Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría

Marcelo Valencia*

Summary

This article presents the results of a one year psychosocial treatment program carried out with schizophrenic patients at The Mexican Institute of Psychiatry, in Mexico City.

The psychosocial treatment program's main objective was the acquisition of psychosocial skills that would enable patients to develop a better role performance and, therefore, a satisfactory psychosocial functioning in the community.

A quasi experimental design was utilized which included two study groups: patients of the experimental group were under neuroleptic medication and psychosocial treatment, while control group patients were only under neuroleptic medication. Psychosocial functioning was assessed with the Psychosocial Functioning Scale (PSFS), and the global evaluation of the patients, with the Global Assessment Functioning (GAF). Patients were assessed at the beginning and at the end of the intervention, according to the 5 major areas of the psychosocial treatment program: 1. occupational, 2. social relations, 3. economic or money management, 4. marital and non-marital sexual roles, and 5. family relations.

Comparing the two groups under study, statistically significant differences were observed in the occupational area ($p < .001$), social relations ($p < .000$), marital and non-marital sexual roles ($p < .010$), family relations ($p < .033$) as well as in the global psychosocial functioning ($p < .001$) in the experimental group. Statistically significant differences were not found in the control group. The results of global assessment functioning showed a significant increase and therefore better functioning in the experimental group: $\bar{x} = 43.85$ at admission and $\bar{x} = 65.71$ at discharge, $p < .000$, differences that were not found in the control group: $\bar{x} = 45.28$ at admission and $\bar{x} = 42.35$ at discharge. The results show that the most effective form of treatment is a combination of neuroleptic medication and psychosocial treatment. It can be concluded that some beneficial effects of the psychosocial treatment should be taken into account for a better functioning of the schizophrenic patients at the hospital and in the community.

Key words: Schizophrenia, psychosocial treatment, psychosocial functioning, neuroleptic medication.

Resumen

En el presente trabajo se presentan los resultados de un programa de tratamiento psicosocial llevado a cabo durante un

*Investigador Titular. Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D.F.

Investigador Nacional. Sistema Nacional de Investigadores SEP.

año con pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

El programa tenía como objetivo que los pacientes adquirieran habilidades psicosociales respecto a actividades ocupacionales, relaciones sociales, manejo de dinero, relaciones de pareja y su componente sexual, así como el manejo de relaciones familiares, las cuales les permitieran un mejor desempeño de roles y en consecuencia un funcionamiento satisfactorio en la comunidad al finalizar el tratamiento.

Utilizando un diseño quasi-experimental se conformaron 2 grupos de pacientes: el grupo experimental recibió medicamentos neurolepticos y tratamiento psicosocial, mientras que el grupo control recibió únicamente medicamentos neurolepticos. Se compararon los dos grupos bajo estudio y se evaluó a los pacientes al inicio y al término del programa respecto a su funcionamiento psicosocial, para lo cual se utilizó, la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS) considerando las 5 áreas que conformaban el programa de tratamiento: área ocupacional, social, económica, sexual, familiar, así como su funcionamiento psicosocial global. También se evaluó el funcionamiento global utilizando la Escala de Evaluación Global del Sujeto (GAF) que incluye síntomas y actividad psicológica de los pacientes durante el tratamiento.

Respecto al funcionamiento psicosocial, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al término del programa de tratamiento, en los pacientes experimentales quienes lograron un mejor desempeño en las áreas ocupacional $p < .001$; social $p < .000$, sexual-pareja $p < .010$ y familiar $p < .033$, así como en el funcionamiento psicosocial global $p < .001$, en comparación con los pacientes controles quienes disminuyeron su nivel de funcionamiento en todas las áreas del programa: ocupacional, social, económica, sexual-pareja, así como en el funcionamiento psicosocial global, con excepción del área familiar. En el grupo control no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados entre ingreso y egreso de tratamiento en ninguna de las áreas ni en el funcionamiento psicosocial global. Resultados similares se encontraron respecto a la valoración global, los pacientes experimentales lograron una considerable mejoría: $\bar{x} = 43.85$ en ingreso y $\bar{x} = 65.71$ en egreso (con un puntaje de ganancia ingreso-egreso de +21.8), obteniendo una diferencia estadísticamente significativa $p < .000$, mientras que los pacientes controles registraron una $\bar{x} = 45.28$ en ingreso y una $\bar{x} = 42.35$ en egreso (con un puntaje de -2.93 entre ingreso-egreso), disminuyendo su nivel de funcionamiento global al término del programa de tratamiento.

En cuanto a la adherencia o adhesión terapéutica, de parte de los pacientes, se encontró un 85% de asistencia a las sesiones a lo largo de un año de tratamiento, lo cual indica un alto porcentaje de cumplimiento con el tratamiento.

Los resultados indican que la forma más conveniente de tratar al paciente esquizofrénico tiene que ver con la combinación de medicamentos neurolepticos y el tratamiento psicosocial. Debido a la efectividad del tratamiento, se recomien-

da la implementación de este tipo de programas con el fin de mejorar el funcionamiento psicosocial y por lo tanto la situación del paciente en la comunidad, así como para llevar a cabo el manejo integral del paciente esquizofrénico.

Palabras clave: Esquizofrenia, tratamiento psicosocial, funcionamiento psicosocial, medicamentos neurolépticos.

El tratamiento integral del paciente esquizofrénico tiene que ver con la identificación y manejo de factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales conforman actualmente el modelo biopsicosocial, y en el que el factor biológico implica abordar aspectos clínicos y por lo tanto, la aplicación de medicamentos neurolépticos. Por su parte, los factores psicológicos y sociales que en conjunto se conocen como psicosociales se manejan por medio de diversas técnicas psicoterapéuticas denominadas psicosociales y que tienen que ver con distintas modalidades de: intervención, tratamiento, rehabilitación o terapia psicosocial. Tomando en cuenta la investigación internacional en esta área de estudio (2,12,13,28), se han formulado tres conclusiones importantes acerca del tratamiento del paciente esquizofrénico. En primer lugar, que aplicar medicamentos neurolépticos es una necesidad esencial y universal en el tratamiento del paciente. En segundo lugar, que en ambientes hospitalarios existe la alternativa de aplicar diversas modalidades de intervención, como por ejemplo, el tratamiento psicosocial. Finalmente, que lo más indicado es aplicar la combinación de los medicamentos neurolépticos con el tratamiento psicosocial de manera que los dos abordajes se complementen y se maneje de manera integral al paciente.

"Los factores psicosociales se refieren a las características psicológicas o atributos del individuo, en este caso del paciente y su ambiente social, que contribuye de manera importante en la iniciación, evolución, tratamiento y seguimiento del trastorno esquizofrénico" (18,19). Entre éstos se pueden mencionar: la necesidad del paciente de contar con una ocupación o empleo, establecer relaciones sociales para tener una red de apoyo social, las consideraciones que existen en las relaciones de pareja y sus implicaciones en la vida sexual, así mismo, contar con un salario o recursos económicos para hacer frente a sus gastos y necesidades económicas que les permita tener una vida más independiente de la familia de origen y, finalmente, el manejo de las relaciones familiares. Los pacientes esquizofrénicos presentan problemas o dificultades en diversos aspectos o áreas del funcionamiento psicosocial, los cuales les impiden tener una vida satisfactoria en la comunidad. Los tratamientos psicosociales les permiten a los pacientes adquirir habilidades en las diferentes áreas del funcionamiento psicosocial y les sirven para enfrentar estos problemas en su vida comunitaria.

El Consejo Nacional de Asesores en Salud Mental de los Estados Unidos de América (*National Advisory Mental Health Council*) indica que: Actualmente se encuentran disponibles tratamientos para los trastornos mentales mayores que permiten controlar, estabilizar o eliminar síntomas para promover y recuperar el funcionamiento psicosocial". En el caso del paciente esquizofrénico, el tratamiento psicosocial intenta mejorar

el funcionamiento psicosocial del paciente, aspecto que es vital en su funcionamiento comunitario (15).

A nivel internacional se han llevado a cabo un sinnúmero de programas de tratamiento, rehabilitación, terapia o intervención psicosocial (1-17,27,28). En México, hasta donde se tiene conocimiento, existe sólo una línea de investigación en esta área de estudio (18-25). Los tratamientos psicosociales han sido ampliamente recomendados ya que éstos han permitido obtener información científica útil y relevante para realizar un mejor manejo del paciente esquizofrénico (12,28).

Considerando los diversos cambios que han ocurrido en la atención del enfermo con esquizofrenia y partiendo de un modelo de atención integral que incluya aspectos biológicos, psicológicos y sociales, se planteó como problema principal llevar a cabo una investigación que consistiera en implementar un programa de tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos que asistían a la consulta externa de la División de Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Para llevar a cabo esta investigación se conformaron dos grupos de pacientes: el grupo experimental recibió medicamentos neurolépticos y tratamiento psicosocial, mientras que el grupo control recibió solamente medicamentos neurolépticos.

El objetivo de esta investigación consistió en determinar si existe alguna relación entre la presencia de un programa de tratamiento psicosocial y establecer diferencias entre los pacientes del grupo experimental y control respecto a variables como: el nivel de funcionamiento psicosocial en las áreas: ocupacional, social, económica, sexual-pareja y familiar, así como el funcionamiento psicosocial global. De igual manera identificar diferencias en cuanto al funcionamiento global (síntomas y conductas), así como evaluar la adhesión terapéutica de los pacientes al programa de tratamiento psicosocial.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó el modelo de tratamiento o terapia psicosocial desarrollado por Valencia (19,25) en el Instituto Mexicano de Psiquiatría que comprende dos aspectos importantes: 1.- una parte asistencial o psicoterapéutica en la que se incluye una definición del modelo, sus principales elementos, las formulaciones terapéuticas así como el manejo psicoterapéutico del paciente, los objetivos, las áreas de tratamiento, las modalidades terapéuticas, la duración, la conformación del equipo interdisciplinario, así como su capacitación en cuanto al manejo de técnicas de intervención y evaluación psicosocial y, 2.- una parte de evaluación e investigación que tiene que ver con el diseño, referimento de los pacientes, la conformación de grupos: experimental y control, la definición de variables (psicofármacos y psicoterapia), la utilización y aplicación de instrumentos de investigación y, finalmente, el tiempo o periodo de evaluación de los pacientes: ingreso, tratamiento y seguimiento.

Con estas consideraciones se ha definido el modelo de tratamiento psicosocial como "La aplicación de procedimientos y técnicas en el paciente para la adquisición y/o recuperación de sus habilidades o capacidades, afectadas por su padecimiento, de manera que pueda funcionar en una forma efectiva y satisfactoria

en la comunidad" (19,25). De la misma manera, la creación de 6 principios de tratamiento psicosocial o formulaciones terapéuticas que conforman el proceso de intervención, entre los cuales se encuentran: 1. definición del tratamiento psicosocial; 2. el proceso de la enfermedad; 3. conciencia de la enfermedad; 4. aceptación de la necesidad de tratamiento; 5. participación en el tratamiento psicosocial y, 6. funcionamiento psicosocial en la comunidad (19,25).

La modalidad del programa de tratamiento psicosocial consiste en la participación de los pacientes en sesiones grupales semanales con una hora de duración, en las cuales se abordan diversos aspectos del funcionamiento psicosocial a lo largo de un año de tratamiento, teniendo como base las áreas del programa que comprenden aspectos: 1.- ocupacionales, 2.- relaciones sociales, 3.- aspectos económicos, 4.- relaciones sexuales y de pareja y, 5.- relaciones familiares de los pacientes. También se incluyen como parte del tratamiento, otros factores asociados entre los que se encuentran las características y manejo de la enfermedad, el control de síntomas y uso de medicamentos neurolépticos así como la importancia de la adhesión terapéutica de los pacientes al tratamiento psicofarmacológico y a la terapia psicosocial.

Material y método

Esta investigación comprende dos aspectos importantes: la parte asistencial o de intervención, en la cual se implementaron las técnicas de tratamiento psicosocial, y la parte evaluativa o de investigación en la que se aplicaron los instrumentos de investigación; estos dos aspectos, a su vez, están directamente vinculados con la metodología de investigación. Se utilizó un diseño quasi-experimental, pretest-postest, prospectivo de comparación entre dos grupos de pacientes: experimental (N = 21) y control (N = 15) a quienes se les evaluó al momento de ingresar y al terminar el programa de intervención psicosocial después de un año de tratamiento. Los sujetos que participaron en esta investigación fueron pacientes de ambos sexos con edades entre los 16 y los 50 años, residentes en la Ciudad de México o área metropolitana, con educación primaria terminada, que reunieran los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo al DSM-III-R y CIE-10 y que certificaran por escrito su deseo de participar en el programa de tratamiento. Los pacientes de ambos grupos fueron comparados por pares de acuerdo a las variables sociodemográficas, de diagnóstico y de internamiento previo en hospitales psiquiátricos.

Instrumentos de investigación

Los instrumentos de investigación que se utilizaron fueron los siguientes:

1. *Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS)*

Incluye datos socioeconómicos, condiciones de vivienda, composición familiar y evaluación del funcionamiento psicosocial por medio de 5 áreas: ocu-

pacional, social, económica, sexual-pareja y familiar, así como la evaluación global del funcionamiento psicosocial del paciente.

El funcionamiento psicosocial ha sido definido como: "los roles que desempeña el sujeto, en su relación con otros individuos y en el medio en el que se desenvuelve. El desempeño de roles se lleva a cabo en las distintas áreas respecto a las cuales el paciente reporta su nivel de funcionamiento en un continuo satisfacción-insatisfacción" (19).

La escala evalúa el nivel de satisfacción que informa el paciente en relación a su desempeño de roles en las distintas áreas de la escala, la cual comprende un total de 35 reactivos y un sistema de calificación que incluye cinco niveles: 1. muy satisfecho; 2. satisfecho; 3. neutral-indiferente; 4. insatisfecho y 5. muy insatisfecho. Este sistema indica que a menor puntaje, el funcionamiento del paciente es mejor si obtiene una $\bar{x} = 1$ que corresponde a muy satisfecho o una $\bar{x} = 2$ que corresponde a satisfecho y, consecuentemente, si el puntaje es mayor con $\bar{x} = 4$ o $\bar{x} = 5$ el paciente presenta peor funcionamiento, ya que la calificación de 4 corresponde a insatisfecho y 5 a muy insatisfecho, quedando el 3 como un punto intermedio que corresponde a neutral-indiferente.

La escala fue diseñada por Valencia (26) en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría y presenta un alto grado de validez y confiabilidad para su uso en México. La escala debe ser aplicada por un entrevistador previamente capacitado en su manejo, mediante una entrevista directa al paciente. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 30 minutos.

2. *Escala de Valoración Global (GAF)*

Esta escala evalúa combinadamente la sintomatología y la actividad psicológica del paciente (comportamiento) en un *continuum* salud-enfermedad mental. Permite determinar la necesidad de tratamiento, la evolución del mismo, así como el pronóstico de la enfermedad del paciente. La escala se califica con un puntaje mínimo de 1 hasta 90 como puntaje máximo, de acuerdo a rangos o niveles previamente establecidos: 1-10, 11-20, 21-30 hasta el 81-90, considerando que a menor puntaje, menor es la salud mental del sujeto, así como a mayor puntaje, es mayor la valoración global y por lo tanto hay mejor salud mental del paciente. Para utilizar la escala es necesario que el entrevistador tenga entrenamiento clínico para su aplicación (8). El instrumento permite realizar una evaluación global del sujeto y, actualmente, éste se utiliza como el Eje V del DSM-III-R. El tiempo de aplicación de la escala es de 5 minutos.

3. *Cuestionario de Evaluación y Seguimiento (CES)*

Este cuestionario incluye información respecto a diversas características clínicas y psicosociales del paciente esquizofrénico como: tiempo de haber estado enfermo antes de recibir atención, conocimiento acerca de la enfermedad y del diagnóstico, internamientos, tratamientos recibidos, respuesta al tratamiento, su red de apoyo social, adhesión terapéu-

CUADRO 1
Características sociodemográficas de los pacientes experimentales y controles

Edad	Grupo experimental N = 21 $\bar{X} = 28.9$		Grupo control N = 15 $\bar{X} = 26.0$	
	F	%	F	%
Sexo				
Masculino	16	76.1	12	80.0
Femenino	5	23.8	3	20.0
Estado civil				
Soltero	21	100.0	20	93.3
Separada	0	0.0	1	6.6
Ocupación				
Trabaja	3	14.2	2	13.3
Estudia	1	4.7	1	6.6
No trabaja	17	80.9	12	80.0
Escolaridad				
Primaria	5	23.8	4	26.6
Secundaria	11	52.3	8	53.3
Preparatoria	2	9.5	1	6.6
Universidad	3	14.2	2	13.3

tica, recaídas, uso de medicamentos, rehospitalizaciones, etc. (24). Para su aplicación se necesita capacitación previa y el tiempo de aplicación es de 15 minutos.

Resultados

Características sociodemográficas de los pacientes

En el cuadro 1 aparecen las características sociodemográficas, donde aparece la información respecto a la edad, el sexo, el estado civil, la ocupación y la escolaridad de los pacientes experimentales y controles.

Variables consideradas para comparar por pares los grupos bajo estudio

En el cuadro 2 se presentan las variables que se utilizaron para comparar por pares a los pacientes experimentales y controles antes del tratamiento, en donde se observa que 52.3% de los pacientes experimentales y 53.3% de los pacientes controles no presentaron recaídas desde la última hospitalización. Así mismo, 85.7% de los experimentales y 86.6% de los controles no fueron rehospitalizados después del último internamiento. El 76.1% de los experimentales y 73.3% de los controles reportaron haber sido internados previamente en algún hospital psiquiátrico. En cuanto a la adhesión terapéutica, 90.4% de los experimentales y 93.3% de los controles reportaron cumplir con el uso de los medicamentos neurolépticos, respecto a los cuales 80.9% de los experimentales y 80.0% de los controles sabe el nombre de los medicamentos que está tomando, de igual manera, 61.9% de los experimentales y 60.0% de los controles cuentan con recursos económicos para comprar los medicamentos. El 95.2% de los pacientes experimentales y 93.3% de los pacientes controles viven con su familia y dependen de ella económicamente. Finalmente, 90.4% de los experimentales y 93.3% de los controles asisten a sus citas a la consulta externa del hospital. En todas estas variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de pacientes, lo que permitió contar con dos grupos similares bajo estudio.

Características clínicas y psicosociales de los pacientes

El cuadro 3 presenta un perfil de las principales características clínicas y psicosociales de la muestra de pacientes, el cual incluye aspectos desde el inicio de la enfermedad hasta el momento de su valoración antes

CUADRO 2
Cuadro comparativo de las variables que se utilizaron para comparar por pares a los grupos de pacientes antes del tratamiento

Variable	Grupo Experimental N = 21		Grupo Control N = 15	
	F	%	F	%
No ha recaído desde la última hospitalización	11	52.3	8	53.3*
No ha sido rehospitalizado después del último internamiento	18	85.7	13	86.6*
Hospitalización previa en hospital psiquiátrico	16	76.1	11	73.3*
Adhesión terapéutica: cumplimiento con el uso del medicamento	19	90.4	14	93.3*
Sabe el nombre del medicamento(s) que está tomando	17	80.9	12	80.0*
Tiene dinero para comprar el medicamento	13	61.9	9	60.0*
Vive y depende de su familia	20	95.2	14	93.3*
Asiste a sus citas a la consulta externa	19	90.4	14	93.3*

* = NS. No existen diferencias estadísticamente significativas.

CUADRO 3
Perfil de las características clínicas
y psicosociales de la muestra de pacientes
N = 36

<i>Características</i>	<i>Porcentaje</i>
Su familia lo llevó al hospital	70.9
No sabe cuál es su padecimiento	49.7
Atención recibida antes de su internamiento	
Médica general	11.6
Psicológica	9.5
Psiquiátrica	52.5
Otros (curandero, hierbero, etc.)	26.4
Promedio de la última hospitalización	
4 semanas	43.2
8 semanas	11.6
10 semanas	7.2
11 semanas o más	38.0
Utilidad del tratamiento	
Muy útil	40.5
Útil	41.0
Nada útil	18.5
Alta por mejoría	64.0
Satisfacción por el tratamiento	62.0
Considera el tratamiento necesario	66.5
Tiempo de estar enfermo antes del internamiento	
1 a 6 meses	31.0
7 a 12 meses	32.0
Más de un año	37.0
Experiencia del Internamiento	
Buena	46.5
Regular	37.5
Mala	16.0
Considera la consulta externa como opción al internamiento	56.8
Al ser dado de alta, posibilidades de salir adelante en la comunidad	73.5
Tenía metas o planes al salir del hospital	69.0
Se cumplieron sus metas	33.0
Se ha visto involucrado en hechos de violencia	35.7

de que participaran en el programa de tratamiento. Se observa que 70.9% de los pacientes fueron llevados al hospital por su familia al momento de su internamiento, 49.7% no sabe cuál es su enfermedad o diagnóstico, y antes de su internamiento 11.6% recibió atención médica, 9.5% ayuda psicológica, 52.5%, atención psiquiátrica y 26.4% asistió con curanderos, hierberos,

etc. En cuanto al tiempo de la última hospitalización, destaca el 43.2% con un promedio de 4 semanas, seguido de 38% con más de 11 semanas. Durante el internamiento, el tratamiento que recibieron los pacientes lo consideraron muy útil en un 40.5%, útil 41.0% y nada útil 18.5%. El 64% de los pacientes fue dado de alta por mejoría, 62% estuvo satisfecho con el tratamiento y 66.5% consideró el tratamiento necesario para su recuperación. Respecto al tiempo en el que los pacientes estuvieron enfermos antes de su internamiento se encontró que 31% estuvo enfermo de 1 a 6 meses, 32% de 7 a 12 meses y 37% más de un año. La experiencia de haber estado internado en un hospital psiquiátrico fue para los pacientes: buena en 46.5%; regular en 37.5% y mala en 16%. El 56.8% de los pacientes consideró la consulta externa como una opción al internamiento. Cuando se les preguntó qué posibilidades tenían de salir adelante en su comunidad al momento de su alta, indicaron que éstas llegaban a 73.5%; 69% tenía planes o metas a futuro, pero solamente 33% pudo cumplirlas. Una de las razones por las cuales no se cumplieron fue "por la enfermedad", "porque no pude conseguir trabajo", "mi familia no me apoyaba", etc. Finalmente, 35.7% de los pacientes reportó haberse visto involucrado en hechos de violencia callejera, provocados por ellos mismos. Esta situación puede explicarse más sobre todo por la enfermedad que tienen o debido a que no tomaron sus medicamentos y, en consecuencia, presentaron síntomas (alucinaciones) y al caminar por las calles sintieron que los insultaban, los amenazaban o se burlaban ellos, y su reacción fue responder ante esta situación con enojo y violencia.

Funcionamiento psicosocial en el ingreso y egreso del tratamiento

En el cuadro 4, se presenta la comparación de los niveles de funcionamiento psicosocial por área y global que existe entre los pacientes experimentales y controles ingreso y egreso del programa de tratamiento.

Al comparar las medias de ingreso en el área ocupacional entre los pacientes experimentales y controles, se encontró una $\bar{x} = 2.7$ para el grupo experimental y una $\bar{x} = 2.6$ para el grupo control. En el área social los experimentales obtuvieron una $\bar{x} = 3.1$ por una $\bar{x} = 2.6$ de los controles. En el área económica hubo una $\bar{x} = 3.0$ para el grupo experimental y una $\bar{x} = 3.0$ para el grupo control. En el área sexual y de pareja hubo una $\bar{x} = 3.1$ para el grupo experimental y una $\bar{x} = 2.3$ para el grupo control. En el área familiar los experimentales tuvieron una $\bar{x} = 2.7$ por $\bar{x} = 2.7$ del control. En cuanto al funcionamiento psicosocial global se obtuvo una $\bar{x} = 2.9$ para el grupo experimental y una $\bar{x} = 2.6$ para el grupo control. No se encontraron diferencias significativas en las áreas ocupacional, económica y familiar, ni en el nivel de funcionamiento psicosocial global al comparar los dos grupos de pacientes. Solamente se encontraron diferencias significativas en el área social ($p < .001$) y en el área sexual y de pareja ($p = .000$) al utilizar la prueba t de Student.

Al comparar las medias en egreso entre los pacientes experimentales y controles se encontró que los

CUADRO 4

Cuadro comparativo de los niveles de funcionamiento psicosocial en los pacientes experimentales y controles en ingreso y egreso del tratamiento

Áreas	Ingreso					Egreso				
	Experimental N = 21		Control N = 15			Experimental N = 21		Control N = 15		
	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D. E.	P	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	P
Ocupacional	2.7	0.189	2.6	0.182	N.S.	2.1	0.113	2.8	0.286	*
Social	3.1	0.190	2.6	0.165	*	2.4	0.119	2.9	0.314	**
Económica	3.0	0.201	3.0	0.207	N.S.	2.9	0.202	3.2	0.296	N.S.
Sexual/pareja	3.1	0.199	2.3	0.115	**	2.5	0.153	2.7	0.252	N.S.
Familiar	2.7	0.179	2.7	0.143	N.S.	2.2	0.141	2.5	0.294	N.S.
GLOBAL	2.9	0.137	2.6	0.113	N.S.	2.4	0.109	2.8	0.257	***

*P <.001, **P <.000, ***P <.010, N.S. = No significativo.

Niveles de Funcionamiento Psicosocial: 1 = Muy satisfecho, 2 = Satisfecho, 3 = Neutral-indiferente, 4 = Insatisfecho, 5 = Muy insatisfecho

primeros obtuvieron una $\bar{x} = 2.1$ por $\bar{x} = 2.8$ del grupo control ($p < .001$) en el área ocupacional. En el área social los experimentales reportaron una $\bar{x} = 2.4$ y los controles una $\bar{x} = 2.9$ ($p < .000$). En el área económica las medias fueron de 2.9 y 3.2 para el grupo experimental y para el control, respectivamente. En el área sexual-pareja la media para los pacientes experimentales fue de 2.5 y para los controles de 2.7. En el área familiar los experimentales obtuvieron una $\bar{x} = 2.2$ y los controles, $\bar{x} = 2.5$. En el funcionamiento psicosocial global la media para el grupo experimental fue de 2.4 y para el control 2.9 ($p < .033$). No se encontraron diferencias en el área económica, sexual-pareja y familiar. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en el área ocupacional, social y en el funcionamiento psicosocial global, al comparar los niveles de egreso en los dos grupos bajo estudio. Esto indica que los pacientes experimentales al terminar el programa presentaron mayores mejorías en cuanto a su funcionamiento en el área ocupacional social y en su funcionamiento psicosocial global, en comparación con los pacientes controles.

Funcionamiento psicosocial al término del programa de tratamiento

En el cuadro 5 se presenta la comparación de los niveles de funcionamiento psicosocial por área y global en los pacientes experimentales y controles al momento de ingresar y terminar el programa de tratamiento. Para ambos grupos se utilizó el mismo parámetro de evaluación, es decir, un año, tiempo que duró el programa de tratamiento. Las medias de los pacientes se obtuvieron de acuerdo al sistema de calificación en la Escala de Funcionamiento Psicosocial, el cual indica que cuando los pacientes informan el nivel 1 se encontraron muy satisfechos; nivel 2 = satisfechos; nivel 3 = neutral, indiferente; nivel 4 = insatisfechos; nivel 5 = muy insatisfechos. Para realizar el análisis de los datos, se utilizó la prueba t de Student para determinar si existían diferencias significativas por área y global

en ingreso y egreso en los grupos de pacientes bajo estudio.

Al comparar las medias de ingreso y egreso en el grupo experimental, se encontró que los pacientes en el área ocupacional ingresaron con una $\bar{x} = 2.7$ y salieron con una $\bar{x} = 2.1$, que de acuerdo a las categorías de calificación, los pacientes se ubicaron en el nivel de satisfacción pero con diferencias de grado dentro de este mismo. Al efectuar la prueba estadística se encontraron diferencias significativas ($p < .001$), entre ingreso y egreso en esta área. Este resultado indica que en el área ocupacional, al terminar el programa, los pacientes reportaron el mayor grado de satisfacción y avance y, por lo tanto, de funcionamiento en comparación con las otras áreas del tratamiento.

En el área social, los pacientes ingresaron con una $\bar{x} = 3.1$ que indica que se encontraban en el nivel neutral o indiferente y salieron con una $\bar{x} = 2.4$ que corresponde al nivel de satisfacción. En esta área también se encontraron diferencias significativas ($p < .000$) entre ingreso y egreso al realizar la prueba estadística correspondiente. En el área social, en comparación con las otras áreas, es en esta en la que los pacientes tuvieron mayores logros a lo largo del programa de tratamiento, lo cual indica la importancia y la necesidad que tienen ellos para establecer relaciones sociales, pues ellos, generalmente y como parte de la enfermedad, tienen dificultades para establecer y mantener contacto social.

En el área económica, los pacientes reportaron al inicio del programa, el nivel de neutral o indiferente con una $\bar{x} = 3.0$, a terminar el tratamiento y una $\bar{x} = 2.9$ que indica un nivel de satisfacción pero con tendencias a lo neutral o indiferente. En esta área no se encontraron diferencias estadísticamente significativas y este hallazgo se puede explicar en parte por el hecho de que debido a su participación en el programa de tratamiento durante el último año, los pacientes no realizaron ninguna actividad ocupacional remunerada, considerando además las dificultades que los pacientes con esquizofrenia tienen para conseguir y mantener un tra-

CUADRO 5

Cuadro comparativo de los niveles de funcionamiento psicosocial por área y global en ingreso y egreso del tratamiento en los pacientes experimentales y controles

Áreas	Grupo experimental N=21					Diferencias Ingreso-Egreso	Grupo control N=15					Diferencia Ingreso-Egreso
	Ingreso		Egreso		P		Ingreso		Egreso		P	
	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	P		\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	P	
Ocupacional	2.7	0.189	2.1	0.113	*	+0.6	2.6	0.182	2.8	0.286	N.S	-0.2
Social	3.1	0.190	2.4	0.119	**	+1.7	2.6	0.165	2.9	0.314	N.S	-0.3
Económica	3.0	0.201	2.9	0.202	N.S.	+0.1	3.0	0.207	3.2	0.296	N.S	-0.2
Sexual/Pareja	3.1	0.199	2.5	0.153	***	+0.6	2.3	0.115	2.7	0.252	N.S	-0.4
Familiar	2.7	0.179	2.2	0.141	****	+0.5	2.7	0.143	2.5	0.294	N.S	+0.2
Global	2.9	0.137	2.4	0.109	*	+0.5	2.6	0.113	2.8	0.257	N.S	-0.2

*P < .001, **P < .000, ***P < .010, ****P < .033, N.S. = No significativo.

Niveles de Funcionamiento Psicosocial: 1 = Muy satisfecho, 2 = Satisfecho, 3 = Neutral-indiferente, 4 = Insatisfecho, 5 = Muy insatisfecho

bajo, lo cual repercute directamente en el aspecto económico.

En el área sexual y de pareja los pacientes ingresaron con una $\bar{x} = 3.1$ que indica neutral o indiferencia, y salieron con una $\bar{x} = 2.5$ que implica un nivel de satisfacción. Los logros en esta área se traducen al encontrarse diferencias significativas ($p < .010$) en la prueba estadística aplicada.

En el área familiar el ingreso fue con una $\bar{x} = 2.7$ y el egreso $\bar{x} = 2.2$, e indica diferencias de grado dentro del mismo nivel de satisfacción, encontrándose diferencias significativas ($p < .033$). Finalmente, en el funcionamiento psicosocial global, los pacientes experimentales ingresaron con una $\bar{x} = 2.9$ que indica un nivel de satisfacción pero con tendencias hacia el nivel 3 de neutral-indiferente, y salieron con una $\bar{x} = 2.4$, lo cual indica que los pacientes al terminar el programa de tratamiento se ubicaron en el nivel de satisfacción en su funcionamiento psicosocial global. De acuerdo a la prueba estadística aplicada se encontraron diferencias significativas ($p < .001$) en el funcionamiento psicosocial global.

Estos resultados indican en primera instancia, que los pacientes que participaron en el programa de tratamiento psicosocial tuvieron cambios y mejorías significativas en 4 de las 5 áreas del programa: área ocupacional, social, sexual-pareja y familiar, así como en el funcionamiento psicosocial global. En el área económica, los pacientes ingresaron con una $\bar{x} = 3.0$ que corresponde al nivel de neutral-indiferente y salieron con una $\bar{x} = 2.9$ que indica un nivel de satisfacción; sin embargo, en esta área no se encontraron diferencias significativas. Los pacientes reportaron mejor funcionamiento al terminar el programa de tratamiento psicosocial en el área ocupacional: $\bar{x} = 2.1$, seguida del área familiar: $\bar{x} = 2.2$; área social: $\bar{x} = 2.4$; área sexual y de pareja: $\bar{x} = 2.5$ y área económica: $\bar{x} = 2.9$. En el funcionamiento psicosocial global la media fue de 2.4.

Al observar en el cuadro 5 las diferencias reportadas por los pacientes del grupo experimental entre ingre-

so-egreso se establece claramente que obtuvieron logros y avances en todas las áreas: así por ejemplo, en el área ocupacional el puntaje de ganancia fue $+ .6$; en el área social $+ 1.7$; área económica $+ .1$; área sexual y de pareja $+ 6$; área familiar $+ .5$ y en el funcionamiento psicosocial global la diferencia fue $+ .5$.

Al comparar las medias en ingreso y egreso del grupo control se observa en el cuadro 5 que los pacientes reportaron una $\bar{x} = 2.6$ en ingreso y $\bar{x} = 2.8$ en egreso en el área ocupacional. Una $\bar{x} = 2.6$ y $\bar{x} = 2.9$ en ingreso y egreso respectivamente en el área social. En el área económica reportaron una $\bar{x} = 3.0$ al inicio del programa y una $\bar{x} = 3.2$ al terminar el mismo. En el área sexual y de pareja las medias fueron de 2.3 y 2.7 respectivamente, y el área familiar: $\bar{x} = 2.7$ en ingreso y $\bar{x} = 2.5$ en egreso. El funcionamiento psicosocial global reportó una $\bar{x} = 2.6$ en ingreso y una $\bar{x} = 2.9$ en egreso, respectivamente. En 4 de las 5 áreas los pacientes se ubicaron en el nivel de satisfacción en cuanto a su funcionamiento, encontrándose diferencias solamente de grado entre las áreas. La única área en la que los pacientes reportaron niveles de neutral-indiferente, corresponde al área económica. Sin embargo, en las áreas: ocupacional: $\bar{x} = 2.8$; social = 2.9; sexual-pareja: $\bar{x} = 2.7$ aunque reportan niveles de satisfacción, la tendencia de éstas es hacia el nivel neutral o indiferente. Se aplicó la prueba *t* de Student y no se encontraron diferencias significativas entre ingreso y egreso en ninguna de las áreas ni en el funcionamiento psicosocial global.

El área de mejor funcionamiento para los pacientes controles en egreso fue el área familiar: $\bar{x} = 2.5$, seguida del área sexual y de pareja: $\bar{x} = 2.7$; área ocupacional: $\bar{x} = 2.8$; área social: $\bar{x} = 2.9$ y área económica: $\bar{x} = 3.2$, con una $\bar{x} = 2.9$ en el funcionamiento psicosocial global.

Los resultados para los pacientes del grupo control no solamente indican que no obtuvieron logros ni avances sino también que al observar la diferencia, en cuanto al puntaje de ganancia, éste se convierte más bien en puntaje de pérdida entre ingreso-egreso en todas las áreas: ocupacional $= -.2$; social $= -.3$; económica $= -.2$;

sexual-pareja = -4, con excepción del área familiar = +2 y funcionamiento psicosocial global = -2. Estos resultados indican, por un lado, un negativo puntaje de ganancia y por otro, que los pacientes presentaron menores niveles de funcionamiento en las 4 áreas mencionadas, así como en el funcionamiento psicosocial global al término del programa y las diferencias entre ingreso y egreso confirman este hallazgo. Los pacientes controles después de un año de recibir medicamentos neurolépticos reportaron menor satisfacción en cuanto a su funcionamiento psicosocial que al que reportaron cuando se inició el programa. Parece que el uso exclusivo de medicamentos neurolépticos es efectivo en cuanto a lograr el control de los síntomas de la enfermedad; sin embargo, la ausencia de alguna forma de intervención psicosocial en los pacientes controles, no ayudó a mejorar su funcionamiento psicosocial y por el contrario éste más bien disminuyó, lo cual resalta la importancia de combinar los medicamentos neurolépticos y el tratamiento psicosocial como parte del manejo integral del paciente con esquizofrenia.

Evaluación global de los pacientes al terminar el tratamiento

En el cuadro 6 aparecen los resultados de la evaluación global de los pacientes los cuales fueron obtenidos por medio de la Escala GAF Eje V del DSM-III-R que incluye la sintomatología del paciente, así como la incapacidad y grado de deterioro en su actividad social, laboral o escolar. Los pacientes del grupo experimental ingresaron con una \bar{x} = 43.85 y salieron del programa con una \bar{x} = 65.71, logrando un puntaje de ganancia ingreso-egreso de 21.86 puntos. Mientras que los pacientes controles reportaron una \bar{x} = 45.28 en ingreso y una \bar{x} = 42.35 en egreso con una diferencia entre ingreso-egreso de -2.93 puntos. En los pacientes experimentales se encontraron diferencias significativas ($p \leq .000$) entre ingreso-egreso del tratamiento. En los pacientes del grupo control no se encontraron diferencias significativas.

Estos resultados indican que ambos grupos de pacientes ingresaron al programa con una \bar{x} = 43.85 (grupo experimental) y \bar{x} = 45.28 (grupo control), que ubican a los dos grupos en el nivel de 41-50 que de acuerdo al sistema de calificación de la Escala GAF indica que los pacientes presentan: "Síntomas graves (por ejemplo, ideas de suicidio, rituales obsesivos graves, pequeños robos en tiendas) o deterioro grave en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, ausen-

cia de amigos o incapacidad para conservar el trabajo)". Los pacientes experimentales al término del programa presentaron una \bar{x} = 65.71 que los ubica en el nivel de 61-70, es decir, 2 niveles más arriba que los pacientes controles, y que de acuerdo al sistema de calificación de la escala quiere decir que los pacientes reportan: "algunos síntomas leves (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o insomnio leve) o dificultades en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, inasistencia injustificada a la escuela) aunque en general, el funcionamiento es bastante bueno y el sujeto tiene relaciones interpersonales significativas", a diferencia de los pacientes controles quienes se mantuvieron en el mismo nivel de 41-50, con una \bar{x} = 42.35 que comparada con la \bar{x} = 45.28 de ingreso, salieron con el funcionamiento global inferior (-2.93), al que reportaron al inicio del programa.

En cuanto a la adherencia o adhesión terapéutica, que tiene que ver con la constancia, apego o cumplimiento de parte de los pacientes con el tratamiento se encontró un 85% de asistencia a las sesiones a lo largo de todo un año de tratamiento, lo cual indica un alto porcentaje de cumplimiento con el tratamiento, y por lo tanto, de adhesión terapéutica. El 15% de inasistencia se debió a que los pacientes no pudieron asistir por situaciones propias de la enfermedad (estaba muy nervioso, sentía mucha angustia y me daba miedo salir a la calle, estaba escuchando voces, me sentía enfermo, etc., por otros malestares, dificultades familiares o inconvenientes como no contar con los recursos para transportarse al hospital en determinado día de la terapia, etc.).

Discusión

A manera de discusión se pueden comentar algunos aspectos que resaltan en los resultados de esta investigación. Se considera como una aportación importante contar con un modelo de tratamiento o terapia psicosocial diseñado en México para pacientes esquizofrénicos. De igual manera, tener un perfil que incluya las características clínicas y psicosociales, permite conocer la situación por la que pasaron los pacientes desde el inicio de la enfermedad hasta el momento de la evaluación que se hizo antes de que participaran en el programa de tratamiento. En este perfil, destaca que los pacientes casi siempre son llevados por la familia al hospital (70.9%) al momento de su internamiento; también reportaron que antes de ser internados recibieron algún tipo de atención médica

CUADRO 6
Cuadro comparativo de los niveles de funcionamiento global y ganancia en ingreso y egreso del tratamiento en los pacientes experimentales y controles

Grupo	Ingreso		Egreso		Puntaje de ganancia ingreso-egreso	P
	\bar{x}	D.E	\bar{x}	D.E		
Experimental N = 21	43.85	1.840	65.71	1.911	21.86	*
Control N = 15	45.28	2.207	42.35	2.739	-2.93	N.S.

*P < .000 N.S. = No significativo.

(11.6%); psicológica (9.5%); psiquiátrica (52.5%); así como asistieron con curanderos, hierberos (26.4%); un 43% de los pacientes tuvieron un promedio de 4 semanas de internamiento. Fueron dados de alta por mejoría (64%), estuvieron satisfechos con el tratamiento (62%) y quienes consideraron su internamiento como necesario (66.5%). Antes de ingresar al hospital estuvieron enfermos en promedio de 3 meses a 1 año (31%), de 7 a 12 meses (32%), y más de un año (37%). Consideraron la consulta externa como una buena opción para evitar el internamiento (56.8%), y la mitad de los pacientes manifestaron como buena la experiencia de haber estado internado (46.5%). Al salir del hospital el 73 % consideró que podría salir adelante en la comunidad, el 69% de los pacientes tenía metas pero éstas solamente se cumplieron en un 33%, respectivamente. Consideraron al tratamiento como útil (41%) o muy útil (40.5%) y, finalmente, el 36% se vio involucrado en hechos de violencia provocados por el mismo paciente.

Los resultados de esta investigación permiten concluir que existe una relación directa entre la presencia de un programa de tratamiento psicosocial y las mejoras observadas en el funcionamiento de los pacientes que participaron en dicho programa, estos avances se encontraron en el área ocupacional, social, sexual-pareja y familiar, así como en el funcionamiento psicosocial global. Estos hallazgos fueron corroborados y coinciden con los obtenidos en la evaluación global de los pacientes que participaron en el tratamiento, quienes presentaron mejoras significativas en el funcionamiento global. Los pacientes que no participaron en el programa de tratamiento psicosocial disminuyeron su nivel de satisfacción en cuanto a su funcionamiento en todas las áreas: ocupacional, social, económica, sexual-pareja e incluso en el funcionamiento psicosocial global, exceptuando el área familiar. En la valoración global, estos pacientes también disminuyeron su funcionamiento, y no mostraron mejoras ya que después de un año de evaluación se mantuvieron en el mismo nivel. Es importante también enfatizar la importancia del tratamiento psicofarmacológico ya que definitivamente

ayuda a la remisión, control y estabilización de la sintomatología del paciente. Los resultados de esta investigación indican que la valoración global (síntomas, incapacidad y deterioro) en los pacientes que solamente usaron medicamentos, disminuye ligeramente de 45.28 al inicio del programa a 42.35 al final del mismo, estando esta disminución dentro del mismo nivel de valoración 41-50, sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas. A pesar de la disminución en la valoración y considerando que ésta no implica un cambio de un nivel a otro, es decir, el paciente no mejora ni empeora, se puede concluir que los medicamentos neurolépticos ayudan definitivamente a mantener al paciente dentro de un mismo nivel. Sin embargo, no inciden en el funcionamiento psicosocial el cual disminuyó también en este grupo de pacientes.

Los resultados de esta investigación coinciden con las conclusiones reportadas por otros autores (1-7,9,17,19-23,27,28) en el sentido de que la aplicación de un programa de tratamiento psicosocial como complemento al uso de medicamentos neurolépticos, puede producir mejoras y resultados positivos en pacientes esquizofrénicos.

Es necesario que en países en vías de desarrollo como México, se lleven a cabo programas con características similares que vayan de acuerdo a nuestras necesidades. Esto podría redituarse en programas hospitalarios establecidos a largo plazo, que permitan no solamente evaluar la efectividad terapéutica de estos programas, sino que al llevar a cabo el seguimiento de estos pacientes sirva como medida preventiva para evitar recaídas, rehospitalizaciones, falta de adhesión terapéutica, así como otros aspectos tan necesarios en el manejo integral del paciente esquizofrénico.

Agradecimientos

Se agradece a Lorena Basaldúa por su apoyo en la captura de datos así como en la elaboración de los cuadros 4, 5 y 6.

REFERENCIAS

1. APPELO MT, WOONINGS FMJ, VAN NIEVEN HUIZEN CJ: Specific skills and social competence in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scan*, 85:419-422, 1992.
2. BELLACK AS, MUESER KT: A comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. *Community Mental Health J*, 22:175-189, 1986.
3. BELLACK AS, MORRISON RL, WIXTED JT, MUESER KT: An analysis of social competence in schizophrenia. *British J Psychiatry*, 156:809-819, 1990.
4. BELLACK AS, MUESER KT: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2):317-336, 1993.
5. BREKKE J, LEVIN S, WOLKON G, SOBEL E, SLADE E: Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(3):600-608, 1994.
6. BRUGHA TS, WING JK, BREWIN CR, MAC CARTHY B, LESAGE A: The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long term psychiatric disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 28:218-224, 1993.
7. EATON W, MORTENSEN P, HERRMAN H, FREEMAN H, BILKER W, BURGESS P, WOOFF K: Long-term course of hospitalization schizophrenia: Part I Risk -for rehospitalization. *Schizophrenia Bulletin*, 18(2):217-278, 1992.
8. ENDCOTT J, SPITZER R, FREISS J, COHEN J: The global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry*, 33:786-791, 1976.
9. HAMME M: Social supports, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7:45-47, 1981.
10. HERZ M: *Early Intervention Schizophrenia*. Vol 4 Cap 2. Elsevier Science Publishers, 1990.
11. HOGARTY GE, GOLDBERG SC: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Archives Gen Psychiatry*, 28: 54-64, 1973.
12. LIBERMAN PR: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Psychiatry*, 57:104-114, 1994.
13. MAY PRA: *Treatment of Schizophrenia*. Science House, Nueva York, 1968.
14. MUNK-JORGENSEN GH, MORTENSEN PB: Social outcome in schizophrenia: A 13-year follow-up. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 27:129-134, 1992.

15. NATIONAL ADVISORY MENTAL HEALTH COUNCIL: Health care reform for Americans with severe mental illnesses. *American J Psychiatry*, 150:1447-1465, 1994.
16. STONE MH: Exploring psychotherapy in schizophrenia-spectrum patients. *Bulletin Menninger Clinic*, 50:287-306, 1986.
17. STRAUSS J, CARPENTER WT: Prediction of outcome in schizophrenia. *J Arch Gen Psychiatry*, 27:739-746, 1972.
18. VALENCIA M, SALDIVAR G, RIVERA E: Dieciocho meses de seguimiento en pacientes con esquizofrenia. *Salud Pública de México*, 36(6):662-669, 1994.
19. VALENCIA M: Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. *Rev Psiquiatría*, 12(3):72-86, 1996.
20. VALENCIA M: Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. *Rev Psiquiatría*, 4(1):71-96, 1988.
21. VALENCIA M, OTERO BR, RASCON ML, NUÑEZ M: Un programa de intervención clínica en un hospital mental. *Salud Pública de México*, 28(5):480-488, 1986.
22. VALENCIA M, OTERO BR, RASCON ML: Un modelo de intervención clínica en un hospital mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 32:41-51, 1986.
23. VALENCIA M: El hospital mental como instrumento terapéutico: el rol del psicólogo en la práctica clínica institucional. *Revista Mexicana de Psicología*, 8(1):99-107, 1991.
24. VALENCIA M, RASCON ML, OTERO BR, RYAN P: Descripción de la conducta de pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Salud Mental*, 10(3):81-89, 1987.
25. VALENCIA M: Formulación de principios de tratamiento y rehabilitación del paciente psicótico. *Rev Mexicana de Psicología*, 3(1):37-43, 1986.
26. VALENCIA M, ROJAS E, GONZALEZ C, RAMOS L, VILLATORO J: Evaluación del funcionamiento psicosocial en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 31(5):674-687, 1989.
27. WING JK: A pilot experiment on the rehabilitation of long hospitalized male schizophrenic patients. *British J Prev Soc Med*, 14:173-180, 1975.
28. YOUNG MA, MELTZER HY: The relationship of demographic, clinical and outcome variables to neuroleptics treatment requirements. *Schizophrenia Bulletin*, 6:88-100, 1980.