

## Suplemento Verano 2001

### Proyectos seleccionados en la 1ª y 2ª Convocatoria de Becas de Investigación de la AMSM

EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS ..... 2

*Nieves González Suárez.* Psiquiatra

*Paz García Benito.* MIR Hospital Psiquiátrico de Madrid

CALIDAD DE VIDA, FUNCIONAMIENTO Y AJUSTE PSICOSOCIAL  
EN PACIENTES BIPOLARES EN TRATAMIENTO ..... 17

*Ana de Leiva Rodríguez.* Psiquiatra. Hospital de la Princesa de Madrid

*Alicia García Recio.* Psiquiatra. Hospital de la Princesa de Madrid

*María Isabel González Valdemoro.* Psiquiatra.  
Hospital de la Princesa de Madrid

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO EN GRUPO  
Y EL TRATAMIENTO INDIVIDUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD,  
DESDE UNA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL ..... 25

*Eloisa Basallo Rodríguez.* Psicólogo Clínico. Supervisora P.I.R.  
Centro de Salud Mental de Retiro de la Comunidad de Madrid.

*Clara Gómez Navarro.* Psicólogo Interno Residente III.  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

*Susana Amodeo Escribano.* Psicólogo Clínico vía P.I.R.



AMSM

**Boletín  
de la Asociación Madrileña  
de Salud Mental**

**Junta de la Asociación  
Madrileña de Salud Mental**

**Presidenta:**M<sup>a</sup> Fe Bravo Ortiz**Vicepresidentes:**

Pedro Cuadrado Callejo

M<sup>a</sup> Luz Ibáñez Indurria**Secretario General:**

Pedro Sopelana Rodríguez

**Tesorero:**

Abelardo Rodríguez González

**Vocal de Publicaciones:**

Javier Sanz Fuentenebro

**Vocales:**

Miguel A. Moré Herrero

Antonio Escudero Nafs

Alfonso Ladrón Jiménez

Carmen Carrascosa Carrascosa

**Boletín de la AMSM**

Javier Sanz Fuentenebro

Miguel A. Moré Herreros

Arantxa Ortiz

Ana Pascual

Xabier Lertxundi

José Antonio Soto

José Antonio Hernández

Blanca Penasa

Fotocomposición e impresión:  
DINARTE - DESK

Depósito Legal: M-6580-1992

ISSN: 1133-9705

Las opiniones vertidas en los artículos firmados no  
tienen por qué coincidir con los de la Redacción de  
este Boletín.

# EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

PROYECTO PRESENTADO A LA I CONVOCATORIA  
DE BECAS DE INVESTIGACIÓN DE LA AMSM

**Nieves González Suárez.** Psiquiatra  
**Paz García Benito.** MIR Hospital Psiquiátrico de Madrid

## 1. PRESENTACIÓN Y TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio sobre pacientes crónicos. De hecho, hemos estudiado la cronicidad sobre la cronicidad puesto que partíamos de una muestra que, ya hace 12 años, podía incluirse en el grupo bautizado como "jóvenes adultos crónicos" (Bahrán), en nuestro caso crónicos por enfermedad psicótica de larga evolución. Nos motivaron dos cosas: primero, el interés por la evolución a largo plazo de pacientes esquizofrénicos que incluía el deseo de corroborar con nuestros datos la heterogeneidad de esta evolución y lo potencialmente modificable de su curso y, segundo, el curiosar sobre lo que había pasado desde que la oferta asistencial para estos pacientes pasó de ser exclusivamente el hospital psiquiátrico a convertirse en una red de recursos ambulatorios que ofrecía la posibilidad de adaptación de los pacientes psiquiátricos, crónicos incluidos, a un régimen normalizado de vida en la comunidad.

El punto de partida de este trabajo es un estudio previo, realizado hace 12 años sobre una muestra de pacientes esquizofrénicos ingresados en el Hospital Psiquiátrico de Madrid, con un análisis transversal y un estudio longitudinal a corto plazo sobre factores pronósticos de recaídas. Partiendo de aquellos datos analizamos la evolución, clínica y social, de los pacientes 12 años después. Este lapso de tiempo coincide además con el desarrollo de la reforma psiquiátrica en Madrid. En aquel momento, el soporte terapéutico para estos pacientes se limitaba casi exclusivamente al medio hospitalario, al que aún no se había aplicado una política de sectorización. Desde entonces se han puesto en marcha dispositivos asistenciales comunitarios, distintos según la zonificación, que ofertan, además de la atención en los Centros de Salud Mental, distintos ttos de rehabilitación, tanto ambulatorios como en media estancia, y otros dispositivos intermedios. Hemos querido saber qué uso han hecho los pacientes de todos estos recursos, dónde han estado estos años y en qué condiciones han vivido. Queríamos ver si estos pacientes se han enterado de la reforma y cómo les



ha afectado. En fin, enterarnos de quiénes son, cómo están, con quién viven, quiénes les tratamos, dónde les vemos y hasta qué punto ha sido posible para ellos esa adaptación a una vida normalizada en la comunidad.

## 2. REVISIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

### 2.1. Evolución del concepto de esquizofrenia. Modificación del concepto evolutivo.

La evolución histórica tanto del concepto de esquizofrenia como del concepto de cronicidad puede considerarse como un proceso de deshomogeneización, es decir, un progresivo desgajamiento de distintas entidades y posibilidades de génesis y evolución desde un núcleo central aglutinante de enfermedades y enfermos no diferenciados. Consiste, en suma, en una definición cada vez más precisa de lo heterogéneo.

#### 2.1.1. Lo heterogéneo de la locura.

Comenzó a describirse cuando Falret, en 1850, utiliza el término "enfermedades mentales" en plural, para definir diferentes trastornos que conllevan alteraciones mentales e introduce las diferencias en el curso según cada enfermedad. Esta concepción inicia una nueva vía en la historia de la psiquiatría, hasta entonces dominada por la visión unitaria de Pinel (manía, melancolía, demencia, idiocia como manifestaciones de un único trastorno mental básico).

#### 2.1.2. Lo heterogéneo del curso de la locura.

##### Del diagnóstico por el curso al diagnóstico por la psicopatología.

E. Kraepelin retoma las ideas básicas de Falret sobre las formas naturales de la enfermedad y define, fundamentalmente por su curso, dos grandes grupos de psicosis. La psicosis maniaco-depresiva, con una mejor evolución y la demencia precoz con una irremediable evolución deficitaria.

E. Bleuler introduce el término "esquizofrenia", comenzando a priorizar en la definición de la enfermedad la psicopatología frente al curso, pero manteniendo la remisión incompleta como una característica definitoria de la enfermedad.

De Jaspers a K. Schneider, pasando por Kleist y Leonhard, la concepción de la esquizofrenia se basa en el modelo fenomenológico, dependiendo los grados de malignidad en la evolución de las manifestaciones sintomáticas en las fases activas de la enfermedad. Estos autores, apoyados por el desarrollo de los trabajos de Freud y Janet sobre la psicogénesis de ciertos ttnos mentales, comienzan la línea de diferenciación dentro de las psicosis de cuadros de duración limitada, componente reactivo y evolución favorable de las llamadas psicosis endógenas, manteniéndose siempre la esquizofrenia dentro de este último grupo.

Este concepto es retomado por la psiquiatría noreuropea (Wimmer, 1916, Dinamarca. Posteriormente psiquiatría escandinava) y ampliamente difundido. Langfeldt propone la clasificación en esquizofrenias genuinas y atípicas según la presencia de determinados síntomas que determinarían la buena o mala evolución de la enfermedad. Pero conservan la idea de pronóstico infausto en las auténticas esquizofrenias: Langfeldt (1937) y Kleist (1921) proponen que la recuperación total del paciente tras 10 años de enfermedad haría necesario revisar su diagnóstico.

En la escuela francesa Ey (1957) define la enfermedad como la evolución de una psicosis delirante aguda hacia un curso crónico que progresivamente da lugar a la destrucción de la personalidad, siendo esta última la característica diferencial de la esquizofrenia respecto a otros cuadros psicóticos.

A principios de la segunda mitad de este siglo comienza a desmoronarse el concepto de esquizofrenia como enfermedad irremisiblemente devastadora para el individuo. Varios hechos se relacionan con este inicio de cambio: 1. el desarrollo de la teoría psicoanalítica, que sugiere un papel etiológico en factores individuales; 2. el interés creciente sobre el papel de los factores sociales y la institucionalización en la génesis y curso de los trastornos mentales (aparece el concepto de cronificación por contraposición al de cronicidad); 3. la aparición de nuevos fármacos con indudable acción antipsicótica y 4. el inicio de estudios de evolución a largo plazo de pacientes esquizofrénicos, cuyos resultados coinciden en señalar la heterogeneidad en el curso del trastorno y la existencia de una proporción importante de evoluciones favorables (de un 25 a un 35%).



### 2.1.3. Lo heterogéneo en la génesis de la enfermedad.

Comienza a definirse en los años cuarenta, con la noción de "Diátesis esquizofrénica" tras algunos estudios genéticos (Slater, 1944; Rosenthal 1970, Gothesman y Shields, 1972), sugiriendo un modelo de herencia de enfermedad según el cual lo que se hereda es la predisposición al trastorno. Basándose en estos estudios y en un intento de superar la contradicción biológico-ambiental, respecto a la etiología de la esquizofrenia, surgen los *modelos de vulnerabilidad/estrés*. Según este modelo, todo sujeto tiene un grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia (determinado genética y ambientalmente), que es permanente, y que, bajo ciertas circunstancias del entorno o de la vida psíquica del individuo, desarrollará o no un episodio esquizofrénico. Como factores moduladores de dicho episodio actuarán tanto las redes de soporte social como el grado de competencia y autonomía que el sujeto haya adquirido. Una vez que el episodio ha remitido, puede o no volverse a la situación previa pero, en todo caso permanecerá su vulnerabilidad.

En los últimos años, la consideración de la heterogeneidad en la etiología de la esquizofrenia ha ido unida a la definición de distintos subtipos de la enfermedad, proponiendo distintas clasificaciones y agrupaciones sindrómicas en *modelos dimensionales*. De estas clasificaciones, la distinción entre síntomas positivos y negativos ha tenido gran relevancia (Strauss y cols 1974, Crow 1980, Andreasen 1982, Kay y cols 1987). La definición de una tipología de la esquizofrenia de estas características parte de Crow, que distingue dos tipos de enfermedad: asociando características clínicas con curso, pronóstico y proceso patológico subyacente. Diferentes autores posteriores (Carpenter, Murray, Kendler, Kay, Cuesta y Peralta)\*\* han apoyado la teoría que asocia características como mayor carga genética, presencia de síntomas negativos marcados, alteraciones estructurales, mala respuesta a neurolepticos, escasa presencia de sintomatología afectiva, comienzo insidioso a edad más precoz y mayor desadaptación premórbida con peor pronóstico a largo plazo y alteraciones del neurodesarrollo implicadas en la etiopatogenia. La predominancia de síntomas positivos estaría más frecuentemente relacionada con menor componente genético, menores alteraciones estructurales, mejor respuesta a fármacos, mayor frecuencia de sintomatología de carácter afectivo, inicio agudo tardío en posible relación con desencadenantes externos identificables,

buen rendimiento global premórbido, mejor pronóstico a corto y largo plazo y mayor influencia de factores externos en la génesis del trastorno. Los estudios actuales de evolución tratan de esclarecer si realmente pueden definirse estos subtipos y como subgrupos homogéneos con características evolutivas propios.

### 2.1.4. Lo heterogéneo de los enfermos esquizofrénicos.

La evolución del concepto estático de la esquizofrenia como enfermedad necesariamente deteriorante a esta visión dinámica y por tanto esperanzadora del curso de la enfermedad, ha estimulado el desarrollo de estrategias de intervención psicosocial (REHABILITACIÓN), dirigidas a la recuperación de capacidades perdidas en el paciente esquizofrénico. Estas técnicas parten de un postulado básico de abordaje INDIVIDUALIZADO del paciente según sus necesidades. Abordajes psicoeducacionales familiares, entrenamiento en habilidades sociales, programas de empleo transicional y, más recientemente programas de rehabilitación cognitiva y programas integrados han demostrado su eficacia, tanto en la prevención de recaídas como en la integración en la comunidad de los pacientes, en la mejoría de su calidad de vida y en su evolución global. Todos ellos mantienen en común la filosofía básica de la rehabilitación en cuanto a la individualización de los planes de tratamiento.

## 2.2. Principales estudios de revisión a largo plazo.

El primer estudio catamnésico a largo plazo (23 años) relevante lo realiza M. Bleuler (Suiza, 1972). Diferencia, dentro de la esquizofrenia, entre el curso progresivo y el curso intermitente con reagudizaciones, siendo este último más frecuente que el primero y de mejor pronóstico. Las formas de curso progresivo conllevarían casi inevitablemente una evolución hacia el deterioro mientras que la evolución intermitente posibilita la ausencia de defecto. Encuentra además una asociación clara entre nivel de inteligencia, personalidad premórbida y curso de la enfermedad.

En 1976, Ciompi y Müller (Suiza) en un estudio de evolución a 36 años encuentran que no en todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia es objetivable un deterioro a largo plazo.

Huber y cols. (Alemania), en un estudio realizado en 1979, encuentran un 35% de pacientes con



mala evolución a los 22 años del comienzo de la enfermedad.

En Estados Unidos, Tsuang y cols (1979) encuentran un 50% de evolución incapacitante en una cohorte de pacientes esquizofrénicos estudiada tras 35 años de enfermedad, viviendo una quinta parte de los pacientes en instituciones psiquiátricas.

McGlashan, en 1984, cifra en 2/3 las evoluciones tópidas, valoradas según adaptación sociolaboral y situación clínica. 10 años después, con Fenton, publican sus resultados acerca de la aparición y curso del síndrome deficitario en algunos pacientes, con progresión unos 5 años desde su inicio y posterior estabilización.

Harding y cols., en 1987, describen varios casos con remisión completa a largo plazo.

En Dinamarca y Suecia, en 1989 y 1991 se realizan sendos trabajos de evolución a largo plazo que sugieren la asociación de determinados síntomas con el pronóstico: los síntomas afectivos y de primer rango determinarían mal pronóstico mientras que los síntomas atípicos (psicorreactivos, tipo neurótico) se asocian a mejor evolución.

Carpenter y Strauss, en 1991, encuentran que tras los primeros años de evolución, los síntomas tienden a estabilizarse a modo de meseta, y que las características del inicio de la enfermedad tienen mayor relación con la evolución a largo plazo que los síntomas transversales.

Los estudios de seguimiento a largo plazo realizados en las últimas décadas han demostrado que la evolución deteriorante sólo ocurre en una minoría de pacientes. Los trabajos previos mostraban resultados contradictorios y confusos que pueden relacionarse con problemas metodológicos como 1. el uso de diferentes criterios diagnósticos (heterogeneidad de las muestras), 2. diferente concepto de evolución, 3. fuentes de datos distintas, 4. excesivas pérdidas, 5. estudios transversales en lugar de longitudinales y 6. análisis estadístico limitado, entre otros. Este último es un importante aspecto que ha permitido avances relevantes al incluir los análisis multivariantes, que permiten el análisis simultáneo de múltiples variables. En las últimas décadas se tiende a corroborar la idea de la subestimación previa del potencial de mejora de los pacientes esquizofrénicos. El modelo evolutivo general admite que, tras un primer episodio psicótico, suelen ocurrir recaídas y que el patrón de curso en los primeros 5 años de la enfermedad es predictivo del curso que seguirá posteriormente (McGlashan 1988, Carpen-

ter 1991). Según Kaplan (1994), el 30% de los pacientes serán capaces de realizar una vida normal, el 30% conservarán un funcionamiento social y adaptación adecuados a pesar de persistir sintomatología activa y entre el 40 y el 60% presentan deterioro de distinta gravedad y necesidad frecuente de hospitalizaciones, que en un 10% de estos casos serán de larga duración. Varios autores consideran que, tras las primeras décadas, existen un potencial de recuperación en fases avanzadas de la enfermedad (Breier 1992, Huber 1980).

### 2.3. La reforma psiquiátrica en nuestro medio.

En el Congreso Mundial de Psiquiatría de Madrid, hace 2 años, presentamos, junto con Mariano Hernández y otros compañeros, un trabajo de revisión de lo que había sido la Reforma Psiquiátrica en Madrid desde sus inicios hasta la actualidad. Retomamos algunos datos de aquel trabajo para contextualizar el entorno asistencial de los pacientes de nuestro estudio durante estos años.

La asistencia psiquiátrica en Madrid antes del comienzo de la reforma psiquiátrica en 1982 se basaba en un modelo de cuidados centrados en el hospital. La asistencia extrahospitalaria se llevaba a cabo de forma desestructurada, sin planificación alguna y en ámbito totalmente independiente del sistema general de salud (diferentes administraciones no coordinadas entre sí). A modo de ejemplo, los neuropsiquiatras de la Seguridad Social de entonces, único recurso asistencial integrado en la Sanidad general, tenían una capacidad de atención de 12 horas/año por cada 1000 habitantes para hacerse cargo de la patología psiquiátrica y neurológica (tiempo promedio de visita, unos 5 minutos).

En 1982 se crea el Instituto de Salud Mental, que sienta las bases para la Reforma. En 1985 se publica el primer documento oficial sobre la reforma psiquiátrica desde el Ministerio de Sanidad. Se propone un modelo basado en los siguientes principios:

1. La integración de la asistencia a la salud mental en la red asistencial sanitaria general.
2. El desarrollo de servicios de salud mental comunitarios, con responsabilidad territorial y en estrecha coordinación con los servicios de atención primaria y los servicios sociales.
3. La existencia en cada área de recursos tanto ambulatorios como hospitalarios psiquiátricos definidos y propios.



4. La ubicación de las unidades de hospitalización psiquiátricas dentro de los hospitales generales.
5. La transformación de los hospitales psiquiátricos hacia su progresiva desaparición y sustitución por dispositivos comunitarios y de rehabilitación o la creación de instituciones dependientes de los Servicios Sociales.
6. El desarrollo de sistemas de educación en salud mental de la población, priorizando la formación de los profesionales de la salud y creando sistemas de actuación específicos para poblaciones de alto riesgo.

En los 10 años siguientes, entre otros, se produjeron los siguientes cambios: 1. creación de 34 Centros de Salud Mental de distrito, con equipos multidisciplinares; 2. reducción del número de camas de larga estancia que además han pasado a localizarse en su mayoría en instituciones privadas concertadas (de 2527 en 1982 a 718 en 1992) y 3. puesta en marcha de dispositivos intermedios y de rehabilitación. Se ha potenciado la asistencia ambulatoria y los recursos intermedios, con un pequeño número de camas destinado a larga estancia partiendo de la filosofía de que la institucionalización cronifica y que el lugar de los pacientes con trastornos mentales es la comunidad. A estas alturas, está suficientemente demostrada la eficacia de ciertos tipos de intervención psicosocial sobre la evolución de la esquizofrenia y la conveniencia de ubicar estas intervenciones en recursos ambulatorios e intermedios. Queda por ver si esto es aplicable a todos los pacientes y todos los trastornos y si, verdaderamente, la comunidad ha podido asumir los procesos de desinstitucionalización.

### 3. METODOLOGÍA.

#### 3.1. Diseño del estudio.

Nuestro estudio se plantea realizar una valoración actual de una muestra de 88 pacientes esquizofrénicos ingresados hace 12 años en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Psiquiátrico de Madrid, entonces sin zonificar. En aquel momento se realizó un análisis transversal, que determinaba las características sociodemográficas, clínicas, premórbidas, familiares y socioambientales de dicha muestra mediante entrevistas semiestructuradas tanto con los pacientes como con los familiares

más cercanos. Se aplicaron distintos criterios diagnósticos y se analizaron las posibles diferencias derivadas de ellos. Posteriormente se realizaron estudios de seguimiento a 3 y 12 meses.

Nuestro trabajo puede dividirse en tres fases:

1. *Localización de los pacientes partiendo del contacto con los CSMs.* Es presumible que, siendo pacientes con una patología crónica y grave, continúe su contacto con los Servicios de Salud Mental.
2. *Contacto con los profesionales de referencia* encargados de su asistencia. Recogida directa de datos evolutivos de ellos y de las historias clínicas.
3. *Entrevistas personales* con los pacientes una vez valorada la representatividad de la nueva muestra constituida por los pacientes actualmente en seguimiento en los Centros.

La recogida de datos (primero de los profesionales de referencia y las historias clínicas y posteriormente mediante entrevista personal), se centró en el estado clínico de los pacientes, situación sociolaboral actual, evolución, calidad de vida, necesidad de recursos asistenciales durante estos años, inclusión en distintos programas terapéuticos, seguimiento y adherencia a tratamientos.

Además del estudio estadístico inicial, de características descriptivas, el análisis de los datos se realizará mediante un análisis bi y multivariante.

#### 3.2. Objetivos.

##### 3.2.1. Objetivos principales.

1. Describir la evolución a largo plazo de un grupo de pacientes esquizofrénicos previamente estudiados, detallando su situación clínica y vital actual y considerando para el análisis indicadores de evolución relativos a la psicopatología, la adaptación sociolaboral y la calidad de vida.
2. Estudiar como posibles factores pronósticos de evolución a largo plazo los siguientes.

- Características sociodemográficas.
- Historia psiquiátrica, tanto premórbida como de evolución previa.
- Factores psicosociales y familiares.
- Tratamientos realizados y posibilidades asistenciales.

##### 3.2.2. Objetivos secundarios.

Analizar las diferencias entre los factores predictivos de recaída y de evolución a largo plazo.



### 3.3. Hipótesis.

#### 3.3.1. Hipótesis general.

La evolución a largo plazo de pacientes esquizofrénicos no es uniformemente desfavorable; determinadas variables se asocian peor evolución global a largo plazo.

#### 3.3.2. Hipótesis específicas.

1. A largo plazo los factores psicosociales y asistenciales tienen mayor valor predictivo que los factores clínicos.

2. El curso previo de la enfermedad es un factor pronóstico consistente, con posible valor predictivo sobre la evolución posterior.

3. El desarrollo de la reforma psiquiátrica en Madrid ha hecho accesibles a pacientes crónicos una red de dispositivos asistenciales ambulatorios y técnicas de intervención psicosocial que han influido en su evolución global.

### 3.4. Sujetos de estudio.

La muestra objeto de estudio está constituida por los 88 pacientes inicialmente incluidos en el estudio de hace 12 años. Estos pacientes fueron consecutivamente admitidos en el Hospital Psiquiátrico de Madrid durante dos periodos de dos meses. Tenían en común el diagnóstico clínico de esquizofrenia que, en todos los casos, fue revisado al día siguiente del ingreso y se aplicaron varios criterios diagnósticos diferentes unidad.

#### • CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1.- Cumplir los criterios diagnósticos de Esquizofrenia según la CIE-9ª De. (Apartado 295), evaluados por el investigador encargado del trabajo al día siguiente de la admisión de cada paciente en el hospital.

2.- Edad comprendida entre 15 y 65 años.

#### • CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1.- Diagnóstico de cualquier enfermedad física importante o de trastorno orgánico cerebral.

2.- Retraso mental.

La muestra así constituida estaba compuesta por 88 pacientes, esquizofrénicos jóvenes (edad media de 32,2 años) con evolución crónica de la enfermedad (evolución media de 11,2 años). La media de hospitalización previa era de 9 meses. Su diagnóstico de esquizofrenia era bastante consistente, al-

canzando concordancia entre los diversos criterios utilizados (Schneider, Bleuler, Langfeldt, Kraepelin, DSM-III, Feighner, CIE-9) en el 80% de los casos. El 69% pertenece al subtipo paranoide según el DSM-III. Era una población mayoritariamente soltera (75%), que residía con su familia de origen, con poca cualificación educacional y profesional, perteneciente a un nivel socioeconómico medio o medio-bajo, y laboralmente inactiva en su mayoría en el momento del estudio (16,7% activos).

### 3.5. Análisis estadístico.

1. Estadística descriptiva, de las variables cuantitativas mediante estudio de medias y de medidas de dispersión; y de las variables cualitativas utilizando porcentajes.

2. Estudio bivalente entre variables dependientes e independientes

- La relación entre dos variables cualitativas mediante test de chi cuadrado

- La comparación entre dos grupos de variables cuantitativas mediante coeficientes de correlación de Pearson y regresión lineal simple

- La comparación entre una variable dependiente cuantitativa y una independiente binaria se realizó mediante test de t de Student.

- Para el estudio de la relación entre una variable cualitativa de más de dos categorías y una cuantitativa se utilizó el análisis de varianza de una vía.

3. Finalmente se realizó un análisis multivariante.

### 3.6. Limitaciones del estudio.

1. Es un estudio retrospectivo, en el que no se ha realizado un seguimiento regular de los pacientes por lo que se ha perdido información sobre su estado en momentos intermedios de su evolución.

2. Información recogida de modo indirecto en la fase actual de la investigación.

3. Posible sesgo hacia la gravedad por el dispositivo asistencial en que se recogieron los datos iniciales. En el momento del estudio el Hospital Psiquiátrico de Madrid funcionaba como fondo de saco del resto de unidades de hospitalización breve, por lo que los pacientes pueden considerarse seleccionados "negativamente".



## 4. RESULTADOS.

### 4.1. Localización de los pacientes.

La localización de los pacientes en las distintas áreas asistenciales creadas tras la sectorización de Madrid para su asistencia sanitaria fue el inicio del trabajo. Para ello, primero sectorizamos nosotras la supuesta atención de los pacientes mediante los últimos datos recogidos en el Hospital Psiquiátrico de Madrid. Hecho esto, contactamos con los Centros de Salud Mental en los que estarían siendo atendidos si siguiesen viviendo en la zona de entonces.

Esta búsqueda inicial resultó bastante infructuosa. El segundo paso fue contactar con todos los Centros de Salud Mental de Madrid, en total 34. En todos ellos se revisó la lista total de pacientes no encontrados, y de todos salvo de uno recibimos respuesta. De este modo encontramos a 62 pacientes de la muestra original que están o han estado en contacto con los CSMs de Madrid.

Otros 9 los localizamos en tres unidades de larga estancia de Madrid, donde actualmente residen o lo han hecho hasta su fallecimiento en estos 12 años.

Respecto a la Unidades de Hospitalización Breve, se han revisado las correspondientes a 5 de las 11 áreas asistenciales, estando este punto de la búsqueda aún en curso. En ninguna de ellas se tenía constancia de ningún paciente que no hubiese,

en algún momento y directa o indirectamente, contactado con su CSM de referencia.

Finalmente, buscamos a los pacientes en los dispositivos sociales de acogida a indigentes. Contamos con la colaboración del Albergue de San Isidro, en donde 4 de los pacientes buscados eran conocidos, pero sólo uno de ellos ha permanecido en la institución temporadas cortas en estos 10 años. Se trata de un paciente que, en ningún momento ha contactado con los SSM desde entonces.

Actualmente hemos localizado a 71 pacientes (no incluido éste cuyos únicos datos provienen del Albergue de San Isidro), de los que hemos podido obtener algún dato evolutivo en los últimos 12 años. De ellos, 62 mantienen contacto actual con los SSM. (TABLA 1)

### 4.2. Estudio comparativo pacientes encontrados-pacientes perdidos.

En el análisis de las pérdidas encontramos datos significativos que sugieren que existe alguna asociación entre la gravedad de la enfermedad en el momento del estudio original y la continuidad en el seguimiento terapéutico en el SSM. Tanto estudiando la muestra de 71 como de 62 pacientes (seguimiento actual o únicamente en el pasado en los CSMs), encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tiempo total ingresado

**TABLA 1.**  
**LOCALIZACIÓN DE PACIENTES EN LOS SSM DE LA C.A.M.**

CSM	Nº de pacientes	CSM	Nº de pacientes
- ÁREA 1	Retiro.....2	- ÁREA 8	Alcorcón.....2
	Vallecas.....1		Navalcarnero.....1
- ÁREA 2	Coslada.....1		Móstoles.....1
	Salamanca.....1	- ÁREA 9	Fuenlabrada.....1
- ÁREA 3	Alcalá de Henares.....3		Leganes.....2
	Torrejón de Ardoz.....1	- ÁREA 10	Getafe.....1
- ÁREA 4	Ciudad Lineal.....2		Parla.....3
	Hortaleza.....2	- ÁREA 11	Arganzuela.....3
	San Blas.....5		Carabanchel.....7
- ÁREA 5	Alcobendas.....3		Usera.....2
	Fuencarral.....4		Villaverde.....3
	Tetuán.....3		
- ÁREA 6	Collado Villalba.....2		
- ÁREA 7	Centro.....4		
	Chamberí.....2		

#### UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

- CIEMPOZUELOS.....3
- HPM.....6



**TABLA 2. DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES QUE HAN CONTACTADO O NO CON LOS SSM EN LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS. Datos de 1986**

	PACIENTES CON CONTACTO POSTERIOR A 1986. (N=62)	PACIENTES SIN CONTACTO POSTERIOR A 1986. (N=25)	
TIEMPO TOTAL INGRESADO PREVIO media d.e.	92,06 114,11	42,76 42,20	p=0,04
CRITERIOS DE MAL PRONÓSTICO			
sí se cumplen	74,2%	52%	p=0,04
no se cumplen	25,8%	48%	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE TIPO ESQUIZOFRÉNICO	(N=71)	(N=16)	
presentes	38,6%	6,7%	p=0,03
ausentes	61,4%	93,3%	
CRITERIOS DE SCHNEIDER			
se cumplen	100%	87,5%	p=0,03
no se cumplen	0%	12,5%	

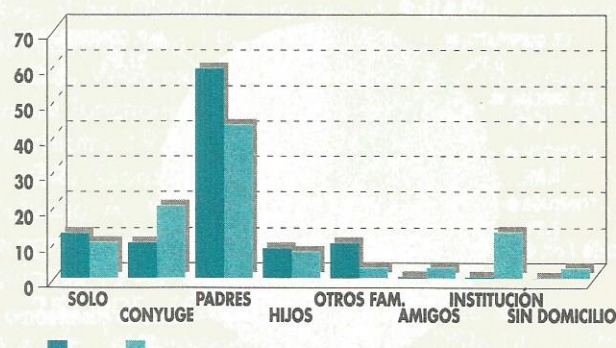
previo al episodio índice, criterios de mal pronóstico positivos y antecedentes familiares psiquiátricos de tipo esquizofrénico. Asimismo existe una diferencia significativa entre ambos grupos en cuanto a criterios diagnósticos de Schneider, más frecuentemente positivos en el grupo de encontrados. Ni la duración previa de la enfermedad, ni la edad en aquel momento ni otras variables sociodemográficas o premórbidas presentaron diferencias entre los dos grupos de pacientes. Por tanto, si existe alguna diferencia entre los pacientes localizados y los perdidos, ésta es en el sentido de mayor gravedad en la enfermedad entre los que han continuado en contacto. (TABLA 2).

### 4.3. Estudio descriptivo en el momento actual.

#### 4.3.1. Situación sociodemográfica.

La muestra de 71 pacientes tiene una distribución por sexos de 71,8% de varones y 28,2% de mujeres, con una edad media actual de 46,3 años (d.e. 10,0; rango 44,0, de 32 a 76). El estado civil se distribuye en 71,8% solteros, 19,7 % casados o con pareja es-

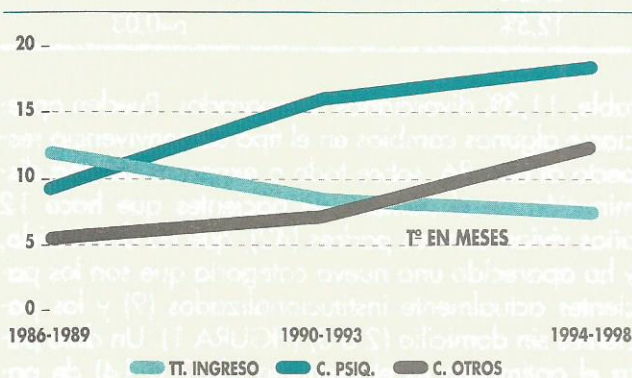
table, 11,3% divorciados o separados. Pueden apreciarse algunos cambios en el tipo de convivencia respecto al año 86, sobre todo a expensas de una disminución en el número de pacientes que hace 12 años vivían con sus padres (42), que ha disminuido, y ha aparecido una nueva categoría que son los pacientes actualmente institucionalizados (9) y los pacientes sin domicilio (2 ó 3) (FIGURA 1). Un dato para el optimismo es el aumento (de 7 a 14) de pa-

**FIGURA 1. TIPO DE CONVIVENCIA**

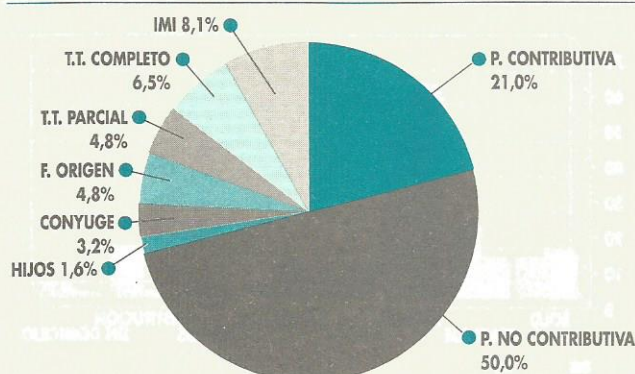


cientes que viven con sus cónyuges o parejas, aunque este grupo sigue siendo minoritario dentro de la muestra. El 28,1% de los pacientes localizados (20) tienen hijos en la actualidad, entre 1 y 5; en varios de los casos resultado de conductas sexuales caóticas en el contexto de la enfermedad y con la imposibilidad consiguiente de hacerse cargo de ellos. El nivel educativo no muestra cambios respecto al estudio original (1 paciente ha realizado estudios universitarios en este lapso de tiempo) mientras que la situación laboral sí objetiva una clara diferencia (FIGURA 2), aumentando considerablemente el número de pacientes pensionistas a costa de la disminución de parados y activos. En la muestra actual un 7,5% de los pacientes se mantienen laboralmente activos. En cuanto a la fuente de ingresos actual, se distribuye según la FIGURA 3: la gran mayoría (79,1%) de pacientes son pensionistas, siendo dentro de este grupo predominante el tipo de pensión no contributiva (50% del total), seguido de pensiones contributivas (21%) y otros tipos de pensiones, como el I.M.I. (8,1%).

**FIGURA 2. TIEMPO DE INGRESO Y NÚMERO MEDIO DE CONSULTAS EN CSM**



**FIGURA 3. FUENTE DE INGRESOS ACTUAL**



**TABLA 3.**  
**SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL**

**DURACIÓN MEDIA DE LA ENFERMEDAD**

**24,4 años  
(DE: 7,5)**

**PATRÓN DE CURSO:**

- Remisión completa con episodios psicóticos ..... 2,9%
- Remisión incompleta sin episodios psicóticos ..... 2,9%
- Episodios psicóticos con remisión completa ..... 13,2%
- Episodios psicóticos sin remisión completa ..... 64,7%
- Deterioro progresivo sin sint. psicóticos claros ..... 16,2%

**SINTOMATOLOGÍA PREDOMINANTE**

- Síntomas positivos ..... 71,9%
- Síntomas negativos ..... 78,6%
- Desorganización ..... 26,8%
- Excitación ..... 23,2%
- Síntomas afectivos ..... 30,4%
- Síntomas neuróticos/ansiedad ..... 50,9%

**PRESENCIA DE REAGUDIZACIONES**

- Últimos 12 años ..... 98,5%
- Último año ..... 63,3%

**MOTIVOS DE INGRESO**

- Gravedad sintomatología psicótica ..... 35,8%
- Gravedad sintomatología afectiva ..... 3,0%
- Trastornos de conducta ..... 44,8%
- Desbordamiento familiar ..... 6,0%
- Situación social precaria ..... 1,5%
- Otros ..... 1,5%

**INTENTOS DE SUICIDIO ..... 21,7%**

**AGRESIVIDAD**

- Sin consecuencias significativas ..... 38,1%
- Con consecuencias ..... 36,5%

**FALLECIMIENTOS ..... 7%**



#### 4.3.2. Situación clínica y adaptación social.

##### a) Clínica.

Se analizaron variables clínicas objetivables por la relación con el medio asistencial (número y duración de ingresos, por ejemplo) y variables generales que pudieran ser obtenidas de la información de profesionales de referencia (tipo predominante de sintomatología, porcentaje de tiempo psicótico estimado en el último año, existencia de problemas concretos a lo largo de la evolución, autonomía). Respecto a la situación clínica actual podemos reseñar los datos de la TABLA 3:

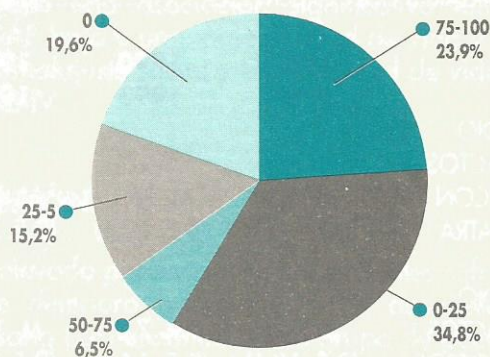
- Existen 5 fallecimientos en los pacientes localizados, por las causas siguientes: suicidio en 2 de los casos, accidente de tráfico en uno y patología somática en los otros 2 casos (complicaciones de HIV, cáncer digestivo).
- Duración total de la enfermedad: media 24,4 años. El patrón de curso más frecuente son episodios psicóticos sin remisión completa (64,7%), seguido de deterioro progresivo sin existencia clara de síntomas psicóticos (16,2%). Sólo en el 13,2% se observa remisión completa entre los episodios.
- Tipo de sintomatología predominante en el momento actual: la sintomatología que predomina en el cuadro actual se distribuye según el esquema adjunto, siendo lo más frecuente que los síntomas positivos caractericen el síndrome, seguidos de la sintomatología negativa. Según los profesionales de referencia, la sintomatología se distribuye según la siguiente frecuencia: síntomas positivos (se observan en el 71,9% de los pacientes), negativos (78,6%), desorganización (26,8%), excitación (23,2%), afectivos (30,4%), ansiedad y otros síntomas neuróticos (50,9%).
- El 98,5% de los pacientes localizados ha presentado alguna reagudización durante estos 12 años; en el último año se han objetivado reagudizaciones en el 63,3% de los casos.
- Porcentaje de tiempo psicótico en el último año: según muestra la FIGURA 4, un 54,4% de los pacientes han estado menos del 25% del tiempo con sintomatología psicótica activa en el último año, mientras que en un 23,9% de casos este tipo de síntomas no ha llegado a desaparecer en prácticamente ningún momento durante el año previo (más de un 75% del tiempo).

- Intentos de suicidio en los últimos 12 años: presentes en un 21,7% de los pacientes, con resultado de muerte en 2 de ellos dentro de la muestra de pacientes localizados.
- Sintomatología de agresividad en los últimos 12 años: un 74,2% de los pacientes de nuestra muestra presentaron en algún momento de este tiempo sintomatología de agresividad, distribuyéndose al 50% dentro de este grupo la agresividad con o sin consecuencias significativas, considerando como tales que hubiesen requerido por ese motivo actuación policial o ingreso hospitalario o que el propio paciente o terceros hubiesen sufrido algún daño físico relevante.

##### b) Adaptación y funcionamiento social global.

- Se estudió la autonomía de los pacientes dividiendo la misma en 12 áreas de funcionamiento que abarcaban realización instrumental, rol ocupacional y relaciones interpersonales. En cada una de ellas se consideró únicamente si el paciente era o no autónomo, sin gradación de la categoría puesto que los datos se tomaban de forma indirecta. Sólo el 4,5% de los pacientes presentaba total autonomía, objetivándose en los demás distintos grados de dependencia del entorno.
- En cuanto a la red social, la familia de origen es el soporte social más frecuente en nuestra muestra (82,1%). En el 23,9% de los casos se añade familia propia.
- Un 33,8% de los pacientes de la muestra han tenido alguna relación afectiva de pareja significativa en estos 12 años.

FIGURA 4. PORCENTAJE DE TIEMPO PSICÓTICO EN EL ÚLTIMO AÑO





- Situación legal: un 27% de los pacientes tiene antecedente de problemas legales, siendo las causas: denuncias vecinales por ttnos de conducta, episodios de agresividad que requieren intervención policial, tráfico de drogas o delitos relacionados y abuso sexual. El 6,6% de los

pacientes ha estado en alguna ocasión en prisión por estos motivos.

#### c) Diagnóstico.

La distribución diagnóstica según criterios CIE-9 se reparte casi al 50% entre las categorías esquizofrenia paranoide y esquizofrenia residual (40,6 y 44,9 respectivamente), estando el resto escasamente representadas.

En cuanto a la estabilidad diagnóstica, sólo en un caso de los localizados se ha producido un cambio de diagnóstico que se ubique fuera del grupo de las psicosis esquizofrénicas, siendo en la actualidad de ttno. Bipolar (paciente que se ha excluido del estudio estadístico).

#### 4.3.3. Situación asistencial.

Respecto al uso de servicios, se resume en la TABLA 4. Reseñamos los siguientes datos:

- Un 71,2% de los pacientes se mantiene en contacto actual con algún dispositivo de la red de Salud Mental.
- Un 98,5% de los pacientes ha requerido hospitalización en estos años.
- 9 de los 71 pacientes se encuentran actualmente en unidades de hospitalización de larga estancia, sin que el alta se contemple como posibilidad futura.
- Respecto a los tipos de enfoque terapéutico, se distribuyen como sigue:
- Tratamiento farmacológico: presente en más del 90 % de los pacientes
- Tratamiento de rehabilitación: presente en un 21,0 % de los pacientes. Se ha llevado a cabo en su mayoría en dispositivos ambulatorios (16,1%), siendo en un 14,9% de los casos en unidades de media estancia.
- Tratamiento de psicoterapia: muy infrecuente en la muestra (11,0 %). Casi en su totalidad se ha realizado siguiendo un encuadre grupal, en los CSMs y dirigido por profesionales no médicos.
- Considerando el CSM como el eje de la actividad terapéutica, hemos recogido algunos datos sobre la frecuencia de uso de los pacientes y sus familiares:
- La media de visitas de los pacientes al psiquiatra por año es de 3,67 (d.e. 4,7). Pero esta frecuencia no ha sido homogénea en estos 12 años. Si bien ha mantenido una línea ascendente, ésta ha sido más acusada en los pri-

**TABLA 4.**  
**UTILIZACIÓN DE RECURSOS**  
**ASISTENCIALES. 1986-1998.**

#### **PORCENTAJE DE CONTACTO** **CON LOS RECURSOS**

CENTRO DE SALUD MENTAL .....	71,2%
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE .....	98,5%
UNIDAD DE LARGA ESTANCIA .....	10,3%
DISPOSITIVOS AMBULATORIOS	
DE REHABILITACIÓN .....	16,1%
DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN	
HOSPITALARIOS (U. MEDIA ESTANCIA) .....	14,9%
HOGARES SUPERVISADOS .....	1,1%
ASISTENCIA SOCIAL .....	31,6%
DISPOSITIVOS SOCIALES VARIOS .....	13,8%

#### **SEGUIMIENTO EN LOS CENTROS** **DE SALUD MENTAL**

Nº MEDIO DE CONSULTAS/AÑO	Media 3,67
CON PSIQUIATRA DE REFERENCIA.....	(d.e. 4,7)
Nº MEDIO DE CONSULTAS/AÑO	
CON OTROS PROFESIONALES	
DEL CSM .....	Media 2,03 (d.e.3,26)
INCLUSIÓN EN PROGRAMAS	
ESPECÍFICOS .....	48,3%
PROGRAMA DE SEGUIMIENTO .....	18,4%
PROGRAMA DE VISITAS DOMICILIARIAS.....	5,7%
PROGRAMA DE ADICCIONES .....	2,3%
Nº MEDIO DE CONTACTOS/AÑO	Media 3,08
DE FAMILIARES CON EL CSM .....	(d.e. 3,84)

	1986 1999	1990 1993	1994 1988
Nº MEDIO			
CONTACTOS			
/AÑO CON			
PSIQUIATRA	M. 9,4 (D.E. 18,1)	M. 16,1 (D.E. 22,6)	M. 18,4 (D.E. 21,6)
Nº MEDIO			
CONTACTOS			
/AÑO OTROS	M. 5,6 (D.E. 13,1)	M. 7,3 (D.E. 14,6)	M. 12,2 (D.E. 18,5)



meros años (mayor número de visitas), estabilizándose progresivamente. Así las medias en los periodos 1986-89, 1990-93 y 1994-98 son, respectivamente, 9,4; 16,1 y 18,4 visitas por periodo. La media de contactos de sus familiares con el psiquiatra, por año, es de 3,08 (d.e. 3,84).

- Las citas con profesionales del CSM diferentes del staff médico han seguido también una línea ascendente, pero en este caso, al contrario que respecto a los psiquiatras, durante el periodo inicial se produce un ligero y progresivo incremento en la frecuencia de contactos, que va aumentando en los periodos siguientes. (medias de 5,6; 7,3 y 12,2 en los periodos anteriormente mencionados).

Estos datos sugieren una progresiva mayor implicación de los profesionales como enfermería, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales en el tratamiento de los pacientes crónicos. Hemos representado sobre un gráfico, divididos en estos tres periodos de cuatro años, el número de contactos con psiquiatras y con otros dispositivos del CSM junto con la media del tiempo total de ingreso. Se aprecia una clara tendencia a la disminución de este último a la vez que ha ido aumentando la frecuencia de las citas en los CSMs.

- Un 31,6 % de los pacientes ha sido seguidos por trabajadores sociales durante su evolución, utilizando en un 13,8 % de los casos otros servicios sociales (en su mayoría albergues y comedores).

## 5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

### 5.1. Variables de estudio.

Partiendo de estudios previos que sugieren determinados factores pronósticos implicados en la evolución a largo plazo de la esquizofrenia y teniendo en cuenta las características de nuestra recogida de información, seleccionamos las siguientes variables:

#### a) Variables dependientes:

- Número total de hospitalizaciones en 12 años.
- Tiempo total ingresado en 12 años.
- Porcentaje de tiempo psicótico en el año previo.

- Autonomía global.
- Funcionamiento laboral.
- Red social.
- Relaciones afectivas de pareja significativas.
- Intentos de suicidio o suicidios consumados.

#### b) Variables independientes:

b.1. Variables relacionadas con el inicio de la enfermedad.

- Edad de inicio de la enfermedad.
- Edad de la primera hospitalización.
- Tipo de comienzo.
- Factores precipitantes al comienzo de la enfermedad.
- Estado civil al enfermar.

b.2. Variables de tipo clínico y de antecedentes personales.

- Porcentaje de tiempo psicótico en el año de seguimiento tras episodio índice.
- Funcionamiento social global hace 12 años.
- Relaciones interpersonales hace 12 años.
- Realización instrumental hace 12 años.
- Actividades sociales maladaptativas hace 12 años.
- Existencia de síntomas afectivos a lo largo de la enfermedad.
- Tipo de sintomatología predominante actual.
- Abuso de tóxicos.
- Problemas psicológicos en la infancia.

b.3. Variables familiares.

- Características de la relación familiar.
- Morbilidad familiar psiquiátrica.
- Morbilidad familiar psiquiátrica de tipo esquizofrénico.

b.4. Variables de tipo asistencial.

- Tiempo total ingresado previo al episodio índice.
- Tiempo de abandono del seguimiento en los SSM.
- Seguimiento de tratamiento farmacológico.
- Tratamiento de rehabilitación.
- Inclusión en algún programa terapéutico específico.
- Número medio de consultas/año con psiquiatra de referencia.

#### c) Variables contaminadoras.

- Sexo.
- Duración de la enfermedad.
- Edad de inicio de la enfermedad.



## 5.2. Análisis bivalente.

Reseñamos los datos más significativos tras este primer análisis.

1. El tiempo total ingresado en los últimos 12 años mostró asociación estadísticamente significativa con la función social global y las relaciones interpersonales valoradas hace 12 años, ( $p = 0.04$ ,  $p = 0.00$  respectivamente), así como con el seguimiento en el CSM evaluado con las variables número de consultas/año con psiquiatra ( $0.01$ ) y tiempo de abandono de seguimiento ( $p = 0.05$ ).
2. El número total de hospitalizaciones en los últimos 12 años se relacionó significativamente con el porcentaje de tiempo en tratamiento farmacológico ( $p = 0.04$ ), con el tipo de sintomatología predominante (más frecuente si la sintomatología fundamental era de tipo\*\*\*\*) ( $p = 0.06$ ) y con el abuso de tóxicos durante los últimos años ( $p = 0.07$ ). Parece entonces que los trastornos por abuso y dependencia de tóxicos en condiciones de comorbilidad determinan mayor número de ingresos hospitalarios, pero no mayor tiempo total ingresado (ingresos por intoxicaciones, ttnos de conducta, etc. Probablemente más frecuentes que por gravedad de sintomatología psicótica activa).
3. El porcentaje de tiempo psicótico en el año previo a nuestro estudio se correlacionó alcanzando significación estadística con el número de consultas/año con el psiquiatra de referencia ( $p < 0.05$ ), las relaciones interpersonales y la función instrumental valoradas en el primer estudio ( $p < 0.05$  en ambos casos), y dos variables de función previa al episodio índice: el abuso de tóxicos en fases iniciales de la enfermedad ( $p = 0.03$ ) y el porcentaje de tiempo psicótico en el año de seguimiento de entonces ( $p = 0.03$ ).
4. La autonomía global mostró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes que presentaba sintomatología de desorganización como predominante respecto a los demás grupos (ANOVA,  $p = 0.06$ ). También fue significativa su asociación con la valoración inicial de relaciones interpersonales ( $p < 0.01$ ). El tiempo de abandono de seguimiento y la regularidad en el tto farmacológico fueron dos variables con las que se ob-

jetivó asociación ( $p < 0.01$ ). El porcentaje de tiempo psicótico en el año de seguimiento se relacionó con la autonomía global actual, mostrando diferencias significativas entre los grupos más alejados (menor de 25%, mayor del 75%) ( $p < 0.05$ ).

5. La autonomía en el ámbito laboral se asoció con las relaciones interpersonales en el episodio índice ( $p = 0.01$ ), la presencia de síntomas afectivos a lo largo de la evolución ( $p = 0.05$ ) y el tiempo de abandono de seguimiento por los SSM ( $p = 0.03$ ).
6. El grupo de pacientes con relaciones afectivas de pareja significativas mostró menor tiempo psicótico en el año de seguimiento ( $p = 0.03$ ), así como correlación negativa con el tratamiento de rehabilitación ( $p = 0.01$ ) y positiva con el número de consultas/año con el psiquiatra ( $p = 0.01$ ).
7. La red social actual de los pacientes se relacionó con la edad de inicio de la enfermedad, así como con la edad de la primera hospitalización ( $p = 0.04$ ,  $p = 0.03$ , respectivamente). También con la función social global y las relaciones interpersonales valoradas hace 12 años ( $p = 0.01$ ,  $p < 0.01$  respectivamente) y, finalmente, con el seguimiento de tto farmacológico ( $p = 0.01$ ) y el número de consultas/año con el psiquiatra ( $p < 0.01$ ).
8. Por último, los intentos de suicidio o suicidios consumados a lo largo de estos años han mostrado asociación significativa con la existencia de sintomatología afectiva ( $p = 0.02$ ) y la edad de inicio de la enfermedad ( $p = 0.04$ ).

## 5.3. Análisis multivariante.

A partir de las variables con asociación estadísticamente significativa obtenidas tras el análisis bivalente, se realiza un análisis multivariante con objeto de discriminar las posibles interacciones entre variables que pudieran falsear resultados. Los datos más relevantes obtenidos hasta el momento mediante modelos de regresión múltiple son los siguientes:

1. Las variables número total de citas/año con el psiquiatra de referencia y tiempo de abandono de seguimiento, junto con el tiempo ingresado previo al episodio índice son las que explican con mayor consistencia la variación en



el tiempo total ingresado en estos 12 años de evolución, dando lugar a una alta proporción de la varianza (72%).

2. El número total de ingresos está en función, únicamente, de la variable que define actividades sociales maladaptativas valorada en el estudio original, que explica casi un 40% de la varianza. Esta variable incluye, entre otros, consumo de tóxicos y tipos de conducta.
3. Se pudo explicar un 30,8 % de la variabilidad de la red social actual en función de las variables edad de inicio de la enfermedad y número de consultas/año con el psiquiatra de referencia.
4. Por último, la autonomía global se explica sólo en función de la variable relaciones interpersonales valorada hace 12 años, con una asociación estadísticamente significativa, aunque explica un pequeño porcentaje de la variabilidad (23%).

## DISCUSIÓN.

Si bien no puede olvidarse el posible sesgo hacia la gravedad de nuestra muestra, tras un primer análisis de los datos obtenidos parece que la situación vital de estos pacientes crónicos es, cuanto menos frágil. Es verdad que se constata una evolución heterogénea, tanto en lo clínico como en el funcionamiento social y adaptación global y es verdad que hay un grupo de pacientes con vidas relativamente autónomas, relaciones afectivas estables e incluso en una minoría actividad laboral y social mantenida, PERO existe un grupo amplio de pacientes que podemos considerar con elevada dependencia del entorno (más del 50% en nuestro estudio): algo más del 10% institucionalizados, más del 40% residen con padres, en la mayoría de los casos con uno de ellos, que en el momento actual presentan una media de edad superior a 70 años, con frecuentes trastornos de conducta que conllevan importantes conflictos en el entorno próximo. Nos preguntamos por el futuro de estos pacientes, parte de una generación de pacientes psicóticos que han envejecido ya fuera de los manicomios gracias, entre otros, a la creación de una red asistencial ambulatoria que claramente ha disminu-

do la necesidad de hospitalización, objetivo prioritario de la reforma. PERO da la sensación de que esta vida en la comunidad conlleva en no pocos casos una importante carga de sufrimiento tanto para pacientes como para familiares. Si esto es inevitable debido a las características mismas de la enfermedad o si en algún punto del proceso de reforma se minimizaron las características de la cronicidad en algunos de estos pacientes, lo dejamos en el aire. En cualquier caso, se hace necesario el estudio de la calidad de vida y la carga familiar de los pacientes más allá que mediante medidas indirectas; es lo que nos planteamos en la última fase del estudio.

Nos llama la atención la escasa utilización que se ha hecho en estos pacientes de los dispositivos de rehabilitación (poco más de un 25% de ellos incluidos en programas de rehabilitación). Quizás porque les ha llegado tarde la puesta en marcha de estos centros (son demasiado mayores o su situación clínica no lo permite). O quizás, en parte, porque se mantiene la desesperanza respecto al pronóstico y no se expresen al máximo todas las posibilidades terapéuticas.

Encontramos dos grupos de factores que mejor predicen evolución a largo plazo tanto en términos de autonomía como de necesidad de hospitalizaciones, en nuestra muestra:

1. De tipo asistencial, incluyendo variables como frecuencia de contactos con los CSMs (nº de contactos/año con psiquiatras y otros profesionales, tiempo de abandono de seguimiento) y regularidad en los tratamientos y
2. Curso previo: Funcionamiento social tanto global como en distintas áreas y sobre todo en lo referente a relaciones interpersonales, consumo de tóxicos y actividades maladaptativas y la necesidad y duración de hospitalizaciones previas. Dato éste que nos hace pensar en la importancia decisiva de intervenciones, tanto biológicas como de tipo psicosocial, en las fases iniciales de la enfermedad.

En suma, los resultados obtenidos hasta el momento apoyan el activismo. Tanto institucional como en la orientación de cada profesional y en la rapidez de acción o derivación. Si las fases iniciales son decisivas y si lo asistencial puede ser determinante, parece que hay poca justificación para la asunción inicial de un mal pronóstico y, sobre todo, para la no intervención.







# CALIDAD DE VIDA, FUNCIONAMIENTO Y AJUSTE PSICOSOCIAL EN PACIENTES BIPOLARES EN TRATAMIENTO

Ana de Leiva Rodríguez (\*)

Alicia García Recio (\*)

Maria Isabel González Valdemoro (\*)

(\*) Psiquiatra. Hospital de la Princesa. Madrid.

Correspondencia: Ana de Leiva. Hospital de la Princesa. Diego de León 62. Madrid 28006.

## RESUMEN:

Objetivamos porcentajes significativos de deterioro psicosocial y mala calidad de vida en bipolares en tratamiento. Identificamos diversas variables asociadas a tales deterioros.

## ABSTRACT:

We noted significant percentages of psychosocial impairment as well as bad quality of life in bipolars in treatment. We identify several variables associated to such impairments.

## INTRODUCCIÓN.

El interés en la investigación reciente sobre esta enfermedad se basa en la observación de que el trastorno bipolar no tiene el curso favorable que estableció Kraepelin, pues tiende a la recurrencia y al progresivo incremento de la frecuencia episódica, apareciendo como un trastorno severo y maligno<sup>(1) y (2)</sup>.

Se ha constatado que en un 40% aproximadamente de los pacientes tratados bajo condiciones médicas de rutina sufren considerables dificultades después de la hospitalización, incluyendo frecuentes recaídas y deterioro psicosocial<sup>(2) y (3)</sup>.

El riesgo de suicidio asociado a esta enfermedad es bastante alto. Se calcula que un cuarto de los pacientes atentan contra sus vidas en algún momento de la enfermedad<sup>(4)</sup>.

La enfermedad maniaco-depresiva se ha considerado desde el advenimiento de la revolución de los psicofármacos como el buque insignia para la investigación psiquiátrica moderna<sup>(5)</sup>, un paradigma

que ha inspirado otras áreas de investigación. La cantidad de información que existe sobre este trastorno en lo relativo a aspectos fenomenológicos, genéticos y farmacológicos es impresionante. La investigación en aspectos psicosociales es un tema relativamente poco explorado: Scott<sup>(6)</sup> puntualiza que la pobreza de la investigación en factores psicosociales en el trastorno bipolar en el momento actual es comparable a la situación existente hace 20 años en el campo de la esquizofrenia. Bloch<sup>(7)</sup> sugiere que los factores psicosociales considerados en conjunto contribuyen en un 30% a la varianza del pronóstico de la enfermedad bipolar.

Pese a que algunos autores han encontrado más porcentajes de cronicidad y deterioro en bipolares que en unipolares<sup>(8)</sup>, la investigación sobre esta cuestión en bipolares es mucho más pobre que la que existe en el trastorno unipolar<sup>(9)</sup>. Con frecuencia<sup>(10)</sup>, los estudios sobre función social y trastornos afectivos no han diferenciado entre pacientes unipolares y bipolares.

El modelo etiopatogénico vigente para la enfermedad bipolar la considera un trastorno con un indudable trasfondo genético, en el que una serie de factores biológicos, meteorológicos, psicológicos y sociales se aunarán para precipitar la eclosión de la enfermedad y las subsiguientes recaídas<sup>(11)</sup>.

Hoy en día, a tenor de lo visto, muchos autores<sup>(12)</sup> están resaltando la necesidad de explorar el curso de la enfermedad bipolar y, sobre todo, su evolución psicosocial, así como las relaciones existentes entre evolución sindrómica y psicosocial.

Se ha investigado el papel de diversos factores psicosociales en el inicio, curso y recurrencia de la enfermedad bipolar. Se ha encontrado que la existencia de una adecuada red social mejoraba la evolución de pacientes tratados con litio<sup>(13)</sup>, mientras que una clase social más baja estaba relacionada con peores resultados en la profilaxis con litio<sup>(14)</sup>. Los sucesos vitales parecen tener una influencia en los primeros episodios, mientras que la pierden en los siguientes<sup>(15)</sup>. Las actitudes emocionales hacia el paciente, valoradas como el concepto de emoción ex-



presada, predice el curso de la enfermedad<sup>(16)</sup>. O'Connell<sup>(14)</sup> confirmó el papel de las siguientes variables psicosociales: clase social, sucesos vitales, soporte social y emoción expresada.

Stefos<sup>(17)</sup> encontró que la alteración del ajuste social en áreas de actividades sociales y de ocio estaban relacionadas con una mayor posibilidad de sufrir recurrencias depresivas en TAB.

Autores como Goodnick<sup>(5)</sup> resaltan que pese a la creciente literatura sobre predictores de recaídas en el trastorno bipolar, los datos son ambiguos o contradictorios.

Diversos autores, como Wells<sup>(18)</sup> señalan que muchos médicos, especialmente especialistas somáticos, infraestiman el impacto que la depresión produce en la vida del sujeto; la cuestión de que la depresión limita la vida de la persona está insuficientemente reconocida, y las quejas de depresión se tienden a minimizar en la clínica. Este mismo autor estudió el bienestar de una muestra de pacientes con trastornos médicos variados incluída la depresión. Observó que el bienestar y el funcionamiento global eran más pobres en pacientes depresivos que en pacientes con patologías somáticas.

Parece clara la necesidad de prestar atención a la calidad de vida en los pacientes que sufren depresión<sup>(19)</sup> y <sup>(20)</sup> en tanto los trastornos depresivos pueden causar serias disrupciones en la sensación de bienestar, la satisfacción con la vida y el funcionamiento global del paciente.

Así, se puede decir que pese al demostrado impacto que produce esta enfermedad en la vida de los pacientes y a su alta prevalencia, no existe suficiente investigación —y la que hay es bastante heterogénea en cuanto a diseño o selección de la muestra— sobre aspectos psicosociales y calidad de vida en trastorno bipolar.

En este sentido, los objetivos del trabajo son:

- Determinar la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial en pacientes bipolares adheridos a un régimen terapéutico.
- Conocer posibles factores clínicos asociados con un deficiente calidad de vida y un funcionamiento psicosocial alterado en pacientes bipolares adheridos a un régimen terapéutico.

## METODOLOGÍA.

Se realiza un estudio transversal descriptivo valorando calidad de vida y funcionamiento psicoso-

cial en pacientes bipolares que cumplan criterios de inclusión, y un estudio retrospectivo de las variables clínicas relacionadas con un calidad de vida deficiente y un funcionamiento psicosocial alterado.

Se identificaron pacientes ambulatorios de la Unidad de Trastornos Afectivos del Hospital de la Princesa y de las Unidades de Salud mental de Chamartín y Coslada.

Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que habían recibido diagnóstico según criterios DSM-IV de trastorno afectivo bipolar (Tipo I, II y ciclos rápidos) cuya edad estaba entre 18 y 65 años, excluyendo aquellos que presentaban patología médica intercurrente que contraindicara pauta de fármacos eutimizantes. Los pacientes debían seguir un cumplimiento terapéutico al menos parcial. En el supuesto de que el paciente presentara criterios clínicos DSM-IV de episodio afectivo activo (manía, hipomanía, depresión o fase mixta), se pospondría dos meses la valoración.

En 6 casos no se pudo obtener los datos necesarios para el análisis; en un caso por presentar enfermedad médica, en otro al consumir suicidio el paciente, y en el resto al valorar la posibilidad de que se trataran de trastornos esquizoafectivos.

Las variables se identificaron en cada paciente utilizando una entrevista semiestructurada y mediante la cumplimentación de una serie de escalas.

Se consideran en este estudio variables independientes las siguientes: subtipo de trastorno afectivo, personalidad, abuso de sustancias (alcohol, Benzodiazepinas, otras), historial de síntomas psicóticos, comorbilidad en eje I, adherencia al tratamiento, edad de inicio, tiempo de evolución, existencia de factores stressantes crónicos, historia familiar de trastorno afectivo, intentos de suicidio, episodios previos, hospitalizaciones, manejo farmacológico y psicoterapéutico, cambios farmacológicos (número), enfermedad somática.

Las variables dependientes son: Calidad de vida, funcionamiento psicosocial (GAF) y ajuste social.

La medición de la calidad de vida se realizó con el cuestionario de calidad de vida de Ruiz y Baca<sup>(21)</sup>, autoaplicado y diseñado para población española, que a través de 39 ítems proporciona una puntuación global de la calidad de vida percibida por el sujeto y puntuaciones referentes a 4 factores o dimensiones de la escala. Se ha realizado un estudio de la validez, fiabilidad, estabilidad temporal y sensibilidad de este cuestionario, obteniéndose unos resultados muy satisfactorios<sup>(21)</sup>.



La medición del funcionamiento psicosocial se realizó con la escala GAF-m<sup>(22)</sup>, modificación de la Escala de Funcionamiento Global (Eje V del DSM), que excluye los síntomas psicopatológicos, teniendo en cuenta únicamente el funcionamiento social y ocupacional. Las puntuaciones abarcan de 0 a 90 puntos (puntuaciones más altas, mejor funcionamiento). Esta variable se convirtió en dicotómica, pues establecimos un punto de corte en 65 puntos.

La medición del ajuste social se llevó a cabo mediante la escala de Ajuste Social de Weissmann<sup>(23)</sup>, en su versión autoaplicada, traducida y adaptada para población española por González-Pinto y Cols<sup>(24)</sup>, escala que incluye un total de 54 preguntas distribuidas en 6 áreas de funcionamiento: trabajo, social/tiempo libre, marital, parental, familia ampliada y familia nuclear. En cada área se tiene en cuenta el funcionamiento del paciente, las dificultades con otros, y la satisfacción en las relaciones. Se obtiene un porcentaje global y factorial (más bajo, mejor ajuste). Convertimos también esta variable en dicotómica (malajuste social >60%).

A la hora de determinar si existía trastorno de personalidad utilizamos la entrevista semiestructura-

da IPDE<sup>(25)</sup>, con su módulo DSM-IV. Este cuestionario está diseñado de una manera que intenta proporcionar un balance óptimo entre una entrevista clínica natural y los requisitos de estandarización y objetividad. La puntuación del IPDE está basada en el acuerdo de que una conducta o un rasgo puede estar ausente o ser normal (O), exagerado o acentuado (I) o que sea patológico o cumpla el criterio (2).

Se realizó un análisis estadístico univariante. Utilizamos como test estadístico de contraste de hipótesis el chi cuadrado para variables cualitativas. Se realizó test para diferencias de medias para variables cuantitativas. Cuando ambas variables a comparar fueron cuantitativas se utilizó un análisis de correlación.

## RESULTADOS.

La muestra estudiada es de 37 pacientes, con una media de edad de 41.4 años. Un 37.8% de la muestra son varones, y un 62.2% son mujeres. Un 75 % de los pacientes eran bipolares I, el 21.6 % bipolares II, y el 5.4 % ciclotímicos.

**Tabla I:**  
**Variables sociodemográficas, GAF, Ajuste social y Calidad de vida**

	GAF			AJUSTE SOCIAL			CALIDAD DE VIDA	
	Gaf<65 Mal Func.	Gaf>65 Buen Func.	p	AS>60% Malajuste	AS<60% Buen ajuste	p	X (sd)	p
Edad X (sd)	45.5(11.7)	37.4(10.7)	0.04*	42.4(12)	38.3(11.1)	0.29	124.3 (23.1)	0.6
Sexo:								
Varón	7	7	0.14	6	8	0.77	126.9 (29.9)	0.88
Mujer	6	17		11	12		125.3 (26.1)	
Clase Social								
Alta	4	2	0.02*	3	3		121.3 (23.3)	0.88
Media	5	20		10	15	0.49	127.5 (29.7)	
Baja	4	2		4	2		124.8 (21.4)	
Estudios								
Analfa/Básico	4	6	0.59	5	5	0.68	114.7 (23.4)	0.14
Medio/superior	8	18		11	15		129.7 (27.8)	
Convivencia								
Sólo	2	4	0.33	3	3	0.62	125.1 (26.7)	0.55
Parej y/o hijos	8	9		9	8		121.3 (26.1)	
Fam de origen	3	11		5	9		132.2 (29.1)	
Status laboral								
Activo	6	23	0.002*	13	15	0.57	130.0 (27.5)	0.54
Paro	2	2		1	3		124.2 (33.5)	
Incapacidad	5	0		3	2		105.4 (2.8)	



Casi un tercio de la muestra de pacientes (27.2 %) presentaba en el momento de la evaluación síntomas parciales o subsindrómicos. El 10 % de la muestra presentaba comorbilidad en eje II y El 16 % presentaba comorbilidad en eje I.

- Con respecto a las variables sociodemográficas, encontramos una asociación entre edad y GAF. Así, los pacientes más jóvenes ( $X=37.4$ ) presentaban mejores puntuaciones. También

se encontraron más pacientes con mejor GAF entre aquellos que estaban en activo laboral y que pertenecían a clases medias. Ver tabla I. No encontramos en cambio asociación de variables sociodemográficas con puntuaciones de ajuste social o calidad de vida.

- Encontramos que el subtipo diagnóstico (bipolar I) indicaba un mejor GAF, aunque no una mejor calidad de vida o ajuste social. Tabla II.

**Tabla II:**  
**Variables clínicas y de tratamiento, funcionamiento, ajuste social y calidad de vida.**

VARIABLES CLÍNICAS DE TRATAMIENTO			GAF		AJUSTE SOCIAL			CALIDAD DE VIDA	
		Gaf<65 Mal Func.	Gaf>65 Buen Func.	p	AS>60% Mal ajuste	AS<60% Buen ajuste	p	X (sd)	p
Diagnóstico	Bipolar I	7	21	0.01*	10	8	0.06	127.4 (26.4)	0.54
	Bipolar II	5	3		6	1		117.3 (33.5)	
	Ciclador	2	0		1	1		138.0 (2.8)	
Asintomático a la evaluac.	Sí	4	23	0.00002*	11	16	0.29	134.0 (22.3)	0.002*
	No	9	1		6	4		104.7 (28.4)	
Historia fam	Sí	11	21	0.8	13	19	0.10	124.8 (27.4)	0.48
De trast.afect	No	2	3		4	1		134.2 (26.0)	
Intentos de	Sí	3	2	0.21	4	1	0.10	114.0 (36)	0.29
Suicidio	No	10	22		13	19		127.9 (25.6)	
Hospitaliz.	Sí	12	16	0.08	15	13	0.10	121.1 (24.9)	0.05*
	No	1	8		2	7		141.5 (29)	
Trastorno de Personalidad	Sí	3	1	0.07	3	1	0.21	127.3 (25)	0.44
	No	10	23		14	19		116 (40.1)	
Enfermedad Somática	Sí	2	6	0.49	3	5	0.59	125.6 (35)	0.55
	No	11	18		14	15		129.3 (25.5)	
Historial de sint.psicóticos	Sí	7	13	0.98	8	12	0.43	130.1 (30.8)	0.41
	No	6	11		9	8		122.6 (23.8)	
Comorbilidad En ejel	Sí	4	2	0.07	4	2	0.26	102.5 (33.8)	0.01*
	No	9	22		13	18		130.6 (23.6)	
Factores stress cronico	No	6	13	0.86	3	4	0.36	113.5 (27.1)	0.16
	Ligero	3	4		7	4		127 (33.3)	
	Moderado	4	7		7	12		133.1 (23.3)	
Adherencia	Total	11	23	0.23	15	19	0.41	126.6 (27.2)	0.67
Al tto	Parcial	2	1		2	1		119.7 (30.9)	
Tto farmacol	+ de 1 eutimiz	7	6	0.09	8	5	0.12	118.6 (25.8)	0.25
	Sólo 1 eutimiz	6	17		8	15		129.4 (27.8)	
	Psicoterap.	Apoyo Individ./ grupal	11 0		22 9	0.09		15 0	
	Hospit.día	2	0	2	0		92.5 (12.8)		



**Tabla III:**  
**Variables de curso previo, GAF, ajuste social y calidad de vida.**

VARIABLES CURSO PREVIO	GAF			AJUSTE SOCIAL			CALIDAD DE VIDA	
	GAF<65 Mal func.	Gaf>65 Buen func.		AS>60% Mal ajuste	AS<60% Buen ajuste		Coeficiente correlación	p
	X (sd)		p	X (sd)		p		
Edad de inicio	24.4 (9.4)	28.3 (10.9)	0.29	26.1 (9.3)	27.6 (11.5)	0.6	0.012	0.91
Nº episodios manía	9.8 (7.3)	4.1 (2.9)	0.02*	6.9 (4.1)	5.4 (6.6)	0.4	0.200	0.23
Nº episodios depresión	7.4 (4.6)	3.4 (3.2)	0.01*	6.5 (4.5)	3.4 (3.4)	0.02*	0.031	0.06
Nº episodios Último año	1.4 (1.2)	1.0 (0.8)	0.33	1.2 (1.1)	1 (0.9)	0.57	0.43	0.01*
Nº total de Episodios	17.1 (9.6)	7.6 (5.5)	0.005*	13.3 (8.2)	8.8 (8.2)	0.10	0.27	0.10
Nº de Hospitalizaciones	4.4 (4.1)	2.1 (2.2)	0.08	4.2 (3.6)	1.7 (2.2)	0.02*	0.28	0.08
Tiemp (años) evolución.	19.5 (9.4)	9.1 (6.9)	0.001*	15.3 (10.1)	10.6 (8.1)	0.12	0.23	0.15
Tiemp desde ultimo epi (meses)	10.1 (9.8)	12.9 (13.2)	0.03*	10.1 (10.1)	13.5 (13.6)	0.4	0.39	0.02*
Tiempo (meses) sin síntomas	1.6 (3.5)	9 (11.7)	0.03*	3.4 (4)	8.9 (3)	0.1	0.37	0.02*
Tiem con síntomas parciales.	3.0 (2.7)	0.4 (1.8)	0.007*	1.8 (2.8)	0.8 (2.2)	0.25	0.42	0.01*

**Tabla IV:**  
**ASOCIACIÓN ENTRE CV, GAF  
Y AJUSTE SOCIAL**

	CALIDAD DE VIDA		
	X	SD	P
GAF<65	106.1	24.2	0.0001*
GAF>65	136.9	22.1	
MAL A. SOCIAL	109.9	26.4	0.001*
BUEN A. SOCIAL	139.8	19.2	

Además, una ausencia de síntomas parciales—esto es, el paciente libre de síntomas— tenía una asociación significativa con un mejor GAF y también con una mejor calidad de vida. Tabla II.

Si existía comorbilidad con el eje I o hubo aunque fuera una hospitalización, la calidad de vida de estos pacientes era significativamente peor. Tabla II.

Tampoco se encontraron asociaciones entre ajuste social y variables clínicas.

La existencia de trastorno de personalidad no se asoció con las variables independientes.

- Las variables de curso previo de la enfermedad son las que están más asociadas a las variable resultado o dependientes (Tabla III): A

mayor número de episodios previos (de manía o depresión), y a mayor tiempo de evolución en años, peor GAF. Cuantos más meses permanecía el paciente asintomático, mejor GAF presentaba. Así sucedía también cuanto más tiempo en meses había transcurrido desde el último episodio. En cambio, el GAF era significativamente peor cuantos más meses presentara el paciente síntomas subsindrómicos. Tabla III.

El ajuste social se asoció con el número de hospitalizaciones (cuantas más peor ajuste social) y con el número previo de episodios depresivos. Tabla III.

La presencia o ausencia de síntomas parciales determinaba respectivamente peor o mejor calidad de vida. Tabla II.

Existe una asociación significativa entre el GAF bajo y una mala calidad de vida y entre el malajuste social y baja calidad de vida. Tabla IV.

## DISCUSIÓN.

Un elevado porcentaje de los pacientes sufren un notable deterioro psicosocial y un desajuste social. Tsuang (26) encontró en un grupo de pacientes maníacos seguidos a lo largo de 30 años casi un



tercio de pacientes con pobres rendimientos laborales y otros déficits sociales. Tsai (27), usando el GAF en un estudio naturalístico de 185 bipolares, encontró que un tercio de ellos presentaban un claro deterioro psicosocial.

Diversos autores resaltan que la pobre evolución clínica y psicosocial observada en el TAB aparece a pesar de los "agresivos tratamientos farmacológicos utilizados"<sup>(28)</sup>. Y aunque la clínica activa haya remitido<sup>(12)</sup>. Insistimos en que prácticamente todos los pacientes bipolares que entraron en el estudio seguían un régimen terapéutico con un adecuado cumplimiento.

La calidad de vida de los bipolares de este estudio es claramente inferior a la de la población general, asumiendo que la muestra de Ruiz y Baca es representativa de la población española (asunción necesaria en el estudio de validez del cuestionario).

Bech<sup>(29)</sup>, tras revisar la literatura en escalas de calidad de vida en depresión, encontró que diversas escalas clínicas de depresión han sido frecuentemente usados como cuestionarios de CV. Aunque se ha constatado que una mayor severidad sintomática es uno de los factores principales que determinan una peor calidad de vida<sup>(20)</sup>, diversos autores resaltan que ambos tipos de instrumentos miden diferentes constructos (calidad de vida e intensidad de síntomas afectivos), siendo de hecho, medidas complementarias<sup>(20)</sup>.

Los pacientes bipolares I muestran mejor funcionamiento psicosocial frente a los bipolares II o cicladores rápidos. Está suficientemente establecida la peor evolución sindrómica de los cicladores rápidos desde los estudios de Dunner y Fieve<sup>(30)</sup>. El trastorno bipolar II también parece evolucionar peor<sup>(31)</sup>.

En la mayoría de los estudios revisados no se distingue entre subgrupos de bipolares o bien se estudian exclusivamente pacientes bipolares I.

Lo limitado de la muestra no permite extraer más conclusiones: especialmente fue complicada la selección de cicladores, en la medida en que son pacientes que casi siempre están con síntomas activos, lo que les excluía del estudio.

Destacamos que casi un tercio de la muestra de pacientes presentan en el momento de la evaluación síntomas subsindrómicos. Esta variable se asoció en nuestro estudio tanto a una peor calidad de vida como a un funcionamiento psicosocial alterado. Los síntomas parciales han recibido amplia atención en la investigación más reciente<sup>(32) y (33)</sup>, señalándose su impacto deletéreo en la evolución de la enfermedad.

También la literatura ha prestado atención a la comorbilidad con eje I: básicamente con abuso/dependencia de alcohol y con trastornos de ansiedad<sup>(34) y (35)</sup>, lo que se ha asociado a peores evoluciones clínicas y psicosociales. En este trabajo, la comorbilidad se asoció a una peor calidad de vida. Aunque diversos estudios han encontrado prevalencias de abuso de alcohol de hasta un 35%<sup>(34)</sup>, tan sólo encontramos 2 pacientes con esta comorbilidad en la muestra, quizá porque en nuestro medio los pacientes con abuso de alcohol abandonan pronto las clínicas de Lito o bien porque en estos pacientes se suele evitar esta indicación terapéutica.

No encontramos asociación entre el historial de síntomas psicóticos y un peor ajuste/funcionamiento social o calidad de vida. Esta asociación sí aparece en la literatura<sup>(27) y (36)</sup>.

Se ha señalado<sup>(37)</sup> que tan sólo en los últimos años se ha realizado una aproximación sistemática a las complicadas relaciones entre personalidad y TAB. No hay muchos estudios que hayan examinado la comorbilidad entre trastorno de personalidad y TAB: la prevalencia encontrada oscila entre un 23% y un 4%<sup>(37)</sup>, lo que nos indica las diferencias metodológicas de los estudios. En el nuestro, la prevalencia fue de un 10%. Se ha observado que cuando existe esta comorbilidad, los pacientes tienen peores funcionamientos psicosociales<sup>(38)</sup>. Sin embargo nosotros no encontramos en cambio asociación con peor calidad de vida o función psicosocial.

Son las variables de curso previo (tiempo de evolución, nº de episodios de manía o número total de episodios) las que muestran más asociaciones con el funcionamiento psicosocial. Para muchos autores<sup>(3) y (12)</sup>, el número previo de episodios es un importante predictor de nuevos episodios.

Un mayor número de episodios depresivos apareció asociado a un peor ajuste social. Esto no sucedió con el número previo de episodios de manía. Gitlin<sup>(12)</sup> encontró en su estudio de seguimiento de 84 bipolares durante 4 años que el número de depresiones estaba más asociado con disfunción familiar y social de lo que lo estaba el número de episodios maníacos.

En tanto las variables psicosociales se descubren como predictores de mala evolución –fundamentalmente de recaídas– hay que asumir que nuestros pacientes, sufriendo tanto deterioro psicosocial, están en una situación altamente vulnerable para hacer recaídas, lo que su vez empeorará la evolución, tanto sindrómica como psicosocial.



Stefos<sup>(17)</sup> señala la importancia de considerar estas variables a la hora de diseñar una aproximación terapéutica global del TAB. Son necesarios más estudios que determinen las estrategias psicosociales que puedan mitigar las alteraciones psicosociales y contribuir a la prevención de recurrencias en esta enfermedad.

Las limitaciones del estudio provienen de que la muestra no es muy amplia y del hecho de la recogida retrospectiva de las variables de curso, lo que conlleva un sesgo de recuerdo.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Winokur G, Coryell W, Akiskal HS, Endicott J, Keller M, Mueller T. Manic depressive (bipolar) disorder: The course in light of a prospective ten year follow up of 131 patients. *Acta Psychiatr. Scand* 1994; 89:102-104.
2. Harrow M, Goldberg J, Grossmann L, Meltzer H. Outcome in manic disorder. A naturalistic follow up study. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47: 665-671.
3. Winokur G, Coryell W, Keller M, Endicott J, Akiskal HS. A prospective follow up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorders. *Arch Gen Psy* 1993. Vol 50: Jun. 457-465.
4. The NIMH depression awareness, recognition and treatment program: structure, aims and scientific basis. 1988
5. Goodwin F. "Understanding Manic-depressive illness". *Arch Gen Psychiatry*. Vol 55, Jan 1998.
6. Scott. Psychotherapy for bipolar disorders. *British J Psychiatry*. 1995;167, 581-588.
7. Bloch S, Hafner J, Harari E. The family in clinical psychiatry. Oxford, Oxford Medical, 1994;92-108.
8. Bratfos O, Haug J. Course of manic-depressive psychosis. A follow up investigation of 215 patients. *Acta psychiatr Scand*. 1968. 44:89-112.
9. Palao DJ, Cavero M. Etiopatogenia: factores psicosociales. En: *Trastornos bipolares*. Vieta E y Gastó C. (eds) Springer -Verlag Ibérica 1997. pp117-138.
10. Bauwens F, Tracy A, Pardoën M, Vander Elst M, Mendlewicz J. Social Adjustment of remitted bipolar and unipolar out-patients. A comparison with age and sex matched controls. *British J Psychiatry* 1991.159,239-244.
11. Vieta E. Predictores de curso. En: *Trastornos unipolares*. Eds: Vieta y Gastó. Springer-Verlag Ibérica 1997. Pp281-290.
12. Gitlin M, Swendsen J, Tracy L, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:11.
13. O'Connell RA, Mayo JA, Eng LK, Jones JS, Gabel RM. Social support and long term lithium outcome. 1985. *British J Psychiatry*:147:272-275.
14. O'Connell RA, Mayo JA, Flatow L, Cuthbertson B, O'Brien BE. 1991 Outcome of bipolar disorder on long term treatment with lithium. *British J Psychiatry* 159:123-129.
15. Ambelas A. Life events and mania. And special relationship? 1987. *British Journal of Psychiatry* 150:235-240.
16. Miklowitz D, Goldstein M, Nuechterlein K, Snyder KS, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorders. *Archives of General Psychiatry* 1988;45:225-231.
17. Stefors G, Bauwens F, Staner N, Parloen D, Mendlewicz J. "Psychosocial predictor of major affective recurrences in bipolar disorder: a 4-year longitudinal study of patients on prophylactic treatment". *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:420-426.
18. Wells KB, Steward A, Hays RD, Burnam A, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J. The functioning and well-being of depressed patients: result from the medical outcome study. *Journal of American Medical Association* 1989, 262:914-919.
19. Tuynmann-Qua, Jonghe F, McKenna S. Hunt S. (eds) QIDS Quality of Life in depression Rating Scale.bero publications Houten The Netherlands 1990.
20. Ramírez N, Cervera-Enguix S. Perceived quality of life in depression: Effect of clinical and demographic variables. *International Journal of psychiatry in clinical practice* 1999 Vol 3 pg 35-41
21. Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the quality of life questionnaire: a generic health-related perceived quality of life instrument. *Europ J psychol Assessment* 1993;9:19-23.
22. Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising Axis V for DSM-IV. a review of measures of social functioning. *Am J Psy* 1992;149:1148-1156.
23. Weissmann MM, Bothwell S. Assessment of social functioning by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry* 1976. 33:1111-1115.
24. González-Pinto A, Gómez E, Castillo A, Bulbena A, Ylla L, Guimón J. Ajuste social en un programa de sensibilización grupal. *Anales de psiquiatría* 1992. Vol 810;389-397.
25. IPDE. Examen internacional de los trastornos de la personalidad. Módulo DSM-IV. 1996. OMS. Eds: Meditor.



26. Tsuang MT, Woolson RF, Fleming AG. Long term outcome of major psychosis. *Archives of General Psychiatry* 1979;1298-1301.
27. Tsai S, Chen Ch, Yeh E. Alcohol problems and long term psychosocial outcome in chinese patients with bipolar affective disorders. *Journal of Affective disorder* 1997;14:143-150.
28. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman G. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psy.* 1993. 150:720-727
29. Bech P: Rating Scales for Psychopathology, Heath Status and Quality of Life. A compendium on Documentation in accordance with the DSM-III\_R and WHO Systems. Berlin: Springer Verlag 1993.
30. Dunner DL, Fieve RR. Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. 1974. *Arch gen Psychiatry* 30; 229-233.
31. Endicott J, Andreasen N, Clayton P, Keller M, Coryell W. Bipolar II: Combine or separated? 1985. *J Affect Disord* 8.17-28.
32. Keller M, Lavori P, Coryell W, Endicott J, Mueller T. Bipolar I: a five year prospective follow up. *J Nerv Ment Dis.* 1993. 181:238-245.
33. Keller M, Lavori P, Kane J, Gelenberg A, Rosenbaum J, Walzer E, Baker L. Subsyndromal symptoms in bipolar disorders: a comparison of standar and low serum levels of lithium. *Arch Gen Psy* 1992 49:371-76.
34. Trevor Young L, Cooke R, Robb J, Levitt A, Joffe R. Anxious and non anxious bipolar disorder. *J Affect Dis* 1993.29:49-52.
35. Feinmann J, Dunner D. The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *J Affect Dis* 1996 37:43-49.
36. Miklowitz D. Longitudinal outcome and medication non compliance among manic patients with and whitout mood incongruent psychotic features. *J Nerv and Ment Dis.* 1992.
37. Goodnick F, Jamison K. Manic Depressive Illness. 1990. Oxford University Press.
38. Carpenter D, Clarkin J, Glick I. Personality pathology among married adults with bipolar affective disorder 1995. *J Affect Disord* 34;269-274.



# COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO EN GRUPO Y EL TRATAMIENTO INDIVIDUAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DESDE UNA PERSPECTIVA COGNITIVO - CONDUCTUAL.

**Eloisa Basallo Rodríguez**

*Psicólogo Clínico. Supervisora P.I.R.. Centro de Salud Mental de Retiro de la Comunidad de Madrid.*

**Clara Gómez Navarro**

*Psicólogo Interno Residente III. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

**Susana Amodeo Escribano**

*Psicólogo Clínico vía P.I.R.*

## RESUMEN:

Se compara la eficacia y la eficiencia de dos modalidades de tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad: individual y grupal. Los resultados apuntan a una mayor eficacia y menores costes en la modalidad de grupo.

## PALABRAS CLAVE:

Tratamiento cognitivo-conductual. Ansiedad. Eficacia. Eficiencia. Modalidad individual. Modalidad en grupo.

## INTRODUCCIÓN:

Las razones por las que nos planteamos realizar este estudio de investigación tienen su origen en nuestra actividad clínica del día a día como Psicólogos del Centro de Salud Mental de Retiro de la Comunidad de Madrid.

Si unimos por un lado nuestra experiencia psicoterapéutica especializada en la atención a trastor-

nos de ansiedad con métodos cognitivo-conductuales, así como la extensa dedicación a la Psicoterapia de Grupo (mas de 16 años), y por otro lado la creciente demanda de atención, en particular de estos trastornos, obtenemos como consecuencia lógica la creación en octubre de 1996 de un Grupo de orientación cognitivo-conductual para tratar los trastornos de ansiedad (con una experiencia en la actualidad de 6 grupos), buscando en principio una mayor economía de tiempo y de recursos humanos, pero sin perder eficacia en la consecución de nuestro objetivo de reducir los niveles de ansiedad y que esta reducción sea estable en el tiempo.

Su utilidad terapéutica fue ya desde el primer momento muy superior a lo esperado, por lo que nos propusimos la difícil tarea de cuantificarlo, validando nuestros métodos terapéuticos. El presente estudio gira precisamente en torno al concepto de "eficacia terapéutica" de dos modalidades de intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: la modalidad grupal y la individual.

Nos preguntamos sobre la eficacia de ambas, sobre cual de ellas lo es más, y si la terapia de grupo resulta más económica. Hipotetizamos que esto sería así porque la forma de tratamiento grupal hace uso de propiedades terapéuticas singulares, algunas de ellas claves para la mejora de los trastornos de ansiedad. (Ej. comprobar que "hay otros" que tienen su mismo problema).

En los años 70 aparecen los primeros estudios contrastados de la intervención psicológica en los trastornos de ansiedad. Marks comenzó haciendo estudios sobre la "exposición imaginada" en 1975, y "en vivo" en 1978. Otros estudios sobre el tratamiento para la reducción de la ansiedad, principalmente en la agorafobia fueron realizados por Johnston y cols. (1976), Mathews y cols. (1976), Cohen y cols. (1984), Lelliot y cols. (1986).



Tech y cols. (1985) y Marks y cols. (1986) fueron los primeros en comparar la terapia conductual con el tratamiento exclusivamente farmacológico, mostrándose la primera más eficaz, por evitar los problemas de dependencia y tolerancia, así como las recaídas y recidivas.

Gelde y cols. (1967), Marks y cols. (1967) comparan la terapia conductual con otras psicoterapias. Los trabajos de investigación sobre el tratamiento cognitivo de la ansiedad más significativos para nosotros, son los de Barlow (1986, 1988 a y b y múltiples revisiones). Barlow y Cerny (1988), sistematizaron esta terapia, unificando la terapia Racional Emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck; y en el posterior trabajo de Barlow y Craske en 1989 (del que hay edición en castellano) se describe dicho tratamiento en formato de autoayuda y se incorpora el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum.

Los estudios controlados indican que la terapia cognitivo-conductual es eficaz en un 80% de los casos (Barlow y cols., 1989; Beck y cols. 1992, 1994; Clark y cols. 1994, etc.)

Así pues el modelo cognitivo-conductual (también llamado focal) desarrollado a partir de los planteamientos de Beck (1985-88) y adaptado por Clark y Salkovskis (trabajos desde 1986 a 1996) ha sido señalado en diversos estudios actuales como la forma de tratamiento más eficaz en su aplicación individual.

En nuestro país debemos destacar los trabajos de Botella y Ballester que realizaron una adaptación del modelo de tratamiento de Clark y Salkovskis con el que obtuvieron muy buenos resultados (Ballester y cols. 1991; Ballester y Botella, 1992).

En general, pese a escasas discrepancias entre algunos estudios, los resultados obtenidos con la terapia cognitivo-conductual demuestran ampliamente que esta terapia es el tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad, en sí y comparada con otros métodos terapéuticos tanto psicológicos, como farmacológicos.

A esta conclusión se llega en la Conferencia de la Declaración de Consenso sobre la Angustia realizada del 25 al 27 de septiembre de 1991, patrocinada por el Instituto Nacional de la Salud mental Americana (NIH) y la Oficina de Aplicaciones Médicas de la Investigación (Treatment of Panic Disorder).

Como venimos viendo el problema no es el diseño de nuevos métodos terapéuticamente adecuados en el campo de los trastornos de ansiedad, pues ese objetivo ya está plenamente logrado, sino, yendo mas allá, delimitar qué abordajes son más eficaces

en términos de coste-beneficio, dada la alta presión asistencial en el ámbito público. En este sentido los formatos grupales se perfilan como firmes candidatos a la hora de apoyar o sustituir las terapias individuales. Y este ha sido precisamente el objeto de nuestra práctica clínica y el objetivo de nuestra investigación.

En los manuales que desarrollan el tratamiento cognitivo-conductual en formato individual para los trastornos de ansiedad, se añade alguna modificación en el programa para su aplicación en formato grupal, en razón, principalmente de la economía y manteniendo el nivel de resultados terapéuticos (Marks 1991; Butler 1991; Suinn 1993; Echeburúa 1993, 1995; Ballester y Botella 1992, 1997; Roca y Roca 1998).

En cambio la revisión bibliográfica muestra una gran ausencia de trabajos de investigación de resultados concluyentes, acerca de la eficacia comparada de la aplicación Grupal Vs. Individual de la terapia cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad. En la bibliografía española únicamente hemos encontrado dos estudios de investigación: Ballester y Botella (1992) utilizan un grupo de 11 pacientes al que aplican un programa cognitivo-conductual. Roca y Roca (1998) exponen un estudio de la eficacia de la terapia cognitivo focal en un grupo de pacientes del Servicio Valenciano de Salud. El grupo se compone de 9 sujetos. Ambos estudios se refieren al tratamiento del pánico y carecen de grupo control. Por ello no podemos hacer un estudio comparativo de resultados. Se hace necesario investigar más en este campo.

Los trastornos por ansiedad tienen una alta prevalencia: más de un 19% en la población adulta, entre un 7.3-8.9% en la población infantil, y alrededor de un 5% en la tercera edad. Un 20% de las personas que acuden a un centro de atención primaria se ven aquejados de algún tipo de malestar psicológico, y más del 15% de todos ellos cumplen criterios de un trastorno de ansiedad. Si no son tratados adecuadamente pueden tomar un carácter crónico e invalidante, sobrecargando la demanda asistencial.

En definitiva, la generalidad de los estudios realizados apuntan como *tratamiento de elección* la terapia cognitivo-conductual (con o sin medicación simultánea en los primeros momentos) calificándolo de rápido, eficaz y con resultados permanentes, configurándose como tratamiento idóneo para la asistencia pública principalmente en su aplicación en formato grupal.



## Hipótesis de investigación:

Partimos de las siguientes hipótesis;

**1.** La terapia cognitivo-conductual es eficaz para disminuir la ansiedad (Comparación intragrupo de la muestra total).

**1.1.** La terapia cognitivo-conductual, en la modalidad de grupo, es eficaz. (Comparación intragrupo).

**1.2.** La terapia cognitivo-conductual, en la modalidad individual, es eficaz. (Comparación intragrupo).

**2.** La terapia de grupo es igual o más eficaz que la individual para disminuir la ansiedad. (Comparación intergrupo).

**3.** La terapia de grupo es más económica que la individual respecto al:

- Tiempo en meses de terapia.
- Nº de sesiones dedicadas por el terapeuta. (Comparación intergrupo).

## Método:

### 1. Descripción de la muestra.

Los 68 sujetos de la muestra son personas que acuden a los SS. de Salud Mental del distrito de Retiro, y están en tratamiento en este centro en el periodo asistencial entre Octubre de 1996 y Abril de 1999.

La derivación a tratamiento psicológico se hace a través de dos fuentes:

**1ª.** Según acuden al centro, derivados por Atención Primaria u otros servicios del área, son recibidos por el equipo de evaluación y derivados directamente a tratamiento psicológico.

**2ª.** El paciente es derivado por el equipo de evaluación a un psiquiatra del centro, y éste posteriormente lo deriva para tratamiento psicológico.

Se realiza una entrevista semiestructurada de diagnóstico, antes de empezar el tratamiento.

Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes:

**1.** Cumplir los criterios de la CIE-10 y el DSM-IV, para el trastorno de pánico, con o sin agorafobia, o el trastorno de ansiedad generalizada.

**2.** Que este diagnóstico fuera su principal problema.

**3.** Si tenían tratamiento farmacológico, que llevara estable al menos dos meses.

Las variables sociodemográficas de la muestra total, de 68 sujetos son las siguientes:

**Tabla 1:**  
**Variables Sociodemográficas. Muestra total**

	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Edad	19	65	36.26	9.28
	N = 68		Frecuencia	%
Sexo	Hombre		7	10.3
	Mujer		61	89.7
Estado Civil	Soltero		23	38.2
	Casado		39	57.4
	Divorciado		1	1.5
	Viudo		1	1.5
Nivel Educativo	Sin estudios		1	1.5
	Graduado escolar		9	13.2
	BUP o FP		15	22.1
	Diplomaturas		26	38.2
	Licenciaturas		16	23.5
	Otros		1	1.5
Situación laboral	Trabajando		39	57.4
	Parado		5	7.4
	Estudiando		7	10.3
	Ama de casa		16	23.5
	ILT		1	1.5

La distribución de los sujetos ha sido aleatoria.

El criterio de inclusión en uno u otro tratamiento dependió de que en el momento que se hizo la evaluación del sujeto hubiera posibilidad de incluirlo en un grupo de terapia para dichos trastornos que fuera a comenzar en un periodo breve (no mayor de un mes).

Se comparó la homogeneidad de los subgrupos tanto en las variables sociodemográficas como en las variables dependientes evaluadas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

La muestra de sujetos, según la modalidad de tratamiento, en los distintos momentos de la evaluación fue la siguiente:

**Tabla 2:**  
**Distribución de los sujetos, según la modalidad de tratamientos**

Modalidad de tratamiento	Nº sujetos pretratamiento	Nº sujetos postratamiento	Nº sujetos Seguimiento
Individual	36	27	22
Grupal	32	30	24
Total	68	57	46



## 2. Instrumentos utilizados.

- *Historia Clínica Semiestructurada.*
- *Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad-STAI-* (Spielberger et al., 1970). La primera parte de este cuestionario evalúa la ansiedad como estado emocional transitorio (ansiedad estado), la segunda parte evalúa la propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los sujetos con tendencia a percibir situaciones como amenazadoras (ansiedad rasgo).
- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA-* (Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988). El objetivo del ISRA es evaluar por separado la frecuencia de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras ante distintas situaciones posibilitando la obtención de un perfil de reactividad individual.
- *Escala visual-analógica (E.V.A.)* con rango de 0-10. Extrae información cuantitativa acerca de las siguientes variables: nivel de ansiedad subjetiva, sensación de autocontrol de los síntomas de ansiedad, grado en el que la ansiedad limita su vida normal.

## 3. Diseño.

Tomamos dos modalidades de tratamiento cognitivo-conductual: Formato individual y formato de grupo.

Se establecen tres momentos de evaluación, en que se recogen datos respecto a las variables clínicas relacionadas con la mejoría:

1. Antes del tratamiento. (Medida pretratamiento).
2. Al finalizar el tratamiento. (Postratamiento)
3. A los seis meses de finalizar el tratamiento.

(Seguimiento)

En el momento de seguimiento se recogen los datos sobre las variables consideradas para medir la eficacia en tiempo de tratamiento, es decir: nº de sesiones y tiempo en meses.

## 4. Tratamiento cognitivo-conductual aplicado.

El *objetivo general* del programa es el aprendizaje del control de la respuesta de ansiedad y el afrontamiento de una manera adecuada a los estímulos estresantes.

Los *objetivos específicos* pretenden dotar al sujeto de habilidades necesarias para:

- Sustituir las antiguas interpretaciones negativas y/o catastrofistas de las situaciones por pensamientos más realistas que faciliten un afrontamiento eficaz (nivel cognitivo).

- Controlar las respuestas fisiológicas alteradas (nivel fisiológico).
- Promover un repertorio de respuestas motoras que puedan contribuir a la disminución de la ansiedad o que tiendan a evitar situaciones estresantes (nivel motor).

El programa de intervención que presentamos consta, fundamentalmente, de los siguientes bloques:

- *Aspectos teóricos* sobre los trastornos de ansiedad.
- *Técnicas Fisiológicas de control de la ansiedad:* entrenamiento en respiración diafragmática, relajación muscular de Jacobson, y sus variantes.
- *Técnicas Cognitivas de Control de la Ansiedad:* Detección y debate de ideas irracionales, parada de pensamiento, distracción y autoinstrucciones.
- *Técnicas Motoras de control de la ansiedad:* Planificación de actividades.
- *Técnicas de Desensibilización Sistemática.*
- *Técnica de Resolución de Problemas.*

La metodología del programa es teórico-práctica. Se utilizan instrumentos de autorregistro.

Las sesiones tienen la siguiente estructura:

1. Revisión de las tareas propuestas la sesión anterior.
2. Explicación y propuesta de nuevas estrategias.
3. Ensayo de las nuevas estrategias y feedback a los participantes.
4. Propuesta de tareas para realizar y poner en práctica entre sesiones.

## Duración del programa en formato grupal.

16 sesiones de 1 hora y media de duración, con frecuencia semanal, a lo largo de cuatro meses.

## Duración del programa en formato individual.

No predeterminado. Su duración y frecuencia dependen del caso individual.

El tratamiento individual fue realizado por una psicólogo clínico de plantilla del CSM de Retiro. El tratamiento grupal contó además con un Psicólogo Interno Residente, coterapeuta, entrenado en el programa.

## Análisis de resultados y conclusiones:

Para probar la hipótesis 1: La terapia cognitivo conductual es eficaz para disminuir la ansiedad.



(Comparación intragrupo de la muestra total), hicimos el siguiente análisis estadístico:

El análisis de la tabla 3 indica que:

- El tratamiento psicológico cognitivo conductual, en cualquiera de sus modalidades reduce significativamente los niveles de ansiedad.
- Después de 6 meses de haber concluido el tratamiento, se encuentran mejorías significativas en todas las variables respecto al momento de concluir el tratamiento, salvo en ansiedad fisiológica, ansiedad rasgo y nivel de ansiedad evaluado a través de E.V.A., donde no se aprecian diferencias significativas entre el postratamiento y el seguimiento.

*\*Conclusión: Se cumple la hipótesis 1*

Para comprobar la hipótesis 1.1: La terapia cognitivo-conductual, en la modalidad de grupo, es eficaz –comparación intragrupo– se hizo el siguiente análisis estadístico:

**Tabla 3:**  
**Resultado en las pruebas de diferencias de medias de los distintos momentos de evaluación en la muestra total**

VARIABLES	Pretratamiento/ Postratamiento	Postratamiento/ Seguimiento
Ansiedad cognitiva	** 0.000	** 0.006
Ansiedad fisiológica	** 0.000	0.124
Ansiedad motora	** 0.001	** 0.018
Ansiedad total	** 0.000	** 0.010
Ansiedad estado	** 0.000	** 0.003
Ansiedad rasgo	** 0.000	0.228
E.V.A.	**	
Nivel de ansiedad	0.000	0.165
E.V.A.	**	**
Autocontrol de ans.	0.000	0.002
E.V.A.	**	**
Limitac. vida normal	0.000	0.022

Resultados de la prueba T de Student

Significación de la prueba T de Student \*\* p < .05

El análisis de la tabla 4 indica lo siguiente:

- El tratamiento grupal de la ansiedad presenta diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el postratamiento, en todas las variables, mostrándose eficaz.
- Los niveles de ansiedad son significativamente más bajos a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento que en el momento de finalizar el tratamiento. Esto ocurre en todas las medidas evaluadas salvo en ansiedad fisiológica y ansiedad rasgo, donde las medidas no muestran cambios del postratamiento al seguimiento.

*\*Conclusión: Se cumple la hipótesis 1.1*

Para comprobar la hipótesis 1.2: "La terapia cognitivo-conductual, en la modalidad individual, es eficaz" –comparación intragrupo– se realizó el siguiente análisis estadístico:

El análisis de la tabla 5 indica lo siguiente:

- El tratamiento individual de la ansiedad se ha

**Tabla 4:**  
**Resultados en la prueba de diferencias de medias del subgrupo tratado a nivel grupal antes, después y a los 6 meses de tratamiento**

VARIABLES	Pretratamiento/ Postratamiento	Postratamiento/ Seguimiento
Ansiedad cognitiva	** 0.000	** 0.001
Ansiedad fisiológica	** 0.001	0.056
Ansiedad motora	** 0.006	** 0.027
Ansiedad total	** 0.000	** 0.004
Ansiedad estado	** 0.000	** 0.016
Ansiedad rasgo	** 0.000	0.553
E.V.A.	**	**
Nivel de ansiedad	0.000	0.020
E.V.A.	**	**
Autocontrol de ans.	0.000	0.016
E.V.A.	**	**
Limitac. Vida normal	.000	.003

Resultados de la prueba T de Student

Significación de la prueba T de Student \*\* p < .05



mostrado significativamente eficaz en la reducción de la ansiedad, salvo en los niveles fisiológico y motor donde no se han observado cambios.

- La mejoría se mantiene estable a los 6 meses del tratamiento salvo en la percepción de autocontrol sobre los síntomas de la ansiedad, que todavía es mayor a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento.

*\*Conclusión: Se cumple la hipótesis 1.2*

Para comprobar la hipótesis H2: "La terapia de grupo es igual o más eficaz que la individual para disminuir la ansiedad" –comparación intergrupos– se realizó el siguiente análisis estadístico:

El análisis de resultados de la tabla 6 indica que:

- Partimos de subgrupos equivalentes en todas las variables dependientes evaluadas mediante autoinforme, pues no hay diferencias significativas antes de iniciar el tratamiento.
- El tratamiento grupal de la ansiedad muestra niveles significativamente más bajos en el pos-

tratamiento en comparación al subgrupo individual.

- A los 6 meses de haber finalizado el tratamiento grupal, los niveles de ansiedad estado, nivel de ansiedad y la limitación en la vida cotidiana evaluados a través de E.V.A., son significativamente menores.

*\*Conclusión: Se cumple la hipótesis 2.*

Para comprobar la hipótesis 3: La terapia de grupo es más económica que la individual respecto al tiempo en meses de terapia y número de sesiones dedicadas por el terapeuta, se hace un análisis descriptivo.

Cómo se puede observar en la tabla 7:

- El número de meses de tratamiento es menor en el tratamiento grupal que en el individual (3.81 vs. 11.11 meses)
- El número de sesiones de tratamiento empleadas es menor en el tratamiento grupal frente al individual (13.16 vs. 18.14).

*\*Conclusión: Se cumple la hipótesis 3.*

**Tabla 5:**  
Resultados en la prueba de diferencias de medias del subgrupo tratado individualmente antes, después y a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento

VARIABLES	Pretratamiento/ Postratamiento	Postratamiento/ Seguimiento
Ansiedad cognitiva	** 0.009	0.670
Ansiedad fisiológica	0.064	0.991
Ansiedad motora	0.083	0.395
Ansiedad total	** 0.034	0.688
Ansiedad estado	** 0.000	0.073
Ansiedad rasgo	** 0.000	0.134
E.V.A.	**	
Nivel de ansiedad	0.000	0.648
E.V.A.	**	**
Autocontrol de ans.	0.000	0.040
E.V.A.	**	
Limitac. vida normal	0.000	1.000

Resultados de la prueba T de Student

Significación de la prueba T de Student \*\*  $p < .05$

## DISCUSIÓN:

**Tabla 6:**  
Resultado en la prueba de diferencias de medias (ANOVA) de las variables evaluadas.

VARIABLES	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
Ansiedad			
Cognitiva	0.244	0.737	0.237
Ansiedad			
Fisiológica	0.327	0.851	0.521
Ansiedad Motora	0.263	0.545	0.799
Ansiedad Total	0.185	0.888	0.531
Ansiedad Estado		**	**
	0.958	0.007	0.004
Ansiedad Rasgo	0.380	0.229	0.354
E.V.A.			**
Nivel de ansiedad	0.692	0.970	0.032
E.V.A.			
Autocontrol de ans.	0.503	0.511	0.688
E.V.A.			**
Limitac. vida normal	0.217	0.952	0.045

Resultados de la prueba ANOVA

Significación de la prueba ANOVA \*\*  $p < .05$



**Tabla 7:**  
**Medias y desviaciones típicas del número de meses y el número de sesiones empleadas por modalidad de tratamiento**

Modalidad de tratamiento		Media Desviac.	Típica
Individual	Meses de tratamiento	11.11	6.36
	Nº de sesiones de tratamiento	18.14	7.80
Grupal	Meses de tratamiento	3.81	0.59
	Nº de sesiones de tratamiento	13.16	3.06

Si queremos buscar posibles causas de esta mayor eficiencia del formato grupal sobre el individual, siendo ambas igualmente eficaces, tenemos que atender a los factores que puedan estar influyendo en la terapia de grupo. Os brindamos nuestras reflexiones para su posterior discusión entre todos.

Pensamos que el grupo es en sí mismo una parte integrante del tratamiento y añade a materiales psicológicos comunes, otros valores intrínsecos (Eayrs y 1984, Yalom 1985):

En primer lugar la estructura propia del Grupo reúne a un conjunto de personas con trastornos semejantes, evitando así el sentimiento de unicidad del paciente: "ser distinto y extraño". Los pacientes atendidos en grupo comentan el alivio que experimentan al conocer que otros tienen su mismo problema, y esto les ayuda a hacerse más conscientes de su trastorno y a responsabilizarse de su tratamiento (Universalidad en palabras de Yalom).

Aprender a través de la experiencia de otros, y no solo a través del terapeuta, estimula el aprendizaje mediante la propia experiencia, compitiendo en la mejoría, activando su participación en las tareas (tanto en el grupo como entre sesiones), aumentando el compromiso terapéutico (hay menos abandonos). Son más eficaces las sugerencias alternativas buscadas entre todos para conseguir un objetivo deseado (Flowers 1979). En resumen, estimula la motivación para el cambio.

Proporciona una atmósfera de menor interdependencia, facilitando la autoconfianza y autoestima, evitando la excesiva dependencia del terapeuta y en nuestra experiencia, los pacientes aceptan mejor el alta en esta modalidad de tratamiento.

Los otros son percibidos como modelos más próximos, que afrontan y superan obstáculos comunes, no solo en teoría sino en la práctica; se facilita el aprendizaje por observación. (Barrios y Shigetomi, 1979).

La posibilidad de ayudar a otros en el grupo (altruismo), es un factor curativo básico según Yalom (1970), elevando la autoestima y ayudando des centrarse de su propio problema.

Contemplar el cambio real experimentado en otros miembros del grupo, le hace formar parte de ese sistema de cambio y comprometerse ante los otros. La cohesión del grupo vehiculiza el cambio: se aceptan, se apoyan y se refuerzan mutuamente.

Se puede aprovechar la diversidad de manifestaciones de respuesta de ansiedad para prevenir las recaídas ante situaciones diferentes de las habituales, puesto que ya han visto enfrentarlas a otras personas, ofreciendo el grupo un amplio abanico de estrategias.

Según el concepto de eficacia de Mark y O'Sullivan (1998), decimos que es eficaz este tratamiento pues cumple los siguientes puntos:

- Reduce o elimina la respuesta de ansiedad.
- Reduce o elimina según los casos la incapacidad (por ej. laboral en la agorafobia, etc.).
- Previene las recaídas a corto y largo plazo.
- Es ampliamente aceptado y tolerado, no tiene efectos adversos, bajo índice de rechazos y abandonos, no interacciona negativamente con otros tratamientos.
- Su efecto es rápido, evitando sufrimientos innecesarios.
- No es solo sintomático, sino también reestructurante vital, propiciando el cambio de estilo de vida.
- Y en algunos casos es el único que se puede aplicar (embarazos, lactancia, problemas con la medicación).

Hemos encontrado algunos problemas al haberse realizado este trabajo de investigación en una institución pública:

- Imposibilidad de grupo control sin tratamiento.
- No se puede aplazar un tratamiento.
- Hay que atender a todos los enfermos no sólo a los que podemos incluir en el programa de investigación. Así mismo, nos llegan casos urgentes, en crisis, que demandan atención inmediata, lo cual, resta tiempo a la labor investigadora.
- Incompatibilidades horarias terapeuta/enfermo que no se pueden evitar.



- La presión asistencial en ocasiones añade dificultad para conservar la pureza metodológica.

Quisiéramos contribuir con este trabajo a señalar, difundir y estimular la utilización de terapia Cognitivo-conductual en formato grupal como el más idóneo para el tratamiento de los trastornos de ansiedad especialmente en el ámbito público.

### AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar queremos mostrar nuestro agradecimiento a la Asociación Madrileña de Salud Mental por su distinción con nuestro trabajo, y en general, por su contribución inestimable a estimular la investigación en un ámbito tan complejo como es la Salud Mental y en particular en la parcela psicoterapéutica.

También agradecer a M<sup>a</sup> Angeles Ruiz, profesora de Modificación de Conducta de la UNED, su colaboración en este estudio, en el asesoramiento metodológico y estadístico.

Por último, pero no menos importante, nuestro sincero agradecimiento a los pacientes, por lo que aprendemos de y con ellos en nuestra práctica clínica diaria, por habernos permitido utilizar sus datos en este estudio.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Ballester R y Botella C. (1992b). Aplicación del programa cognitivo-comportamental de Clark y Salkovskis en grupo. Una alternativa para el tratamiento del pánico. *Análisis y modificación de conducta*, 58, 291-321.
2. Botella C y Ballester R (1997). Trastorno de pánico: Evaluación y Tratamiento. Barcelona. Ediciones Martínez Roca.
3. Butler, Gillian y Arrarás JI. (1991). Manejo de la ansiedad; Programas individual y de grupo. Colec. Cuadernos prácticos de Salud Mental, nº1 y 2. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 1991. Dirección de Salud Mental.
4. Carnwath T y Miller D. Psicoterapia conductual en asistencia primaria, Manual práctico. Barcelona. Ediciones Martínez Roca.
5. Davis M, McKay M y Eshelman ER. (1985) Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona. Ediciones Martínez Roca.
6. Echeburúa E y Corral P. (1992) La agorafobia: Nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento. Valencia. Promolibro.
7. Echeburúa E. (1992) Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid. Ediciones Pirámide.
8. Echeburúa E. (1993) Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
9. Echeburúa E. (1995) Evaluación y tratamiento de la fobia social. Barcelona Ediciones Martínez Roca.
10. Echeburúa E y Corral P. (1991) Eficacia terapéutica de los psicofármacos y de la exposición en el tratamiento de la agorafobia/trastorno de pánico. Una revisión. *Clínica y Salud*, 1991, Vol. 2, Nº.3 - Págs. 243-256.
11. France A, First M, Pincus (1997) DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
12. Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. (1995) Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid. Ediciones Pirámide.
13. Maciá D, Mendez FX. (1993) Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta, estudio de casos. Madrid. Ediciones Pirámide.
14. Marks Isaak M. (1991) Miedos, fobias y rituales. 1. Los mecanismos de la ansiedad 2. Clínica y tratamientos. Barcelona. Ediciones Martínez Roca.
15. O.M.S. (1993). CIE-10. Trastornos Mentales y del comportamiento.
16. Roca Villanueva E y B. (1998) Cómo tratar con éxito el Pánico (con o sin agorafobia). Valencia. ACDE, Ediciones.
17. Sank LI, Shaffer CS. (1993) Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos Bilbao. Editorial Desclee de Brouwer.
18. Suinn RM. (1993) Entrenamiento en manejo de la ansiedad. Bilbao. Editorial Desclee de Brouwer.
19. *Treatment of panic Disorder*. NIH Consensus Conf. Consensus Statement 1991 Sep. 25-27; 9 (2). Declaración de Consenso sobre la angustia.

*Trabajo becado por la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN), en fallo del 12 de junio de 1998 en el curso de las X Jornadas Anuales de dicha Asociación.*

*Persona de contacto para la publicación: Eloisa Basallo Rodríguez. Servicios de Salud Mental. Dto. Retiro. C/ Dr. Castelo, 60. 28009 Madrid. Tfno.: 91.586.85.24 / 586.85.34.*