

Seguimiento comunitario de pacientes esquizofrénicos

Marcelo Valencia,* Gabriela Saldívar*

Summary

Follow-up studies in psychiatric patients have been widely recommended because they include a great deal of data providing an overview of the patient's functioning in the community. The main objective in this research project is to find out what happens with mental patients after being discharged from a psychiatric hospital. A follow-up study was carried out for this purpose in schizophrenic patients. A total sample of 80 patients were included in the study. The patients were assessed at discharge and six months later in the community. The Psychosocial Functioning Scale, the Global Assessment Scale, the Brief Psychiatric Rating Scale and a follow-up questionnaire were applied to the sample of patients. It was found that most patients were male, single, with a mean age of 32 years, with all types of education (from no formal education to college education) and 40% of unemployment. A high percentage of patients ignore the type of illness they are suffering, and consider their hospitalization as necessary, although they do not consider convenient to be hospitalized again. Half of the patients had been mentally ill more than a year before being admitted to the hospital. They were satisfied with the attention and the treatment they received at the hospital, and six months after discharge only 10% were hospitalized again. Most of them were very dependant of the support of their families and very few of them could live on their own. Even though most of them had goals to achieve after discharge, a great majority of these goals were not accomplished. The patients reported a satisfactory level of psychosocial and global functioning at discharge, and these levels remained satisfactory six months later, although they have a tendency to decrease in the following assessments. I will be very interesting to observe their levels of functioning in the next stages of this follow-up study.

Resumen

El objetivo de esta investigación es saber qué pasa con el enfermo mental cuando se le da de alta de un hospital psiquiátrico. Para este fin se llevó a cabo un estudio de seguimiento en 80 pacientes esquizofrénicos, en quienes se evaluó el funcionamiento psicosocial y global, la sintomatología y las diversas características por medio de visitas comunitarias.

Un acercamiento inicial a los resultados de esta investigación indica que entre los pacientes predominan los hombres jóvenes, de una edad promedio de 32 años, solteros, con escolaridad que va desde sin educación formal hasta estudios universitarios, y con un porcentaje de desempleo que llega hasta el 40%. Un alto porcentaje de los pacientes no sabe cuál es su padecimiento, considera el internamiento necesario, aunque no ven conveniente una nueva hospitalización. Aproximadamente, la mitad de los pacientes estuvieron enfermos más de un año antes de ser hospitalizados, están satisfechos de la atención recibida, y seis meses después de salir del hospital, el 90% no ha vuelto a ser hospitalizado. Dependen en un alto porcentaje de su familia, por lo que difícilmente pueden vivir de manera independiente, y aunque tenían metas al salir del hospital, éstas se cumplieron en una mínima proporción. Al salir del hospital los pacientes reportan niveles satisfactorios de funcionamiento psicosocial, que prevalecen durante el seguimiento de seis meses. De acuerdo con la prueba *t* de student, se encontraron diferencias significativas respecto al nivel total de funcionamiento psicosocial, sin embargo, éste disminuye a los seis meses de seguimiento. Lo mismo ocurre con la valoración global (síntomas y actividades), cuyo nivel se va reduciendo en la etapa de seguimiento. Dado que esta investigación es de tipo longitudinal, será interesante observar en evaluaciones futuras las tendencias que presentan los pacientes respecto a su funcionamiento en la comunidad.

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

Una interrogante que hasta la fecha ha permanecido sin respuesta en el campo de la salud mental en México, es la que se refiere a qué es lo que pasa con el enfermo mental cuando es dado de alta de un hospital psiquiátrico.

Por diversas razones, los enfermos mentales sienten molestias y malestares en la comunidad, que se convierten en síntomas intolerables, a tal grado que tienen que buscar atención en una institución psiquiátrica donde reciban tratamiento, al término del cual deben regresar a su comunidad para continuar haciendo su vida ocupacional, familiar, social, etc.

Otras interrogantes surgen en el sentido de conocer aspectos como: ¿cuál es la situación del enfermo mental después de que ha recibido atención y tratamiento? ¿Qué tan efectivo es el tratamiento? ¿Cuál es el grado de satisfacción del paciente por la atención recibida? ¿Qué tan preparado está el paciente para funcionar satisfactoriamente en la comunidad? Después de darlos de alta, el hospital mantiene un sistema de cuidados a los pacientes. ¿Qué tanto puede recurrir el paciente al hospital en caso de sentir molestias nuevamente? ¿El hospital hace un seguimiento de los pacientes para saber cómo se encuentran en la comunidad? ¿Los pacientes continúan tomando sus medicamentos al salir del hospital? ¿Cuántos pacientes recaen y se encuentran enfermos en la comunidad? ¿Cuántos pacientes han sido nuevamente hospitalizados y cuántas veces? ¿Cuántos pacientes se mantienen fuera del hospital funcionando satisfactoriamente?

La respuesta a éstas y otras interrogantes se podría obtener en un estudio de seguimiento en este tipo de pacientes para conocer cuál es su situación y funcionamiento en la comunidad.

Los diversos descubrimientos y avances clínicos, sociales y científicos en el campo de la salud mental, entre los que se encuentran la aparición de los neurolépticos, las diversas formas de psicoterapia, los tratamientos psicosociales, el brindar un trato más humanitario al paciente en los hospitales psiquiátricos, etc., han provocado cambios en el tratamiento y en el manejo del paciente mental.

La idea original de crear asilos y hospitales mentales para internar al paciente, que dio como resultado el Síndrome Hospitalismo, el institucionalismo el Síndrome de Pobreza Clínica, etc., ha cambiado por la desinstitucionalización de los pacientes, la evitación al máximo de su internamiento, por realizar el manejo a nivel de consulta externa y por los tratamientos extrahospitalarios en la comunidad.

Además de los aspectos curativos y terapéuticos hospitalarios, hoy en día se trata de manejar al paciente en la comunidad, lo cual consiste en tratar que se reintegre a su contexto social, que a su vez implica el conside-

rar la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria. Para este fin se han desarrollado diversas alternativas de la hospitalización, como: la casa de medio camino, la familia sustituta, los grupos autónomos de Fairwather, la casa grupal, el hospital parcial, la comunidad terapéutica, etc.¹⁵

Se intenta darle prioridad al tratamiento ambulatorio o posthospitalario, lo que plantea, a su vez, la necesidad de contar con técnicas de intervención comunitaria. Esto puede hacer que se reduzca no solamente el periodo de internamiento del paciente, sino también el número de hospitalizaciones en general. Así se evitaría también la readmisión de los pacientes a los hospitales psiquiátricos.

Bajo esta perspectiva, es necesario señalar dos cambios importantes que se están llevando a cabo en el campo de la salud mental: 1) además de considerar todo el manejo clínico del paciente respecto a su sintomatología, diagnóstico, medicamentos, etc., parece necesario considerar también otros factores denominados psicosociales, como elementos importantes en el curso, tratamiento y alivio del padecimiento, buscando, de esta forma, la aplicación del modelo biopsicosocial en el abordaje de los trastornos mentales y 2) la necesidad de buscarle al paciente alternativas de tratamiento en la comunidad, lo que implica evaluar su funcionamiento psicosocial comunitario, para lo cual, después de ser dado de alta, es necesario llevar a cabo el seguimiento del paciente.

Haase¹¹ plantea que al ser dado de alta del hospital, el enfermo mental se enfrenta a dos situaciones: 1) que para la mayoría de la gente, el enfermo mental que sale de un hospital psiquiátrico es todavía considerado como un sujeto loco y peligroso, a quien hay que evitar a toda costa en vez de ayudarlo y 2) que en el mundo actual, predominantemente industrializado y gobernado por el trabajo, el dinero y el consumo, es muy probable que el paciente no pueda hacer frente al estrés, a la carencia de recursos económicos y a tantas otras demandas y presiones. Estos aspectos le pueden provocar mayores incapacidades psicosociales que las debidas a la enfermedad, es decir, dificultades laborales, sociales, económicas, familiares, etc.

Por lo general, el ser dado de alta le plantea complicaciones posteriores al paciente psiquiátrico. Al margen del significado, de la connotación social y de lo que para él representa el haber estado internado en un hospital psiquiátrico, al salir del hospital todavía se tiene que enfrentar a una variedad de problemas familiares, sociales y ocupacionales, además de tener que tomar sus medicamentos, acudir a sus citas en la consulta externa, evitar recaídas, etc.

El problema se presenta por la falta de continuidad de los cuidados que recibe; es decir, que no se hace cargo

del paciente el mismo equipo interdisciplinario desde que llega al hospital hasta que es dado de alta y durante su reinserción social en la comunidad. A esto hay que agregarle que a veces, al salir del hospital, los pacientes no tienen ni objetivos ni metas, ni un proyecto de vida que seguir. Si el paciente no tiene bien definido qué es lo que debe o lo que puede hacer al salir del hospital, lo más seguro es que "se pierda" en la comunidad y al cabo de un tiempo tenga que internarse nuevamente. Esta situación ha sido definida por Bellak² como el Síndrome de la Puerta Giratoria, que consiste en que los pacientes entran y salen constantemente del hospital sin recibir ningún beneficio terapéutico.

El seguimiento permite valorar el apoyo familiar y social con que cuenta el paciente, su situación laboral, sus recaídas, su adherencia al tratamiento, etc.

En resumen, se podrán monitorear sus actividades para que tenga un óptimo y satisfactorio funcionamiento en la comunidad.

El objetivo de realizar un estudio de seguimiento consiste en poder evaluar y conocer la situación del paciente en la comunidad, para darle continuidad a su tratamiento, mantener contacto con el paciente y su familia y, por lo tanto, saber cómo funciona en la comunidad durante determinado tiempo.

En diversos estudios de seguimiento de pacientes esquizofrénicos, Vaillant²¹ encontró que tres años después de haber salido del hospital, solamente el 26% trabajaba tiempo completo, se desempeñaba eficientemente en el hogar y vivía sin depender de su familia de origen.

En diversos estudios de entre 10 y 15 años de seguimiento de pacientes esquizofrénicos se ha reportado un 21% de recuperación,⁴ un 41% de incapacidad global,¹³ un 63% de rehospitalizaciones con un bajo nivel de funcionamiento global⁹ y, finalmente, comparados con cualquier otro grupo de pacientes,^{5,8,19} éstos presentaron los peores resultados y el peor funcionamiento comunitario.

En un estudio de seguimiento, Stephens y cols.¹⁸ encontraron que solamente se había recuperado un 24% de los pacientes, 46% había mejorado y 30% no había mejorado. Asimismo Gardos⁹ y Stone,¹⁹ encontraron un bajo nivel de funcionamiento en los pacientes con puntajes de 40 y 30, respectivamente, en una escala de 1 (enfermedad) a 100 (salud mental), de acuerdo con la Escala de Valoración Global de Spitzer y cols.¹⁷

Se recomiendan los estudios de seguimiento realizados a nivel internacional en pacientes esquizofrénicos, ya que proporcionan una gran información útil para el clínico y para el investigador.

Estos estudios demuestran que la esquizofrenia puede llegar a ser una enfermedad crónica cuyos resultados son

peores, en promedio, que los de cualquier otro trastorno mental, además de estar relacionados con un mayor riesgo de suicidarse, de contraer otras enfermedades físicas y mortalidad.

Los resultados de los estudios son bastante heterogéneos debido a las características de la muestra, a los criterios diagnósticos, a las dimensiones de cronicidad y a otras variables predictivas como: el estado civil, el nivel socioeconómico, el escenario del seguimiento, etc.^{4,5,9,13,19}

En México, las investigaciones sobre el enfermo mental se han enfocado más bien a estudios clínicos, epidemiológicos, uso de medicamentos, evaluación del servicio, etc. y hasta donde se tiene conocimiento, no se han incluido datos del seguimiento de los pacientes.^{3, 6, 10, 12, 16, 20}

Valencia²² reporta los datos de un estudio de seguimiento realizado como complemento a un programa de tratamiento en pacientes esquizofrénicos, en el cual se compararon dos grupos de pacientes: el grupo experimental, que recibió medicamentos y terapia psicosocial, y el grupo control, que solamente recibió el tratamiento tradicional del hospital, es decir, los medicamentos. Se encontró que los pacientes del grupo experimental mejoraron más de su sintomatología y funcionamiento psicosocial, y tuvieron un menor número de rehospitalizaciones durante el seguimiento comunitario de 6 meses, en comparación con los pacientes control.

Por ser el único en pacientes esquizofrénicos, este estudio se puede considerar como una aportación importante, pero no da un panorama global del funcionamiento de los pacientes durante el seguimiento, razón por la cual es necesario realizar un estudio de seguimiento en pacientes esquizofrénicos.

Los demás estudios realizados en pacientes esquizofrénicos crónicos, no reportan datos de seguimiento.^{1,14}

En este trabajo se presenta un acercamiento inicial a los resultados del seguimiento, realizado en una muestra de pacientes esquizofrénicos.

Metodología

Para seleccionar a los sujetos se hizo una revisión de 316 expedientes del archivo clínico del hospital, que incluyó a pacientes esquizofrénicos dados de alta durante los meses de enero a julio de 1991. Para la inclusión de los sujetos se utilizaron los criterios de admisión, que comprenden a pacientes de 18 años en adelante, de ambos sexos y con un diagnóstico primario de esquizofrenia. Se excluyeron los pacientes con trastornos esquizofreniformes y esquizotipales. En la confirmación del diagnóstico solamente se incluyeron los pacientes que habían ingre-

sado al hospital con un diagnóstico primario de esquizofrenia, el cual fue confirmado durante su internamiento y al darlos de alta. De los 316 expedientes revisados, se excluyeron 140 que no llenaban los criterios de admisión, obteniendo un total de 176 pacientes, a los cuales se les hizo un seguimiento comunitario. De estos, 96 se tuvieron que excluir por diversos problemas encontrados al realizar el seguimiento, como la dirección de 44 pacientes (45.8%), no poder localizar a 17 pacientes (17.7%) y por haberse cambiado de domicilio o residir en provincia 13 pacientes (13.5%). Diez pacientes (10.4%) no quisieron o no pudieron ser entrevistados, o la familia no permitió que se realizara la entrevista. Nueve pacientes se encontraban hospitalizados nuevamente (9.3%); a dos pacientes (2%) no se les pudo entrevistar porque la colonia en la que vivían presentaba un alto grado de peligrosidad, y uno de los pacientes falleció. De esta forma, la muestra final quedó en 80 pacientes, a los que se les aplicaron los instrumentos de inves-

tigación. De estos pacientes, se hizo una submuestra con 30 pacientes, a los que se evaluó inmediatamente al salir del hospital para tener su nivel de funcionamiento al ser dados de alta. A los 80 pacientes se les evaluó 6 meses después de salir del hospital. El diseño de esta investigación es de tipo longitudinal, ya que periódicamente se harán evaluaciones de los sujetos; es decir, cada seis meses se les visitará en la comunidad para conocer su nivel de funcionamiento.

Instrumentos de investigación

En este trabajo solamente se incluyen los resultados obtenidos con los siguientes instrumentos de investigación:

1. Cuestionario de Seguimiento del Paciente,²⁴ que incluye reactivos por medio de los cuales se obtiene información respecto a aspectos relevantes del seguimiento del paciente, como por ejemplo: el motivo de su internamiento, si buscó atención antes de hospitalizarse, si está tomando sus medicamentos, su red de apoyo social, su adherencia terapéutica, sus recaídas, rehospitalizaciones, etc.
2. Escala de Funcionamiento Psicosocial, que fue diseñada por Valencia,²³ en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Incluye datos sociodemográficos, las condiciones de vivienda y la composición familiar y, a su vez, permite evaluar el funcionamiento psicosocial del paciente en 5 áreas: ocupacional, social, económica, sexual y familiar, por medio de un continuo satisfacción-insatisfacción que reporta el paciente respecto a su funcionamiento psicosocial comunitario. Este instrumento tiene un alto grado de validez y confiabilidad en México, por lo que es el instrumento idóneo para esta investigación.
3. Escala de Valoración Global, que fue desarrollada por Spitzer.¹⁷ Esta escala evalúa una combinación de sintomatología y actividad psicológica (comportamiento) en un continuo salud-enfermedad mental; permite determinar la necesidad de someterse a tratamiento, así como el pronóstico del paciente. Con este instrumento se puede hacer una evaluación global del sujeto; actualmente se utiliza como el eje V del DSM-III-R.

Se capacitó a los integrantes de un equipo de investigación para que aplicaran y calificaran los instrumentos, así como en la utilización de técnicas de trabajo comunitario.

Resultados y discusión

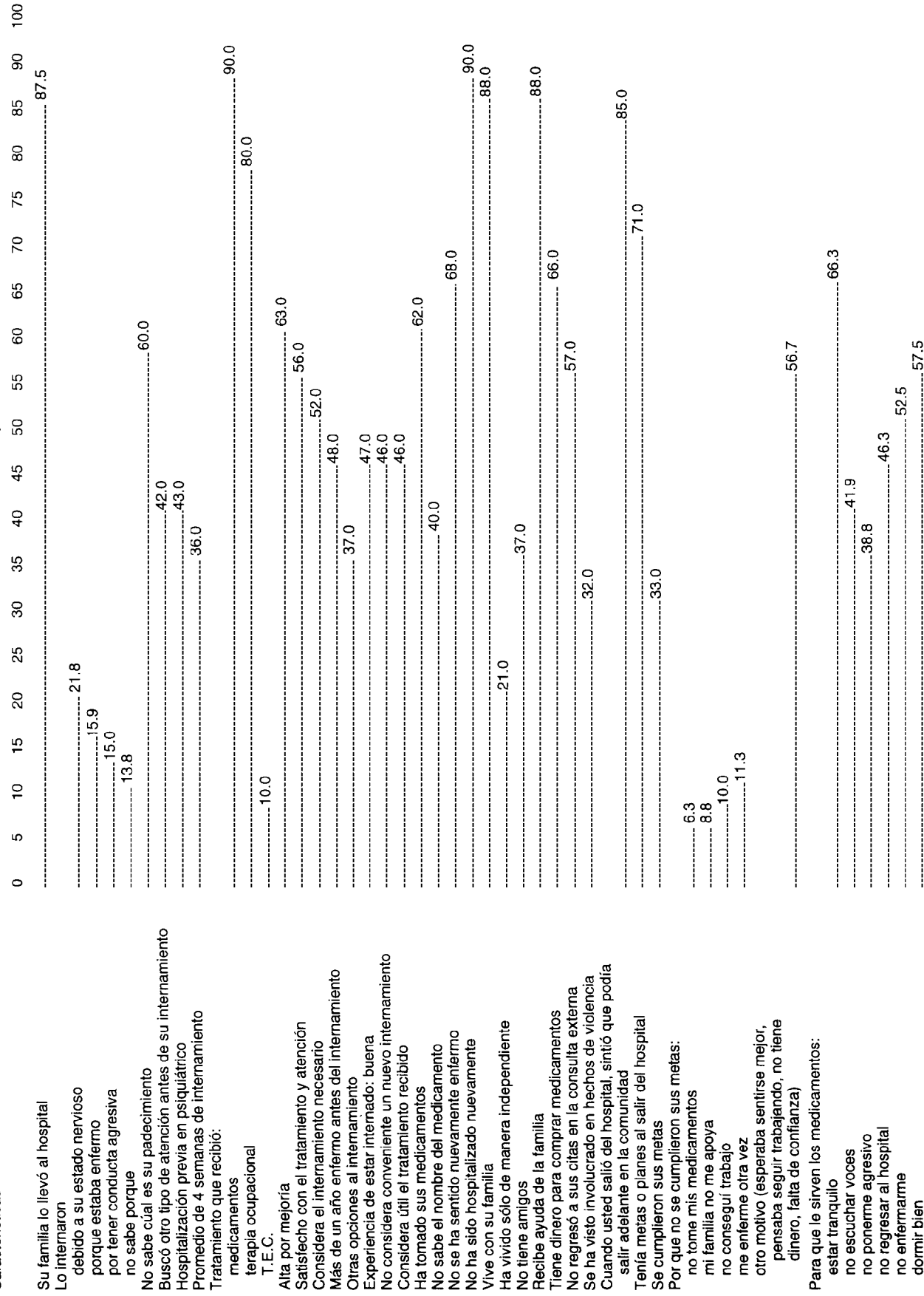
La descripción de la muestra de pacientes respecto a las características demográficas aparece en el cuadro 1, en

CUADRO 1
Características demográficas de la muestra de pacientes. N = 80

Variable	F	%
Sexo		
Hombres	55	68.7
Mujeres	25	31.3
Edad		
18-28 años	34	42.5
29-39 años	29	36.2
40-50 años	11	13.7
51 o más	6	7.6
	x = 32.6	
Estado civil		
Soltero	64	80.0
casado	6	7.5
Viudo	1	1.3
separado	6	7.5
Divorciado	2	2.5
Madre soltera	1	1.2
Escolaridad		
Sin educación formal	2	2.5
Primaria incompleta	5	6.3
Primaria	7	8.8
Secundaria incompleta	14	17.3
Secundaria	11	13.8
Comercio	8	10.0
Preparatoria	15	18.8
Universidad	18	22.5
Ocupación		
Trabaja	28	35.0
Trabaja y estudia	1	1.3
Hogar	14	17.5
Estudia	5	6.2
No trabaja	32	40.0
Procedencia		
México, D.F.	74	92.5
Provincia	6	7.5

CUADRO 2
Perfil de la muestra de pacientes

Características



donde se observa que el 68.7% son hombres y el 31.3%, mujeres. El 42.5% de los pacientes se encuentra en el rango de 18 a 29 años de edad, y el 36.2% entre los 29 y los 39 años, con una $X = 32.6$ años. Respecto al estado civil, el 80% de los pacientes son solteros; solamente el 7.5% son casados y el mismo porcentaje corresponde a los separados. En cuanto a la escolaridad, los porcentajes más importantes son: un 22.5% tiene estudios universitarios, 18.8% de preparatoria y 17.5% de secundaria incompleta. Respecto a la ocupación, se encontró que el 35% de los pacientes trabajaba, y el 40% no desempeñaba ninguna actividad laboral.

En el cuadro 2 se presenta el perfil de la muestra de pacientes que se conformó con algunas variables incluidas en el Cuestionario de Seguimiento. En este perfil se destaca que el 87.5% de los pacientes fue llevado al hospital por su familia; que el 21.3% fue internado debido a su estado nervioso; el 16.3% porque estaban enfermos; el 15% debido a su conducta agresiva y el 13.8% no sabe por qué fueron internados. El 60% de los pacientes no sabe cuál es su padecimiento o enfermedad; el 42% buscó otro tipo de atención psiquiátrica antes de internarse (sacerdote, curandero, hierbero, espiritista, naturista, etc.), el 43% estuvo hospitalizado antes en algún servicio psiquiátrico, y el 36% tuvo un promedio de 4 semanas de internamiento. Respecto al tratamiento, el 90% recibió medicamentos; el 80%, terapia ocupacional; y el 10%, terapia electroconvulsiva. El 63% fue dado de alta por mejoría, el 56% está satisfecho con el tratamiento y la atención recibida; el 57% considera que su internamiento fue necesario, y casi la mitad de los pacientes –el 48%– estuvieron enfermos más de un año antes de internarse. El 37% considera que existen otras opciones distintas al internamiento (hospital parcial, centro de salud, consultorio particular, consulta externa de hospital privado, etc.); el 47% considera que fue buena la experiencia de estar internado; el 46% no considera conveniente un nuevo internamiento; el 46% también consideró útil el tratamiento recibido; el 62% ha tomado sus medicamentos; y un 40% no sabe el nombre del medicamento que está tomando. El 68% ya no se ha sentido enfermo y el 90% no ha sido hospitalizado desde que salió del hospital; el 88% vive con su familia, y únicamente el 21% ha vivido solo de manera independiente. El 37% no tiene amigos; el 88% recibe ayuda de su familia; el 66% tiene dinero para comprar sus medicamentos; el 32% se ha visto involucrado en hechos de violencia provocados por él mismo, y el 57% no acudió a sus citas en la consulta externa. Al salir del hospital, 85% sentía que podría salir adelante en la comunidad; el 71% tenía metas o planes al salir del hospital, pero sólo el 33% de los pacientes cumplió estas metas; el resto explicó que no pudieron cumplirlas porque no habían tomado

sus medicamentos (6.3%); porque no recibieron apoyo familiar (8.8%); porque no consiguieron trabajo (10%); porque se enfermaron otra vez (11.3%) y por otros motivos (56.3%): esperaban sentirse mejor, no hicieron nada para mejorar, no tenían dinero, "no tenía confianza en nada ni en nadie", etc. Respecto a la utilidad de los medicamentos, los pacientes indicaron que les servían para estar tranquilos (66.3%); para no escuchar voces (41.3%); para no ponerse agresivos (38.8%); para no regresar al hospital (46.3%); para no enfermarse (52.5%) y para dormir bien (57.5%).

CUADRO 3
Niveles de funcionamiento psicosocial

Áreas	% Egreso	D.E.	% 6 meses seguimiento	D.E.
Ocupacional	2.1	.51	2.4	.76
Social	2.3	.58	2.6	.68
Económica	2.8	.75	2.9	.77
Sexual	2.5	.63	2.9	.60
Familiar	2.3	.63	2.6	.80
% global*	2.4	.49	2.8	.60

* $P \leq .05$

En el cuadro 3 se presenta una comparación de los niveles de funcionamiento psicosocial de los pacientes al salir del hospital, es decir al darlos de alta, y seis meses después, al encontrarse en la comunidad. El nivel de los pacientes se obtuvo de acuerdo con las categorías de calificación de la Escala de Funcionamiento Psicosocial, que comprende un continuo de: 1 = muy satisfecho; 2 = satisfecho; 3 = neutral-indiferente; 4 = insatisfecho y 5 = muy insatisfecho.

Se obtuvieron las medias por áreas: ocupacional = 2.1; social = 2.3; económica = 2.8; sexual = 2.5; familiar = 2.3 con una media global de 2.4 al salir del hospital. Seis meses después, los pacientes presentaban el siguiente nivel: área ocupacional = 2.4; social = 2.5; económica = 2.9; sexual = 2.9; familiar = 2.6 y una media global de 2.8. En términos generales, los pacientes se encuentran satisfechos respecto a su funcionamiento psicosocial al salir del hospital, estando más satisfechos en el área ocupacional y en menor grado en el área económica. Este nivel de satisfacción prevece seis meses después, estando en la comunidad; se destaca el área ocupacional, con un mayor grado de satisfacción, y las áreas económica y sexual, en el límite del nivel de satisfacción pero con tendencias a la siguiente categoría de neutral-indiferente. Se realizó la prueba *t* de student para ver las diferencias que había entre las áreas en el egreso y en el seguimiento, y no se encontraron diferencias significativas. Sin

embargo, al utilizar esta misma prueba comparando la X global al salir del hospital = 2.4, y la etapa de seguimiento = 2.8, sí se encontraron diferencias significativas: $p \leq .05$, lo que indica que el grado de satisfacción en la comunidad va disminuyendo; por lo tanto, la tendencia de los pacientes se inclina hacia las categorías de menor satisfacción.

En el cuadro 4 aparece el nivel de valoración global de los pacientes al egresar: $X = 58.9$, y 6 meses después, estando en la comunidad: $X = 56.4$. En la Escala de Valoración Global, que se califica de 1 (enfermedad mental) a 90 (salud mental), los pacientes caen en el nivel de 51 a 60, que indica que presentan síntomas moderados (por ejemplo: aplanamiento afectivo y lenguaje circunstancial o crisis de angustia esporádicas) o deterioro en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo: no tener amigos o ser incapaces de conservar su trabajo). Los pacientes se ubican entre las dos categorías: la superior, de 61-70, que incluye algunos síntomas leves o dificultades en diversas actividades: social, laboral y escolar; y la categoría inferior, de 41 a 50, que comprende síntomas graves y un grave deterioro de la actividad social, laboral, escolar, etc. Este nivel de funcionamiento de los pacientes concuerda con el reportado por Valencia²² en una investigación en la que utilizó a pacientes del mismo hospital. Lo notable es que disminuye el nivel de funcionamiento de los pacientes al encontrarse en la comunidad, en comparación con el nivel que presentaban al salir del hospital. Esto es algo que se esperaba, sin embargo, es importante que se observen las tendencias que presenten los pacientes en las siguientes evaluaciones.

CUADRO 4
Valoración global de los pacientes

Nivel	% Egreso	D.E.	% 6 meses seguimiento	D.E.
51-60	58.9	7.7	56.4	7.5

+ 081 = .71 + TAB - 1.98 GL = 78

A manera de discusión, se puede comentar que al observar inicialmente los resultados de esta investigación, encontramos que predominan los hombres jóvenes, con un promedio de edad de 32 años, solteros y con una escolaridad que va desde sin educación formal hasta estudios universitarios, con un porcentaje de desempleo de hasta el 40%. Algunas de las características que destacan en estos pacientes, son que un alto porcentaje de ellos no sabe cuál es su padecimiento, y considera el internamiento necesario aunque no ve conveniente un nuevo internamiento. Casi la mitad de los pacientes estuvieron enfermos más de un año antes de hospitalizarse;

están satisfechos con el tratamiento recibido y el 90% no ha sido hospitalizado nuevamente en 6 meses. Dependen en un alto porcentaje de su familia y, aunque tenían metas al salir del hospital, éstas sólo se cumplieron en una baja proporción. Respecto al funcionamiento psicosocial, al salir del hospital los pacientes se ubicaban en el nivel 2, que corresponde al de satisfecho, y este prevalece a los 6 meses de seguimiento, aunque con una tendencia a subir hacia los niveles de insatisfacción. Finalmente, cabe mencionar que en la valoración global de los pacientes se presenta la misma característica de disminuir los niveles de funcionamiento, y dado que esta investigación es de tipo longitudinal, será interesante observar a lo largo del tiempo, las tendencias que presenten los pacientes respecto a su funcionamiento en la comunidad.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Carlos Castañeda González, Director del Hospital Fray Bernardino Alvarez; al Dr. Javier Alfaro Torres, Jefe de la División de Enseñanza e Investigación, y al personal del Archivo Clínico, por su apoyo y colaboración para realizar esta investigación.

Referencias

1. AYALA H, CHISM K y cols: Una alternativa al tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales crónicos. *Salud Mental*, 5(1): 18-23, 1982.
2. BELLAK L: *The Schizophrenic Syndrome*. (Edit.) Grune & Stratton, Nueva York, 1969.
3. BERLANGA C, ONTIVEROS M y cols: La efectividad de la S-adenosilmetionina para reducir el tiempo de inicio de la acción de la imipramina. VI Reunión de Investigación. *Anales IMP*, 7-11, 1991.
4. BLAND RC, ORN H: Fourteen year outcome in early schizphrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 58:327-338, 1978.
5. CARPENTER WT, BUCHANAN RW: *Domains of Psychopathology Relevant to the Study of Etiology and Treatment of Schizophrenia*. Oxford University Press, Nueva York, 1988.
6. DE LA FUENTE R: Consideraciones sobre los problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo: el caso de México. *Salud Mental*, 13(3):1-7, 1990.
7. ENGELHARDT DM, ROSEN B, FELDMAN J y cols: A 15 year follow-up of 646 schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 8:493-503, 1982.
8. FEIGHNER JP, ROBINS E: Prognostic scale for chronic schizphrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13:277-286, 1986.
9. GARDOS G, COLE JO y cols: A twelve-year follow-up study of chronic schizophrenics. *Hospital and Community Psychiatry*, 33:983-984, 1982.
10. GUTIERREZ H, BARILAR E: Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la ciudad de México. *Boletion of Sanit Panamericana*, 101(6):648-657, 1986.
11. HAASE HJ: Follow-up treatment and aftercare of discharged schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6(4):619-626, 1980.
12. HEINZE G y cols: Densidad de probables receptores dopaminérgicos D2 en linfocitos de pacientes esquizofrénicos paranoides. *Anales IMP*. Reseña de la V Reunión de Investigación, 1:189-193, 1990.

13. Mc GLASHAN: A selective review of recent North American long-term follow up studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14(4):535-542, 1988.
14. QUIROGA H, VITE A y cols: Programa de tratamiento y rehabilitación en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Anales*, I Reunión de Investigación y Enseñanza, 117-125, 1982.
15. RYAN P, VALENCIA M, OTERO BR y cols: Alternativas para el hospitalismo. *Salud Mental*, 5(3):8-15, 1982.
16. SOSA AL, HEINZE G, BERLANGAC: La monoaminoxidasa plaquetaria en pacientes con trastorno depresivo mayor. ¿Es un discriminador biológico de subtipos de depresión y predictor de respuesta a tratamiento? *Anales IMP. Reseña de la VI Reunión de Investigación*, 47-53, 1990.
17. SPITZER RL, GIBBON J, ENDICOTT J: The global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry*, 4(33):766-771, 1976.
18. STEPHENS JH: Long-term prognosis and follow up in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 4:25-47, 1978.
19. STONE MH: Exploratory psychotherapy in schizophrenia spectrum patients: A reevaluation in the light of long-term follow-up of schizophrenic and borderline patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 50:287-306, 1986.
20. TOVAR H, GUTIERREZ H y cols: La investigación epidemiológica de las alteraciones mentales: trascendencia, métodos y lineamientos para su desarrollo en México. *Salud Mental*, 17(4):10-23, 1984.
21. VAILLANT GE: A 10-year follow-up of remitting schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 4:78-85, 1978.
22. VALENCIA M: Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. *Rev Psiquiatría*, 4(1):71-96, 1988.
23. VALENCIA M, ROJAS E, GONZALEZ C y cols: Evaluación del funcionamiento psicosocial en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 31(5):674-687, 1989.
24. VALENCIA M: Cuestionario de seguimiento del paciente. Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991.