

Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario

Marcelo Valencia C.*
Gabriela Saldivar*
Edith Rivera*

Summary

Ever since the introduction of neuroleptic medication and the initiation of the deinstitutionalization process, which unfortunately has not been adequately accomplished, a new goal was established for patients suffering from schizophrenia; that is, their return to lead a stable life to the community. The system to treat these patients not only includes the therapeutic implications, but also the treatment outcome; as a result, follow-up studies have been taken into consideration and have become very important because the possibility evaluate of the patient's functioning on the community. It has also been established that persons with schizophrenia suffer from several difficulties known as psychosocial impairments that interfere with their ability to organize an unassisted and stable adjustment to community life.

Psychosocial functioning refers to the evaluation of the patient's psychosocial impairments or difficulties in role performance that interfere with a satisfactory community functioning. Schizophrenic patients usually have difficulties in several areas of functioning. Most of the time they are unable to maintain a steady job (occupational area). Therefore, they do not have economic resources for leading an independent life in the community (economic or money management area). Social contacts are very limited and they lack a social support network (social area) Most patients are single and generally they do not have meaningful or close relationships (marital and non-marital area). Finally, family life might exert a significant influence on the course of schizophrenia (for instance, the risk of relapse) and also in the patient's psychosocial functioning.

The purpose of this article is to report the results of a 30 months community follow-up study of schizophrenic patients using the Psychosocial Functioning Scale. Demographic characteristics, living conditions and psychosocial functioning at 6, 18 and 30 months are reported. Variables such as the use of neuroleptic medication and rehospitalization are analyzed.

The Psychosocial Functioning Scale (PSFS) developed at The Mexican Institute of Psychiatry was administered for the assessment of the patient's psychosocial functioning through an interview at the patient's home by a team of research psychologists and social workers. The PSFS includes information about sociodemographic characteristics, living conditions and family organization. It contains 35 items that cover five major areas of role performance: 1) occupational, 2) social relations, 3) economic or money management, 4)

marital and non-marital sexual roles, 5) family relations as well as global psychosocial functioning. Ratings are made on a five-point scale that indicates the level of satisfaction: 1) very satisfied, 2) satisfied, 3) neutral-indifferent, 4) unsatisfied, 5) very unsatisfied, reported by the patients at follow-up. The PSFS is a semistructured interview that is administered to the patient by a trained interviewer. The Scale is estimated to take about 30 minutes to complete. Validity and reliability had been previously established for the PSFS. A varimax factor analysis was applied and five factors (the five areas of the scale) emerged for the construct validity. This accounted for 52 percent of the total variance. Reliability coefficients for all areas were over .83 ($p = 0.01$): occupational = .83, social = .84, economic = .88, sexual = .96 and familiar = .83.

Subjects included in the present study were 31 schizophrenic patients discharged after a four week hospitalization period from a psychiatric hospital for acute patients. All patients had a clinical diagnosis of schizophrenia at admission; the diagnosis was confirmed on the basis of the DSM-III-R while the patients were still at the hospital, and also at discharge. Patients with a diagnosis of schizophreniform or schizoaffective disorder were not included in the sample. Subjects included in the present study also had to meet the following criteria: more than 18 years of age, male or female, residents of Mexico City and the metropolitan area.

The results showed that 74.2 % of the patients were male and 25.8 % were female, with a mean age of 33 years, 74 % were single and 39 % of the sample had college education, 42 % were unemployed, 29 % performed some housework duties and 29 % were students and house wives.

Psychosocial functioning was reported by the patients as satisfactory (level 2) at 6, 18 and 30 months follow-up in the following areas: occupational, social relations, marital and non-marital sexual roles and family relations and also in the global psychosocial functioning. In the economic or money management area, patients reported role performance as neutral or indifferent (level 3) at 30 months follow-up. Statistically significant differences were observed in the occupational area ($p = .03$) and social relations ($p = .03$) when comparing functioning in this areas at 6 and 30 months follow-up. It is worth mentioning that the most stable area of functioning was in family relations: $\bar{x} = 2.5$ at 6 months; $\bar{x} = 2.6$ at 18 months and $\bar{x} = 2.5$ at 30 months follow-up. A decrease was also observed in the levels of satisfaction in global psychosocial functioning at 6 months ($\bar{x} = 2.5$); at 18 months ($\bar{x} = 2.6$) and at 30 months ($\bar{x} = 2.8$). The patients also reported problems in the use of neuroleptic medication since its use decreased from 74 % at 6 months to 61 % at 18 months and to 51 % at 30 months follow-up. This indicates noncompliance with medication in 50 % of the patients, 30 months after being discharged from the hospital.

Psychosocial functioning levels were compared in patients with medication and patients with no medication. In patients

* División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco. Tlalpan, 14370 México, D.F.

with medication, statistically significant differences were observed in the marital and non-marital sexual area ($p = .03$) at 6 and 18 months, in the occupational area ($p = .03$), in social relations ($p = .03$) in marital and non-marital sexual area ($p = .04$) at 18 and 30 months and in the occupational area ($p = .04$), and social relations ($p = .03$) at 6 and 30 months. In patients with no medication, statistically significant differences were not observed in neither of the five areas of assessment nor in global psychosocial functioning throughout the 30 months follow-up. Similar results were observed in rehospitalized patients. On the other hand, statistically significant differences were found in patients without rehospitalization in the occupational area ($p = .04$) when comparing functioning at 6 and 30 months follow-up. Patients under medication and patients without rehospitalization reported higher levels of satisfaction in global psychosocial functioning in at least two of the three assessment periods during follow-up. This indicates that a direct relationship was found in patients with no medication and the likelihood of being rehospitalized. Therefore, we can conclude that compliance with medication could be a very important factor to prevent rehospitalization in schizophrenic patients. Under this perspective, treatment programs for persons suffering from schizophrenia should include an approach that combines not only the use of neuroleptic medication, but the enhancement to maintain the use of medication, as well as the inclusion of psychosocial factors associated with the illness. In the 1970's assessment of psychosocial functioning it became an important part of the evaluation of the patient's situation in the hospital and the community; in the 1990's this is a prerequisite for measuring change in follow-up studies in schizophrenic patients.

Key words: Psychosocial functioning, schizophrenia, community follow-up, neuroleptic medication, rehospitalization.

Resumen

En el presente trabajo se informan sobre los resultados obtenidos en 31 pacientes esquizofrénicos dados de alta de un hospital psiquiátrico, a quienes se les hizo un seguimiento de 30 meses para observar su funcionamiento psicosocial comunitario. Se analizan las variables sociodemográficas, el funcionamiento psicosocial, el uso de medicamentos neurolepticos y las rehospitalizaciones. Para evaluar a los pacientes se utilizó la Escala de Funcionamiento Psicosocial, instrumento que incluye datos sociodemográficos, condiciones de vivienda y composición familiar, y por medio de 35 reactivos se evalúa el funcionamiento psicosocial del paciente en cinco áreas: ocupacional, social, económica, sexual y familiar. Este instrumento presenta un alto grado de validez y confiabilidad para usarse en México.

Respecto al funcionamiento psicosocial, se encontró que los pacientes dijeron sentirse satisfechos (Nivel 2) a los 6, 18 y 30 meses de seguimiento, en todas las áreas así como en el funcionamiento psicosocial global, exceptuando el área económica, en la cual se ubicaron en el Nivel 3 de neutral-indiferente a los 30 meses de seguimiento. En el área ocupacional y social se encontraron diferencias significativas al comparar el funcionamiento en estas áreas a los 6 y a los 30 meses. Se observó una disminución en el funcionamiento psicosocial global: a los 6 meses: $\bar{x} = 2.5$; a los 18 meses: $\bar{x} = 2.6$; y a los 30 meses: $\bar{x} = 2.8$. El uso de medicamentos neurolepticos disminuyó de 74.1 % a los 6 meses a 61.2 % a los 18 meses, y a 51.9 % a los 30 meses, lo cual indica la falta de adhesión terapéutica en la mitad de la muestra de pacientes.

Al comparar los niveles de funcionamiento psicosocial en los pacientes que toman medicamentos neurolepticos, se encontraron diferencias significativas en el área sexual a los 6 y a los 18 meses; en el área ocupacional, en el área social y en el área sexual a los 18 y a los 30 meses, y también en el área ocupacional y en el área social a los 6 y a los 30 meses. En los pacientes que no tomaron medicamentos no se encontraron diferencias significativas ni por área, ni en el fun-

cionamiento psicosocial global a lo largo de los 30 meses de seguimiento. Tampoco se encontraron diferencias significativas en los pacientes que fueron rehospitalizados. Finalmente, en los pacientes que no tuvieron que ser rehospitalizados se encontraron diferencias significativas en el área ocupacional al compararlos a los 6 y a los 30 meses de seguimiento.

Los pacientes que tomaron medicamentos neurolepticos, al igual que los pacientes que no fueron hospitalizados, presentaron mejores niveles de funcionamiento psicosocial global en por lo menos dos de las tres etapas de seguimiento, lo cual indica la existencia de una relación directa entre el hecho de no usar medicamentos neurolepticos y la probabilidad de ser rehospitalizado por lo que se concluye que la adhesión terapéutica (no dejar de tomar los medicamentos) puede ser un factor que evite la rehospitalización de los pacientes esquizofrénicos.

Palabras clave: Funcionamiento psicosocial, esquizofrenia, seguimiento comunitario, uso de medicamentos neurolepticos, rehospitalización.

Introducción

Un aspecto importante que cambió la situación del paciente psiquiátrico institucionalizado fue la aparición de los medicamentos neurolepticos, en la década de los años cincuenta, que provocaron la remisión total o parcial de la sintomatología y, como consecuencia, el inicio del proceso de desinstitucionalización de los pacientes, en quienes se encontró una serie de incapacidades que les impedían desempeñarse satisfactoriamente en la comunidad.

Estas incapacidades provocaron el interés en estudiar la vida o la situación del paciente esquizofrénico fuera del hospital, abordando los aspectos o las dificultades personales para el autocuidado, el contacto social, las relaciones familiares, la búsqueda de vivienda o el acomodo del paciente en la comunidad, así como el ambiente en que éste se desempeñaba; combinando, de esta forma, aspectos psicológicos y sociales de la vida del paciente. A partir de entonces se reconocieron los factores psicológicos y sociales denominados *psicosociales*, como elementos importantes en el inicio, curso y tratamiento de la esquizofrenia, los cuales, sumados a los aspectos biológicos, conforman el actual modelo biopsicosocial de atención a este tipo de pacientes. Los factores psicosociales se refieren a las "características psicológicas o atributos del individuo, en este caso del paciente, y a su ambiente social que contribuyen de manera importante a la iniciación, evolución, tratamiento y seguimiento del trastorno esquizofrénico" (41).

Los factores psicosociales ya han sido claramente identificados en los pacientes esquizofrénicos, entre los que se pueden mencionar: su dificultad para conseguir y conservar un trabajo, la escasa red de apoyo social con que cuentan, la falta de una relación de pareja, las dificultades para manejar su sexualidad, los problemas económicos que tienen debido a la falta de ingresos, lo cual les impide contar con una vivienda que les permita llevar una vida independiente, lo que provoca un alto grado de dependencia de la familia. Esta dependencia ocasiona una serie de problemas que provienen de la misma familia y de las dificultades para lidiar con un paciente esquizofrénico en el hogar.

A esto se le puede añadir la reticencia de los pacientes a tomar sus medicamentos, lo que provoca recaídas y, como consecuencia, la necesidad de hospitalizarlos de nuevo. Brown (7) en la década de los años 50, hizo aportaciones importantes cuando estudió los aspectos psicosociales del paciente esquizofrénico y su familia, tratando de identificar cuáles son los factores del ambiente familiar que pueden propiciar la recaída después de salir del hospital, para lo cual desarrolló el constructo denominado "emoción expresada" (EE), que se refiere a las actitudes críticas y a la excesiva involucración de la familia con el paciente. Brown dividió a las familias en dos grupos: las de alta expresión emocional, o EE alta, y las de baja expresión emocional, o EE baja, y encontró que los pacientes que pertenecían a familias con EE alta habían recaído en un 76 %, a diferencia de los pacientes cuya familia era de EE baja, con solamente 28 % de recaídas. También encontró que los pacientes más expuestos a recaer eran aquellos cuyas familias eran de EE alta, que no tomaban regularmente el medicamento y que pasaban más tiempo con su familia; de estos pacientes recayó el 92 %. Estos resultados demuestran la importancia que tienen los factores psicosociales, en este caso, del área familiar, en los pacientes esquizofrénicos (7).

En el modelo biopsicosocial el estudio del paciente esquizofrénico implica que, además de realizar los estudios clínicos correspondientes, es necesario evaluar el funcionamiento psicosocial del paciente, considerando las recomendaciones surgidas de las investigaciones hechas en esta área de estudio respecto al manejo de este tipo de pacientes, los cuales necesitan tomar medicamentos y recibir algún tipo de intervención psicosocial (46).

El funcionamiento psicosocial de los pacientes psiquiátricos y, en especial, del paciente esquizofrénico, ha sido reconocida como un área de mucha importancia en el campo de la salud mental. A partir de la década de los años 50 se empezó a diseñar una gran cantidad de instrumentos para evaluar y estudiar esta área de estudio en términos de ajuste, desajuste, habilidades e incapacidades y funcionalidad y disfuncionalidad psicosocial de los pacientes psiquiátricos. En dos publicaciones importantes, Weissman (43,44) revisó más de 25 instrumentos de investigación desarrollados para evaluar el funcionamiento psicosocial, término con el cual se denomina actualmente esta área de estudio. El reconocimiento de la importancia de los factores psicosociales está claramente establecido, y prueba de ello es su inclusión en uno de los ejes del DSM-III-R, que permite evaluar el funcionamiento global del paciente (GAF) en un eje distinto al de la sintomatología (15).

La evaluación del funcionamiento psicosocial se ha constituido en un elemento central en los estudios de seguimiento de los pacientes esquizofrénicos, ya que estos sufren de diversas dificultades psicosociales que interfieren en su funcionamiento comunitario (1,3,42). Sus relaciones sociales son muy reducidas; cuando se relacionan, lo hacen más con otros pacientes que con la demás gente que no muestra interés en interactuar con ellos (8,12,19,33). Los pacientes esquizofrénicos viven en un mundo muy distinto al de las personas normales o neuróticas, inclusive si mejora

su sintomatología. Las incapacidades que resultan de las dificultades para funcionar psicosocialmente pueden ser graves y crónicas. Estas incapacidades impiden el funcionamiento y el desempeño satisfactorio, y hacen que disminuya la calidad de vida de los pacientes. Diversos autores (1,4,20,22) han indicado las dificultades de funcionamiento psicosocial en el seguimiento de los pacientes esquizofrénicos, y consideran que éstas se deben a la reducida red de interacción social, así como a la carencia de apoyo social de estos pacientes. En consecuencia, el apoyo social, así como el hecho de tener contacto con amigos, son indicadores de un mejor pronóstico y de un mejor funcionamiento psicosocial en los pacientes esquizofrénicos.

La habilidad que adquiera el paciente para funcionar de una manera apropiada y satisfactoria es importante, ya que puede incrementar sus posibilidades de interacción social. Si por el contrario, el paciente tiene dificultades para funcionar psicosocialmente, esto podría provocar que aumentaran las críticas y la hostilidad de los familiares del paciente y de la comunidad, lo que siempre se ha relacionado con la probabilidad de recaer y de que se le rehospitalice (26,36).

En México, Valencia, Valencia y Saldívar y Valencia, Saldívar y Rivera (38,40,41) han hecho estudios de seguimiento en pacientes esquizofrénicos.

Se recomienda hacer estudios de seguimiento, ya que proporcionan información útil para el clínico, para el investigador y, sobre todo, para poder ayudar de manera más integral al paciente esquizofrénico (5,9,10,14,17,28,30,34).

La importancia del ambiente social y familiar han permitido identificar y determinar las probabilidades de recaídas en los pacientes; por eso, actualmente se recomienda aplicar programas de intervención psicosocial con el fin de reducir las recaídas de los pacientes. En algunos casos, las intervenciones han permitido identificar a los pacientes en riesgo de recaer por convivir con familiares que expresan sus emociones de manera exagerada (23,25).

Las diversas escalas que permiten evaluar el funcionamiento psicosocial de los pacientes esquizofrénicos, incluyen aspectos como: el trabajo, el estudio u alguna ocupación; las relaciones sociales e interpersonales; el funcionamiento familiar, las actividades recreativas, las relaciones de pareja, las relaciones sexuales, las habilidades para manejar el dinero, la conducta global del paciente, la sintomatología, etc. (2,6,8,11,13,15,16,18,21,24,25,27,29,31,32,35,36,37,43,44,45).

El estudio del funcionamiento psicosocial para la presente investigación se ha conceptualizado partiendo del supuesto de que toda sociedad tiene una serie de expectativas respecto a los diversos roles que pueden desempeñar los individuos que la componen. El funcionamiento psicosocial se define como "los roles que desempeña el individuo, en este caso el paciente, en su interacción con otros individuos dentro del medio ambiente en que se desenvuelve" (39). Este desempeño de roles lo lleva a cabo en las distintas áreas de su vida: 1) ocupacional, 2) social, 3) sexual, 4) económica y 5) familiar, áreas que conforman la escala que permite evaluar el funcionamiento psicosocial del paciente esquizofrénico en la comunidad.

En este trabajo se indican los resultados obtenidos por medio de un estudio de seguimiento de 30 meses de duración en pacientes esquizofrénicos. Se analizan las variables sociodemográficas, el funcionamiento psicosocial, el uso de medicamentos y las subsecuentes hospitalizaciones.

Metodología

Sujetos

La población estudiada estuvo conformada por 31 pacientes esquizofrénicos dados de alta durante los meses de enero a julio de 1991, de un hospital psiquiátrico localizado al sur de México, D.F.

Los sujetos se incluyeron tomando en cuenta los criterios de admisión al estudio: que fueran mayores de 18 años, de uno u otro sexo, que residieran en México, D.F. o en la zona metropolitana, y que hubieran recibido un diagnóstico primario de esquizofrenia, determinado por los psiquiatras, en el momento de ser hospitalizados, y corroborado durante el internamiento y al darlos de alta. Se logró conformar una muestra inicial de 80 pacientes que cumplieron los criterios de admisión.

Procedimiento

Se utilizó un diseño longitudinal y prospectivo por medio del cual se evaluó a los pacientes a los 6, 18 y 30 meses después de haber salido del hospital, lográndose conformar una muestra de 31 pacientes a quienes se les hizo el seguimiento correspondiente en los meses arriba mencionados.

El seguimiento y la evaluación de los sujetos se hizo por medio de visitas a su domicilio por un equipo debidamente capacitado para aplicar el instrumento de investigación con una entrevista directa con el paciente que duraba aproximadamente una hora. El procedimiento que se utilizó para llevar a cabo el seguimiento consistió en acudir al domicilio del paciente, a quien se le explicaba que el objetivo de la visita consistía en conocer su estado de salud así como su funcionamiento en la comunidad. Se solicitaba su autorización para llevar a cabo la evaluación, se procedía a hacer la entrevista y, en consecuencia, aplicar la Escala de Funcionamiento Psicosocial. En algunos casos, si era conveniente y necesario, se solicitaba la autorización de algún familiar que estuviera presente en ese momento, para hacer la evaluación del paciente. En el análisis de este trabajo se incluyeron solamente aquellos pacientes que habían sido evaluados en todas las etapas: a los 6, 18 y 30 meses de seguimiento, logrando una muestra de 31 pacientes que corresponde a 39 % de los pacientes entrevistados.

No se pudo entrevistar a los demás debido, entre otras razones, a que se encontraban hospitalizados.

Instrumento

Para evaluar a los pacientes se utilizó la Escala de Funcionamiento Psicosocial desarrollada por Valencia

(39) en el Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud del Instituto Mexicano de Psiquiatría. El instrumento incluye datos sociodemográficos, condiciones de vivienda, composición familiar y, a su vez, permite evaluar el funcionamiento psicosocial del paciente por medio de 35 reactivos divididos en cinco áreas: ocupacional, social, económica, sexual y familiar por medio de un continuo de satisfacción-insatisfacción (1 = muy satisfecho; 2 = satisfecho; 3 = neutral-indiferente; 4 = insatisfecho; 5 = muy insatisfecho) que contesta el paciente respecto a su funcionamiento psicosocial comunitario. Este instrumento presenta un alto grado de validez y confiabilidad para usarse en México (39).

Resultados

En el cuadro 1 se observan las variables sociodemográficas de los 31 pacientes esquizofrénicos, entre las cuales se destaca que 74.2 % corresponde al sexo masculino; 49 % se encuentra entre los 26 y 35 años, con una media de 33 años; respecto al estado civil, 74 % es soltero y el 26 % restante menciona haber tenido o mantener actualmente una relación de pareja. En cuanto a la escolaridad, en general tienen una buena educación, encontrándose que 39 % tiene estudios universitarios aunque no se tenga la certeza de que los hayan concluido. Respecto a la ocupación, 42 % de los pacientes no trabaja, y 29 % indicó tener alguna actividad ocupacional o trabajar con la familia, y el resto estudian o son amas de casa (29 %).

Niveles de funcionamiento psicosocial

Para fines descriptivos de la Escala de Funcionamiento Psicosocial, se presentan las medias de la escala por área, y las medias de funcionamiento psicosocial global en cada una de las etapas de seguimiento. Se analizaron las diferencias significativas que se encontraron en cada área y en cada periodo de evaluación por medio de una prueba de MANOVA (análisis multivariado de varianzas); además, se compararon las medias y las diferencias significativas de los niveles de funcionamiento psicosocial de los pacientes que usaron y de los que no usaron medicamentos neurolépticos, y de aquellos que fueron y de los que no fueron rehospitalizados. El parámetro que se utilizó para definir el "uso de medicamentos" se refiere a aquellos pacientes que "tomaron sus medicamentos neurolépticos de acuerdo con la prescripción e indicaciones del psiquiatra, en las tres etapas del seguimiento: a los 6, 18 y 30 meses". El seguir las indicaciones médicas respecto al uso de medicamentos indica que estos pacientes presentaban "adhesión terapéutica", término que es equivalente al cumplimiento en el "uso de medicamentos". Por el contrario, el "no usar medicamentos" se refiere a todos aquellos pacientes "que no tomaron sus medicamentos neurolépticos y por lo tanto no cumplieron con la prescripción e indicaciones del psiquiatra a lo largo de las tres etapas de seguimiento". A los pacientes que no cumplieron con este parámetro se les puede considerar como sujetos que carecen de "adhesión terapéutica".

CUADRO 1
Características sociodemográficas y composición familiar N = 31

	F	%			
Sexo					
Masculino	23	74.2			
Femenino	8	25.8			
Edad					
21-25	6	19			
26-30	8	26			
31-35	7	23			
36-40	5	16			
41-45	2	6			
46-50	1	3			
51-55	2	6			
$\bar{x} = 33$					
Escolaridad					
Primaria incompleta	1	3			
Primaria completa	3	10			
Secundaria incompleta	4	13			
Secundaria completa	5	16			
Comercio	3	10			
Preparatoria	3	10			
Universidad	12	39			
Estado Civil					
Soltero	23	74			
Casado	4	13			
Viudo	1	3			
Divorciado	2	7			
Madre soltera	1	3			
Ocupación					
Trabaja	9	29			
Estudia y trabaja	1	3			
Ama de casa	5	16			
Estudiante	3	10			
No trabaja	13	42			
Vive en:					
Casa	28	90			
Departamento	3	10			
Paga renta:					
Sí	4	13			
No	27	87			
Composición familiar					
	Tiene	%	Vive con usted	No aplicable	
			%	F	
				%	
Padre	SI	65	45	5	16
Madre	SI	68	58	5	16
Esposo	SI	13	7	19	61
Esposa	SI	16	13	12	39
Hermanos	SI	84	67	3	10
Hijos	SI	23	19	5	16
Abuela	SI	10	3	2	2
Abuelo	SI	7	3	2	6
Otros	SI	39	35	8	26

Por otro lado, la definición de "rehospitalización" se refiere a los "pacientes que por diversas razones fueron internados o rehospitalizados en algún hospital psiquiátrico en las tres etapas de seguimiento, es decir, a los 6, 18 y 30 meses". La definición de pacientes

CUADRO 2
Funcionamiento psicosocial a los 6, 18 y 30 meses de seguimiento (N = 31)

Áreas	6 meses		18 meses		30 meses	
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
Ocupacional	2.2	.59	2.4	.70	2.7*	.80
Social	2.4	.61	2.5	.60	2.6	.65
Económica	2.8	.72	2.9	.85	3.0	.82
Sexual	2.8	.49	2.6	.73	2.8	.67
Familiar	2.4	.80	2.5	.83	2.5	.44
Media global	2.5	.55	2.6	.65	2.8	.42

1 = Muy satisfecho, 2 = Satisfecho, 3 = Neutral/indiferente,

4 = Insatisfecho 5 = Muy satisfecho

*p = .03 de los 6 a los 30 meses de seguimiento.

"no rehospitalizados" se refiere a "aquellos sujetos que no fueron internados en ningún hospital psiquiátrico en ninguna de las 3 etapas de seguimiento".

En el cuadro 2 se comparan las medias por área y globalmente de los niveles de funcionamiento psicosocial a los 6 y a los 18 meses, y a los 30 meses de seguimiento. En todas las áreas, así como en el funcionamiento psicosocial global y en todas las etapas, los pacientes se ubicaron en el nivel 2, que indica que se encontraban satisfechos en todo, menos en el área económica, respecto a la cual los pacientes se ubicaron en el nivel 3, que indica que se encontraban en la categoría de neutral o indiferente a los 30 meses de seguimiento. Se encontraron diferencias significativas en el área ocupacional: $\bar{x} = 2.2$ y $\bar{x} = 2.7$ $p = .03$ y social: $\bar{x} = 2.4$ y $\bar{x} = 2.6$ $p = .03$ al compararlas a los 6 y 30 meses de seguimiento, lo cual indica que disminuyó su nivel de satisfacción por su funcionamiento en estas dos áreas.

Al analizar las medias de cada área, así como del funcionamiento global en las tres etapas del seguimiento, se observó claramente que habían disminuido los niveles de satisfacción de los 6 a los 18 meses, y de los 18 a los 30 meses. Aunque estas diferencias son básicamente de grado, se observan en el mismo nivel 2 de satisfacción, con excepción del área económica, en la cual a los 6 meses ($\bar{x} = 2.8$) y a los 18 meses ($\bar{x} = 2.9$) los pacientes reportaron niveles de satisfacción pero con tendencia hacia lo neutral-indiferente, que finalmente, es su nivel de funcionamiento ($\bar{x} = 3.0$) a los 30 meses de seguimiento.

En las áreas ocupacional ($\bar{x} = 2.7$), social ($\bar{x} = 2.6$), sexual ($\bar{x} = 2.8$) y económica ($\bar{x} = 3.0$) es donde más se notan estas diferencias, observándose una tendencia a lo neutral-indiferente a los 30 meses. Cabe mencionar que el área económica es la más afectada, con una $\bar{x} = 3.0$ que corresponde al nivel de neutral-indiferente en la última etapa de seguimiento. En el área sexual, en la primera ($\bar{x} = 2.8$) y en la última etapa ($\bar{x} = 2.8$), a los 6 y a los 30 meses, respectivamente, los pacientes reportaron una tendencia a lo neutral-indiferente; sin embargo, en la segunda etapa se observó una mejoría en los pacientes $\bar{x} = 2.6$. En el área familiar los pacientes presentaron niveles con una *tendencia* constante a la satisfacción en las tres etapas: $\bar{x} = 2.4$ a los 6 meses, $\bar{x} = 2.5$ a los 18 meses y $\bar{x} = 2.5$ a los 30 meses. En la media global de la Escala dismi-

CUADRO 3
Cuadro comparativo del uso de medicamentos y rehospitalizaciones durante el seguimiento

Variables		6 meses		18 meses		30 meses	
		F	%	F	%	F	%
Uso de medicamentos	Sí	23	74.1	19	61.2	16	51.9
	No	8	25.9	12	38.8	14	48.1
Rehospitalizaciones	Sí	10	32.2	11	35.4	5	19.3
	No	21	67.8	20	64.6	25	80.7

nuyeron los niveles de satisfacción a lo largo del seguimiento: $\bar{x} = 2.5$ a los 6 meses; $\bar{x} = 2.6$ a los 18 meses y $\bar{x} = 2.8$ a los 30 meses. La última etapa es un reflejo de esta situación.

Uso de medicamentos neurolépticos y las rehospitalizaciones

En el cuadro 3 se condensa la información sobre el uso de medicamentos neurolépticos, así como de las rehospitalizaciones de los pacientes. En cuanto al uso de medicamentos, se observó que al principio del seguimiento de seis meses, 74.1 % tomaba su medicamento, pero este porcentaje disminuyó a 61.2 % a los 18 meses, y a 51.9 % a los 30 meses. En cuanto a las rehospitalizaciones, los resultados son más variables, ya que en las dos primeras etapas se rehospitalizó al 32.2 % a los 6 meses, y al 35.4 % a los 18 meses, respectivamente, y al 19.3 % en la 3a etapa a los 30 meses. Tomando en cuenta la importancia de la rehospitalización y el uso de medicamentos, también se presentan algunos resultados sobre la relación entre ambas situaciones, considerando los niveles de funcionamiento psicosocial que presentan los pacientes durante el seguimiento.

Funcionamiento psicosocial de los pacientes que usaron medicamentos neurolépticos

En el cuadro 4 se comparan los niveles de funcionamiento psicosocial de los pacientes que usaron medi-

camentos a los 6, 18 y 30 meses de seguimiento, respectivamente.

En términos generales, se observa que los pacientes reportaron niveles de satisfacción (nivel 2) en todas las áreas y en todas las etapas, con excepción del área económica, en la cual se ubicaron en el nivel 3 ($\bar{x} = 3.1$) que corresponde a neutral-indiferente, únicamente a los 30 meses de seguimiento.

Se encontraron diferencias significativas en el área sexual ($p = .03$) al comparar el nivel de funcionamiento; $\bar{x} = 2.7$ a los 6 meses y $\bar{x} = 2.3$ a los 18 meses, lo que indica un mejor nivel de funcionamiento en esta área a los 18 meses. También se encontraron diferencias significativas en las áreas ocupacional, social y sexual al comparar los niveles de funcionamiento psicosocial a los 18 y 30 meses de seguimiento: área ocupacional, $\bar{x} = 2.2$ versus $\bar{x} = 2.6$, $p = .03$. Área social, $\bar{x} = 2.4$ versus $\bar{x} = 2.8$, $p = .03$ y área sexual, $\bar{x} = 2.3$ versus $\bar{x} = 2.8$, $p = .04$, respectivamente. De igual forma, al comparar los niveles de funcionamiento psicosocial a los 6 y 30 meses de seguimiento, se encontraron diferencias significativas en las áreas ocupacional ($\bar{x} = 2.0$ versus $\bar{x} = 2.6$ $p = .04$) y social ($\bar{x} = 2.3$ versus $\bar{x} = 2.8$ $p = .03$) en las etapas mencionadas.

Al analizar las medias de los pacientes que usaron medicamentos en las 3 etapas de seguimiento se observó una disminución en los niveles de funcionamiento de todas las áreas, así como del funcionamiento psicosocial global. La única excepción fue el área sexual a los 18 meses, etapa en la cual los pacientes mejoraron su funcionamiento ($\bar{x} = 2.3$) en comparación con lo reportado a los 6 meses ($\bar{x} = 2.7$), sin embargo, su nivel nuevamente disminuyó a los 30 meses de se-

CUADRO 4
Funcionamiento psicosocial de los pacientes que usan medicamentos neurolépticos a los 6, 18 y 30 meses de seguimiento

Áreas	6 meses (N = 23)		18 meses (N = 19)		30 meses (N = 16)	
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
Ocupacional	2.0	.46	2.2	.51	2.6**	.85
Social	2.3	.55	2.4	.60	2.8***	.79
Económica	2.8	.75	2.8	.95	3.1	1.00
Sexual	2.7*	.55	2.3	.63	2.8	.78
Familiar	2.2	.77	2.4	.82	2.5	.6
Media global	2.4	.56	2.4	.57	2.8	.52

1 = Muy satisfecho, 2 = Satisfecho, 3 = Neutral/Indiferente, 4 = Insatisfecho, 5 = Muy satisfecho.

* $p = .03$ de los 6 a los 18 meses de seguimiento

** $p = .03$ de los 6 a los 30 meses de seguimiento

*** $p = .04$ de los 6 a los 30 meses de seguimiento

CUADRO 5
Funcionamiento psicosocial de los pacientes que no usan medicamentos neurolépticos, a los 6, 18 y 30 meses de seguimiento

Áreas	6 meses (N = 8)		18 meses (N = 12)		30 meses (N = 14)		P
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	
Ocupacional	2.5	.76	2.8	.83	2.7	.77	NS
Social	2.7	.69	2.7	.55	2.5	.41	NS
Económica	3.0	.63	3.0	.72	2.9	.55	NS
Sexual	3.1	.11	3.1	.66	2.7	.54	NS
Familiar	2.9	.66	2.8	.80	2.5	.43	NS
Media global	2.9	.36	2.9	.64	2.7	.24	NS

1 = Muy satisfecho, 2 = Satisfecho, 3 = Neutral indiferente, 4 = Insatisfecho, 5 = Muy satisfecho.

guimiento ($\bar{x} = 2.8$). Esta disminución en los niveles de funcionamiento, si bien indica diferencias de grado dentro del mismo nivel de satisfacción (nivel 2), presenta una clara tendencia en las áreas ocupacional ($\bar{x} = 2.6$), social ($\bar{x} = 2.8$) y sexual ($\bar{x} = 2.8$) y en su funcionamiento psicosocial global ($\bar{x} = 2.8$), hacia el nivel 3 de neutral-indiferente ($\bar{x} = 3.1$).

Solamente en el área familiar los pacientes se mantuvieron más estables: $\bar{x} = 2.2$ a los 6 meses; $\bar{x} = 2.4$ a los 18 meses y $\bar{x} = 2.5$ a los 30 meses; aunque sus niveles de satisfacción disminuyeron, no presentaron tendencias a lo neutral-indiferente, sino que más bien se mantuvieron en el nivel 2, que indica satisfacción respecto a su funcionamiento.

Funcionamiento psicosocial en pacientes que no usaron medicamentos neurolépticos

En el cuadro 5 se presentan los niveles de funcionamiento psicosocial de los pacientes que no usaron medicamentos neurolépticos en las tres etapas de seguimiento. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las áreas ni en el funcionamiento psicosocial global al comparar los niveles de funcionamiento a los 6, 18 y 30 meses de seguimiento.

Los pacientes que no usaron medicamentos neurolépticos, se ubicaron, en general, a lo largo de todo el seguimiento, en el nivel 2, lo que indica que estaban satisfechos de su funcionamiento, encontrándose solamente diferencias de grado, pero dentro del mismo nivel, en las áreas ocupacional, social, sexual y familiar, así como en el funcionamiento global. En el área económica, los pacientes se ubicaron en el nivel de neutral-indiferente (nivel 3): $\bar{x} = 3.0$ a los 6 meses; $\bar{x} = 3.0$ a los 18 meses y $\bar{x} = 2.9$ a los 30 meses, mostrando una ligera mejoría, y ubicándose en esta etapa en el nivel 2, pero con tendencias al nivel 3 de neutral-indiferente.

Al observar las medias en todas las etapas, se encontró que a los 18 meses es cuando los pacientes presentaron los peores niveles de funcionamiento en las áreas ocupacional, social, económica y sexual, así como en el funcionamiento psicosocial global. Sin embargo, a los 30 meses los pacientes mejoraron su nivel de funcionamiento en todas las áreas, así como en el funcionamiento psicosocial global, ubicándose en el nivel de satisfacción (nivel 2), y encontrándose una

tendencia al nivel 3 de neutral-indiferente en el área ocupacional $\bar{x} = 2.7$, económica $\bar{x} = 2.9$; sexual $\bar{x} = 2.7$ y global $\bar{x} = 2.7$, respectivamente.

Funcionamiento psicosocial en los pacientes rehospitalizados

La comparación de los niveles de funcionamiento psicosocial de los pacientes que fueron rehospitalizados a lo largo de los 30 meses de seguimiento, aparece en el cuadro 6. No se encontraron diferencias significativas al comparar las áreas ni en el funcionamiento psicosocial global en las 3 etapas de seguimiento.

Los pacientes reportaron, en general, niveles de satisfacción (nivel 2) en el área ocupacional, social y familiar, y en el funcionamiento psicosocial global. En el área social, los pacientes disminuyeron su nivel de satisfacción ($\bar{x} = 2.6$ a los 6 meses; $\bar{x} = 2.8$ a los 18 meses y $\bar{x} = 2.9$ a los 30 meses) lo que indica tendencias a lo neutral-indiferente (nivel 3). Lo mismo ocurrió en la media global: $\bar{x} = 2.5$ a los 6 meses, $\bar{x} = 2.9$ a los 18 meses y $\bar{x} = 2.8$ a los 30 meses.

Otra área de difícil funcionamiento es la sexual, en la cual los pacientes reportaron sentirse satisfechos a los 6 meses ($\bar{x} = 2.8$) y a los 30 meses ($\bar{x} = 2.7$), pero con tendencias a lo neutral-indiferente (nivel 3) en ambas etapas. Sin embargo, a los 18 meses los pacientes disminuyeron su nivel de funcionamiento y por lo tanto, de satisfacción, ubicándose en el nivel de neutral-indiferente: $\bar{x} = 3.1$ (nivel 3). En el área económica se muestran resultados más constantes ya que en las 3 etapas de seguimiento los pacientes se ubicaron en el nivel 3 de neutral-indiferente: $\bar{x} = 3.1$ a los 6 meses, $\bar{x} = 3.1$ a los 18 meses y $\bar{x} = 3.4$ a los 30 meses. Respecto al área familiar, se puede decir que los niveles, aunque son satisfactorios (nivel 2), indican una tendencia a lo neutral-indiferente (nivel 3): $\bar{x} = 2.7$, $\bar{x} = 2.9$ y $\bar{x} = 2.7$ en las tres etapas de seguimiento, respectivamente. Algo similar ocurre en el funcionamiento psicosocial global: $\bar{x} = 2.5$ a los 6 meses, $\bar{x} = 2.9$ a los 18 meses y $\bar{x} = 2.8$ a los 30 meses.

Funcionamiento psicosocial de los pacientes rehospitalizados

En el cuadro 7 aparecen los resultados de los niveles de funcionamiento psicosocial de los pacientes rehospitalizados a lo largo de los 30 meses de seguimiento. Se encontraron diferencias significativas en el área ocupacional: $\bar{x} = 2.1$ y $\bar{x} = 2.7$ ($p = .04$), al compararlos a los 6 y a los 30 meses de seguimiento, lo que indica que disminuyó el nivel de funcionamiento en esta área a los 30 meses de seguimiento, al revés de lo que ocurrió en las comparaciones anteriores, en las que en algunas áreas, los pacientes presentaron niveles de neutral-indiferente (nivel 3). En este caso, los pacientes que no fueron rehospitalizados reportaron niveles satisfactorios de funcionamiento (nivel 2) en todas las áreas, así como en el funcionamiento psicosocial global. En la segunda etapa de seguimiento, es decir, a los 18 meses, es en la que los pacientes que no fueron rehospitalizados presentaron los mejores niveles de funcionamiento, y reportaron sentirse satis-

CUADRO 6
Funcionamiento psicosocial de los pacientes rehospitalizados a los 6, 18 y 30 meses de seguimiento

Áreas	6 meses (N = 10)		18 meses (N = 11)		30 meses (N = 5)		P
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	
Ocupacional	2.3	.62	2.8	.89	2.5	.68	NS
Social	2.6	.62	2.8	.60	2.9	.67	NS
Económica	3.1	.72	3.1	.82	3.4	.74	NS
Sexual	2.8	.46	3.1	.81	2.7	.76	NS
Familiar	2.7	.72	2.9	.83	2.7	.34	NS
Media global	2.5	.36	2.9	.75	2.8	.27	NS

1 = Muy satisfecho, 2 = Satisfecho, 3 = Neutral indiferente, 4 = Insatisfecho, 5 = Muy satisfecho.

CUADRO 7
Funcionamiento psicosocial de los pacientes no
rehospitalizados a los 6, 18 y 30 meses
de seguimiento

Áreas	6 meses (N = 21)		18 meses (N = 20)		30 meses (N = 25)		P
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	
Ocupacional	2.1	.58	2.2	.49	2.7	.83	.04
Social	2.3	.59	2.4	.55	2.6	.65	NS
Económica	2.7	.70	2.8	.87	2.9	.83	NS
Sexual	2.8	.54	2.4	.59	2.8	.60	NS
Familiar	2.2	.81	2.4	.79	2.5	.45	NS
Media global	2.6	.65	2.4	.53	2.7	.45	NS

1 = Muy satisfecho, 2 = Satisfecho, 3 = Neutral indiferente, 4 = Insatisfecho, 5 = Muy satisfecho.

* p = .04 de los 6 a los 30 meses de seguimiento.

fechos (nivel 2) en todas las áreas, así como en el funcionamiento psicosocial global ($\bar{x} = 2.4$). Sin embargo, al comparar las diferencias entre los 6 y los 30 meses, se observa que disminuyó al nivel de satisfacción de las áreas ocupacional ($\bar{x} = 2.1$ y $\bar{x} = 2.7$), social ($\bar{x} = 2.3$ y $\bar{x} = 2.6$), económica ($\bar{x} = 2.7$ y $\bar{x} = 2.9$) y familiar ($\bar{x} = 2.2$ y $\bar{x} = 2.5$) así como en el funcionamiento psicosocial global ($\bar{x} = 2.6$ y $\bar{x} = 2.7$). Solamente en el área sexual se mantuvo el nivel de satisfacción ($\bar{x} = 2.8$ y $\bar{x} = 2.8$) en estas dos etapas de seguimiento, aunque con tendencias al nivel 3 de neutral-indiferente.

Funcionamiento psicosocial de los pacientes que usaron y de los que no usaron medicamentos neurolépticos

Finalmente, es importante comparar los niveles de funcionamiento de los pacientes que usaron y de los que no usaron medicamentos neurolépticos a lo largo de los 30 meses de seguimiento, considerando las tres etapas de evaluación: la primera etapa a los 6 meses, la segunda etapa a los 18 meses y la tercera etapa a los 30 meses. En los cuadros 4 y 5 se observa que los pacientes que usaron medicamentos se encontraban más satisfechos en la primera etapa (a los 6 meses) $\bar{x} = 2.4$, y en la segunda etapa (18 meses) $\bar{x} = 2.4$, que los pacientes que no usaron medicamentos en estas etapas ($\bar{x} = 2.9$ y $\bar{x} = 2.9$, respectivamente). Solamente en la 3a etapa (a los 30 meses) los pacientes que no usaron medicamentos ($\bar{x} = 2.7$) se encontraban ligeramente más satisfechos que los pacientes que usaron medicamentos ($\bar{x} = 2.8$), pero siempre dentro del mismo nivel 2, lo que indica un grado de satisfacción. Si bien los pacientes que no usaron medicamentos reportaron niveles de satisfacción en todas las etapas: $\bar{x} = 2.9$ a los 6 meses, $\bar{x} = 2.9$ a los 18 meses y $\bar{x} = 2.7$ a los 30 meses, estos resultados indican una tendencia al nivel 3 de neutral-indiferente.

Funcionamiento psicosocial de los pacientes que fueron y de los que no fueron rehospitalizados

De igual manera, los pacientes que no fueron rehospitalizados en las tres etapas (cuadros 6 y 7) presentaron mejores niveles de funcionamiento a los 18 y

a los 30 meses de seguimiento ($\bar{x} = 2.4$ y $\bar{x} = 2.7$), en comparación con los pacientes que fueron rehospitalizados ($\bar{x} = 2.9$ y $\bar{x} = 2.8$) en estas etapas. Solamente en la primera etapa, es decir, a los 6 meses, los pacientes rehospitalizados ($\bar{x} = 2.5$) se encontraban ligeramente mejor que los pacientes no rehospitalizados ($\bar{x} = 2.6$), ubicándose ambos grupos en el nivel 2 de satisfacción, aunque los pacientes rehospitalizados tenían tendencias al nivel 3 de neutral-indiferente ($\bar{x} = 2.9$ y $\bar{x} = 2.8$ a los 18 y 30 meses de seguimiento).

Discusión

Los resultados de este estudio permiten identificar diversas características en el seguimiento de los pacientes esquizofrénicos en el sentido de que en los sujetos estudiados predominan los pacientes del sexo masculino, quienes en su mayoría son solteros, la mitad de ellos no trabaja, viven en su casa, no pagan renta y, aunque dicen tener padre, madre y hermanos, viven generalmente con su madre y sus hermanos, lo cual indica que debido a la falta de trabajo y de ingresos económicos, dependen en su mayoría de la familia.

Respecto al funcionamiento psicosocial, se puede decir que de los cinco probables niveles de evaluación, a lo largo de los 30 meses de seguimiento, los pacientes se encuentran exclusivamente entre el nivel 2, que indica satisfacción, y el nivel 3, que es el neutral o indiferente. Si bien queda claramente establecido que el ubicarse en el nivel 2 significa que los pacientes están satisfechos, también se observa una disminución en los niveles de satisfacción en todas las áreas y a nivel global a lo largo del seguimiento. Las diferencias que presentan los pacientes no son de un nivel a otro, sino que más bien son diferencias de grado dentro de un mismo nivel, con excepción del área económica, respecto a la cual los pacientes se ubican en el nivel 3 (neutral/indiferente), a los 30 meses de seguimiento. La disminución del grado de satisfacción se observa en las áreas ocupacional, social y sexual.

Sin embargo, es importante mencionar que los pacientes presentan mayor estabilidad en el área familiar, ya que a lo largo de los 30 meses de seguimiento siempre se mantuvieron en el nivel 2, es decir, satisfechos en cuanto a su funcionamiento familiar. Las medias en esta área fueron las más congruentes a los 6, 18, 30 meses de seguimiento, por lo que se puede concluir que en el área familiar es donde los pacientes presentan mejor funcionamiento. Finalmente, la media global, aunque indica niveles de satisfacción, presenta tendencias al nivel neutral o indiferente a los 30 meses de seguimiento, lo cual significa que disminuye la satisfacción respecto al funcionamiento psicosocial global. Es conveniente subrayar que una menor puntuación en la media corresponde a un mayor nivel de satisfacción de acuerdo con las categorías de calificación de la escala. Por ejemplo, los pacientes que obtuvieran una $\bar{x} = 1$ se ubicarían en el nivel 1, que corresponde a "muy satisfecho", es decir, al más alto grado de satisfacción; los pacientes con una $\bar{x} = 2$ estarían en el nivel 2, que corresponde a "satisfecho"; y los pacientes que logren una $\bar{x} = 3$ se ubicarían en el nivel 3,

que indica "neutral-indiferente". Por su parte, los pacientes con una $\bar{x} = 4$ estarían en el nivel 4 que corresponde a "insatisfecho" y, finalmente, una $\bar{x} = 5$ indicaría el más alto grado de insatisfacción, que corresponde a "muy insatisfecho".

En esta investigación los pacientes no se ubicaron en el nivel 1, en el 4 ni en el 5, es decir, no indicaron sentirse muy satisfechos (nivel 1), insatisfechos (nivel 4), ni muy insatisfechos (nivel 5), lo cual indica que los pacientes no se encontraban funcionando en el límite superior (muy satisfecho) ni inferior (muy insatisfecho), sino que más bien su funcionamiento psicosocial comunitario se ubicó en los niveles intermedios 2 y 3, que van de lo satisfecho (nivel 2) a lo neutral/indiferente (nivel 3).

Un aspecto que amerita un comentario especial es el uso de medicamentos neurolépticos, el cual disminuyó considerablemente a lo largo del seguimiento. A los 30 meses solamente la mitad de los pacientes tomaban sus medicamentos, lo cual indica, por un lado falta de adhesión terapéutica, y por el otro, refleja que los pacientes que usaron medicamentos neurolépticos presentaron mejores niveles de funcionamiento psicosocial en comparación con los pacientes que no usaron medicamentos. Si se considera que el hecho de no tomar medicamentos puede ser indicador de futuras rehospitalizaciones, los resultados encontrados en esta investigación concuerdan con otras investigaciones en el sentido de que existe una relación directa entre el hecho de no usar medicamentos y la probabilidad de ser rehospitalizado, ya que los pacientes que

fueron rehospitalizados presentaron un menor nivel de satisfacción en su funcionamiento psicosocial, a diferencia de los pacientes no rehospitalizados a lo largo del seguimiento (9,10,14,17,23,28,30,35,40,41,46).

Todos estos problemas que presentaron los pacientes que indicaron que se controlaba su medicación solamente en la consulta externa pueden ser modificados por medio de la implementación de programas de tratamiento psicosocial, los cuales son ampliamente recomendados para los pacientes esquizofrénicos (1,2,3,8,9,12,16,21,25,26,34,37,38). Estos programas no solamente permiten solucionar la falta de adhesión terapéutica, sino que también permiten considerar diversas áreas de tratamiento en las cuales los pacientes tienen dificultades o incapacidades, para que de esta manera se lleve a cabo el manejo integral del paciente, considerando no solamente el aspecto biológico, por medio del uso de medicamentos neurolépticos, sino también los factores psicosociales con la intervención psicosocial, utilizando por lo tanto, un enfoque biopsicosocial respecto al inicio, evolución, tratamiento y seguimiento del paciente esquizofrénico.

Agradecimientos

Se agradece al doctor Carlos Castañeda González, Director del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, y al personal del archivo clínico del hospital, su apoyo y colaboración al principio de esta investigación. Igualmente se agradece al equipo llevó a cabo el trabajo de campo en las distintas etapas de esta investigación.

REFERENCIAS

1. ANTHONY WA, LIBERMAN RP: The practice of psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12:542-559, 1986.
2. APPELO MT, WOONINGS FMJ, VAN NIEUWEN HUIZEN CJ, EMMELKAMP PM, SLOOFF CJ, JOWERENS JW: Specific skills and social competence in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scand*, 85:419-422, 1992.
3. BELLACK AS, MUSER KT: A comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. *Community Mental Health J*, 22:175-189, 1986.
4. BELLACK AS, MORRISON RL, WIXTED JT, MUESEN KT: An analysis of social competence in schizophrenia. *British J Psychiatry*, 156:809-819, 1990.
5. BLAND RC, ORN H: Schizophrenia: Sociocultural factors. *Can J Psychiatry*, 42:651-656, 1981.
6. BREKKE J, LEVIN S, WOLKON G, SOBEL E, SLADE E: Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(3):600-608, 1993.
7. BROWN GW, BIRLEY JLT, WING JK: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British J Psychiatry*, 121:214-258, 1972.
8. BRUGHA TS, WING JK, BREWN CR, MACCARTHY B, LESAGE A: The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in longterm psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28: 218-224, 1993.
9. CARPENTER WT, HANLON TE, HEINRICH DW: Continuous versus targeted medication in schizophrenic outpatients: outcome results. *Am J Psychiatry*, 147:1138-1148, 1990.
10. CHILDERS S, HARDING C: Gender, premorbid social functioning, and long-term outcome in DSM III schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16(2):309-316, 1990.
11. CLARE A, CAIRNS V: Design, development and use of a standardized interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. *Psychological Medicine*, 8:589-604, 1978.
12. COHEN CI, SOKOLOVSKY J: Schizophrenia and social networks: Ex-patients in the inner city. *Schizophrenia Bulletin*, 4:546-560, 1978.
13. CORNEY R, CLARE A, FRY J: The development of a self report questionnaire to identify social problems-a pilot study. *Psychological medicine*, 12:903-909, 1982.
14. EATON W, MORTENSEN P, HERRMAN H, FREEMAN H, BILKER W, BURGESS P, WOOF K: Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part I. Risk for rehospitalization. *Schizophrenia Bulletin*, 18(2):217-228, 1992.
15. ENDICOTT J, SPITZER R, FLEISS J, COHEN J: The global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry*, 33:786-791, 1976.
16. FALLOON IRH, BOYD JL, Mc GILL CW, RAZAN IJ, MOSS HB, GILDERMAN AM: Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia. *N England J Medicine*, 306:1437-1440, 1982.
17. GARDOS G, COLE JO: A twelve-year follow-up study of chronic schizophrenics. *Hosp Community Psychiatry*, 33:983-984, 1982.
18. GURLAND B, YORKSTON N, STONE A, FRANK J FLEISS J: The structured and scaled interview to assess maladjustment. (SSIAM). *Arch Gen Psychiatry*, 27: 259-264, 1992.
19. HAMMER M: Social support, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7:45-47, 1981.
20. HENDERSON AS: Personal networks and the schizophrenias. *Journal of Nervous and Mental Dis*, 172:65-75, 1980.
21. HERZ M: Early intervention in schizophrenia. En: *Handbook of Schizophrenia*. (4):2 Elsevier Science Publishers. Amsterdam, 1990.

22. HIRSCHBERG W: Social isolation among schizophrenic out patients. *Soc Psychiatry*, 20:171-178, 1985.
23. HOGARTY GE, GOLDBERG SC: Collaborative Study Group, Baltimore. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Archives Gen Psychiatry*, 28:54-64, 1973.
24. KATZ M, LYERLY S: Methods for measuring adjustment and social behavior in the community: I rationale description, discriminative validity and scale development. *Psychological Reports*, 13:503-535, 1963.
25. LEFF JP, KUIPERS L, BERKOWITZ R, EBERLEINURIES R, STURGEON D: A controlled trial of social intervention in families of schizophrenic patients. *British J Psychiatry*, 141:121-134, 1982.
26. LEFF JP, BERKOWITS R, SHAVIT N, STRACHAN A, GLASS I, VAUGHN C: A trial of family therapy vs a relatives group for schizophrenia. *British J Psychiatry*, 154:58-66, 1989.
27. LINN M, SCULTHOR N, EUJE M, SLATER P: A social dysfunction rating scale. *Journal of Psychiatric Research*, 6:299-306, 1969.
28. MC GLASHAN TH: A selective review of recent North American long-term follow-up of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14:515-542, 1988.
29. MORROW GR, CHIARELLO RJ, DEROGATIS LR: A new scale for assessing patients psychosocial adjustment to medical illness. *Psychological Medicine*, 8:605-610, 1978.
30. MUNK-JORGENSEN P, MORTENSEN PB: Social outcome in schizophrenia: a 13-year follow-up. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 27:129-134, 1992.
31. OLBRICH R, VOSS E, MUSSGAY L, PFEIFFER H: A weighted time budget approach for the assessment of cognitive and social activities. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 28:184-188, 1993.
32. PLATT S, WEYMAN A, HIRSCH S, HEWETT S: The social behaviour assessment schedule (SBAS), rationale, contents, scoring and reliability of a new intervention schedule. *Social Psychiatry*, 15:43-55, 1980.
33. SOKOLOVSKY J, COHEN CI, BERGER D, GEIGER J: Personal networks of ex-mental patients in Manhattan SRO hotel. *Human Organization*, 37:5-15, 1978.
34. STONE MH: Exploratory psychotherapy in schizophrenia spectrum patients: A reevaluation in the light in term follow-up of schizophrenic and borderline patientes. *Bull Menninger Clinic*, 50:287-306, 1986.
35. STRAUSS J, CARPENTER WT: Prediction of outcome in schizophrenia: I. Characteristics of outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 27:739-746, 1972.
36. TARRIER N, BARROWCLOUGH C, VAUGHN C, BAMRAH JS, PORCEDDU K, WATTS S, FREEMAN HL: The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse. *British J Psychiatry*, 153:532-542, 1988.
37. TEST MA, KNOEDLER WH, ALLNESS DJ, BURKE SS, BROWN RL: Long term community care through an assertive continous treatment team. En: Tamminga C, Schulz S (eds) *Advances in Neuropsychiatry and psychopharmacology: Schizophrenia Research*, 1:239-246, Raven Press, Nueva York, 1991.
38. VALENCIA M: Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. *Rev Psiquiatría*, 4(1):71-96, 1988.
39. VALENCIA M, ROJAS E, GONZALEZ C, RAMOS L, VILLATORO J: Evaluación del funcionamiento psicosocial en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 31(5):674-687, 1989.
40. VALENCIA M, SALDIVAR G: Seguimiento comunitario de pacientes esquizofrénicos. *Anafes*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 4:145-152, 1993.
41. VALENCIA M, SALDIVAR G, RIVERA E: Dieciocho meses de seguimiento en pacientes con esquizofrenia. *Salud Pública de México*, 36(6):662-669, 1994.
42. WALLACE CJ: Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12:604-630, 1986.
43. WEISSMAN M: The assessment of social adjustment. *Arch Gen Psychiatry*, 32:357-365, 1975.
44. WEISSMAN M: The assessment of social adjustment. An Update. *Arch Gen Psychiatry*, 38: 1250-1258, 1981.
45. WYKES T, STURT E: The measurement of social behavior in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *British J Psychiatry*, 148:1-11, 1986.
46. YOUNG MA, MELTZER HY: The relationship of demographic, clinical and outcome variables to neuroleptics treatment requirements. *Schizophrenia Bulletin*, 6:88-100, 1980.

**RESPUESTAS DE LA SECCIÓN
AVANCES EN LA PSIQUIATRÍA
Autoevaluación**

1. D
2. D
3. C
4. C
5. A
6. E
7. C
8. E
9. E
10. B
11. D
12. D
13. E