

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

30

"DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA"

**TITULO**

**FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN GRUPO DE ENFERMOS MENTALES CRONICOS.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA  
CLINICA PRESENTA:

DR. RICARDO GERARDO HIDALGO LUNA

TITULAR DE LA TESIS:

28 2544

DRA. MARIA DEL CARMEN LARA MUÑOZ

ASESORA TEORICA Y METODOLOGICA

MÉXICO D.F.

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco a la Dra Maria del Carmen Lara el interés y dedicación incondicional para que este trabajo se pudiera realizar.

Al servicio de rehabilitación quienes con su entusiasmo hicieron posible que este trabajo se llevara a cabo, en especial a Patricia, Cristina y Enedina.

A los pacientes a quienes el olvido ha dejado recluidos en este hospital y que a pesar de sus condiciones existe gente que se interesa en mejorar sus condiciones de vida.

Mención especial para mi amigo de siempre que me apoya en forma incondicional. ( Francisco ).

## INTRODUCCION

Con la aparición al comienzo del siglo XIX de Philippe Pinel surgió un período llamado de "tratamiento moral" de los enfermos mentales en donde la psiquiatría contemplo la perspectiva de la -aplicación humanista y humanitaria para el tratamiento de estos. Con la esperanza de construir un edificio psiquiátrico humano regio y recio en donde el paciente tuviera mayores posibilidades de recuperación, en 1792 Pinel, nombrado director del hospital de la Bicetre y posteriormente de la Salpêtrière, liberó a los alienados de las cadenas y convirtió estos sanatorios en centros dignos de atención. El tratamiento moral de Pinel produjo efectos terapéuticos inmediatos y sorprendentes, siendo también acogidos por Tuke en Inglaterra y por Frike en Alemania. Al mismo tiempo Benjamine Rush introdujo en el hospital de Pensilvania métodos basados en la terapia moral. Pinel descubrió la importancia de la ergoterapia en los tratamientos psiquiátricos abriendo camino para la instalación de talleres en los asilos. En Alemania la psiquiatría encontró su desarrollo y expansión hasta mediados del siglo XIX, ya que permanecía bajo la influencia del movimiento romántico y los principios teológicos. Con Griesinger se inició la nueva y brillante etapa de la psiquiatría alemana, apareciendo el modelo organicista al afirmar que las enfermedades mentales son transtornos cerebrales. Seguidos a él aparecen una serie de ilustres de la psiquiatría, entre ellos Kraepelin quien estableció un sistema de clasificación de los transtornos mentales, por lo que se le ha denominado el constructor de la psiquiatría del siglo XX, ya que estableció la nosología psiquiátrica que sirvió de base para las clasificaciones del presente ( 1-3 ).

En lo que se refiere al manejo asistencial del enfermo mental este se remonta a la cultura árabe, en la que predominó una actitud humanitaria, se crearon facultades de medicina y numerosos asilos. Los viajeros que volvían a Europa narraban el tratamiento que recibían estos enfermos. La atmósfera era relajada y el régimen terapeutico incluía dietas, baños, drogas, perfumes y conciertos. La raíz de esta tendencia humanitaria estaba en la creencia musulmana de que la persona insana era amada y elegida por dios para decir la verdad.

Desde el punto de vista moderno parece que esta actitud podía facilitar la recuperación del paciente por que permitía la libre expresión de los instintos sexuales y agresivos. La fundación del primer nosocomio fué en Valencia por un español, el padre Jofré en 1410. ( 1,4 ).

Después de esta fecha y hasta 1489 se fundaron cinco centros similares y en 1567 en la Ciudad de México, Bernardino Alvarez fundó el Hospital de San Hipólito, primer centro para la atención de los enfermos mentales del nuevo mundo. Los españoles fueron por tanto pioneros en la asistencia de estos pacientes, posiblemente influenciados por la cultura árabe. Durante la misma época en Londres se transformó el Monasterio de Santa María de Belen en hospital psiquiátrico. A su vez en Francia en 1641 se fundó el primer hospital, y el primer hospital psiquiátrico en los Estados Unidos se construyó en 1773 ( 3 ).

Hacia mediados del siglo XIX una serie de acontecimientos fueron relevantes para los pacientes hospitalizados. Progresivamente se fueron abandonando los métodos de contención crueles, promulgándose en muchos países leyes de internamiento forzoso para los enfermos mentales. Hacia el siglo XX era inevitable que tal aislamiento de la comunidad produciría un impacto negativo en el desarrollo de la psiquiatría. Este aislamiento tuvo lugar especialmente en los Estados Unidos a mediados del siglo XIX, época en que la psiquiatría perdió contacto con la medicina general y tendió a concentrarse en cuestiones relacionadas con el tratamiento de un gran número de pacientes psicóticos asilados en instituciones públicas masificadas. Sin embargo esta situación mejoró en las últimas décadas del siglo XIX, primero en Europa y posteriormente en los Estados Unidos.

La psiquiatría actual o contemporánea parte de la segunda guerra mundial hacia 1945, en la que se suscitan una serie de cambios que afectaron sustancialmente a la psiquiatría en su curso futuro. En la década de los cincuentas las nuevas terapéuticas farmacológicas originaron un cambio en la planificación asistencial, así como en la investigación psicopatológica y clínica. En esta misma línea la expansión y el perfeccionamiento de la neurofisiología y la neuroquímica complementaron las fuentes de la llamada psiquiatría biológica.

La clínica se enriqueció aún más con las aportaciones de la psicopatología descriptiva, de la informática, la estadística, la psicología y la genética. La psiquiatría Europea fue incorporando las aportaciones Freudianas ortodoxas y heterodoxas. En los Estados Unidos la influencia psicoanalítica se dejó sentir impulsada por los refugiados judíos provenientes de la Europa nazi ( 4 ).

Antes de la década de los cincuentas los pacientes que sufrían de enfermedad mental eran considerados incapacitados y hospitalizados por largos años y a menudo por toda su vida. La condición de "enfermo mental crónico" se debe a que el poder curativo de la medicina es limitado. El cuidado del enfermo mental no solamente implica el de aliviar los síntomas de la enfermedad sino también el de mejorar su calidad de vida. Con el inicio de la política de desinstitucionalización hace dos décadas el tratamiento del enfermo mental crónico se estableció con una hospitalización breve, intervención en crisis y medicación para disminuir los síntomas, seguido de un inadecuado e inconsistente apoyo de los servicios psicosociales. Al ponerse en marcha esta política en los Estados Unidos un gran número de enfermos mentales crónicos tuvieron que mudarse de una larga estancia hospitalaria a su comunidad base y al cuidado de esta como parte de esta política. Los hogares a donde llegaron estos enfermos brindaron una alternativa a los hospitales mentales, pero expusieron a los pacientes a condiciones que quizá no fueron mejores que su estancia en los hospitales. Se ha observado que la calidad de vida de muchos de ellos está disminuida en muchas áreas de su vida, ya que generalmente son olvidados, se encuentran solos, sufren de síntomas residuales y muestran pobres habilidades, sus relaciones sociales se encuentran limitadas, permaneciendo distantes de sus familiares, sosteniéndose únicamente por el apoyo financiero que les brinda el gobierno, tal y como lo demuestra el estudio realizado por Lehman, Ward y Linn en 1982 al estudiar un grupo de enfermos mentales que habitan los hogares de cuidado y alojamiento para estos mismos en donde a pesar de haber encontrado una razonable alternativa a la hospitalización presentaron una serie de problemas que influyeron en una mejor calidad de vida, entre los que se contemplan la escasa asistencia financiera, las mínimas oportunidades de trabajo, la baja protección contra el crimen, la supervisión de las relaciones con otras personas en particular con la de los mismos hogares, así como una mínima relación con sus familiares, siendo más evidente una falta de satisfacción personal y una privacia dentro de los hogares ( 5 ).

Los esfuerzos para reducir la estancia hospitalaria por largos períodos ha motivado acciones para intensificar el tratamiento que acorte su estancia hospitalaria. La substitución del hospital de día, el uso de casas intermedias para su vida transicional y el desarrollo de la rehabilitación psicosocial en centros que utilizan estos modelos son la muestra. Leonard Stein y Mary Test siguiendo estos modelos, realizaron un seguimiento controlado a un programa modelo establecido para el enfermo mental crónico, el cual fue comparado con un modelo de atención convencional.

Los resultados demostraron que la estancia en una comunidad programada con un máximo de 14 meses reduce la necesidad de hospitalizar a los pacientes, enfatizando que la comunidad debe mostrarse comprensiva en ayudar a los enfermos en su adaptación a la comunidad. Al igual que en otros estudios se detectó que el primer obstáculo para su funcionamiento era el financiamiento, una vez que se descontinuo este programa se observo un deeterioro en los pacientes. Este mismo estudio ayudo además a optimizar los requerimientos de hospitalización para aquellos pacientes que no se puedan incluir en la comunidad, mismos que se mencionan a continuación:

a).- Para protección del individuo o de otros cuando el paciente este en inminente estado de suicidio o de homicidio.

b).- Para los pacientes con enfermedad psiquiátrica complicada con problemas médicos significativos y que requieran de un diagnóstico específico, así como de un tratamiento que unicamente se encuentre disponible en el hospital.

c).- Para los pacientes con psicosis severa que requieran de cuidados de enfermería que solamente el hospital los pueda brindar.

d).- Para los pacientes en medio de un episodio maniaco o depresivo , o de un episodio de esquizofrenia que muestre una conducta disruptiva ( 6-7 ).

La normalización no implica "aventar a los pacientes" a una comunidad que carezca de apoyo, sino más bien la creación de servicios de apoyo de alta especialización y experiencia clínica y técnica que brinde a los pacientes un mayor grado de independencia . Asi lo demuestra el estudio realizado por Gibbons y Butler efectuado en los hospitales -posada en un grupo de 15 pacientes, quienes los habitaron por un año, comparandolo con un hospital general del distrito de los Estados Unidos que atienden enfermos mentales, de las denominadas instituciones cerradas. Se obtuvieron resultados significativos ya que en el tiempo que permanecieron los pacientes en la comunidad se incrementó su interacción social y sus actividades, disminuyendo el comportamiento anormal y manifestaron sentir mayor libertad al estar en la comunidad. Sin embargo seis pacientes requirieron de hospitalización debido a que mostraron una pobre adaptación y una conducta agresiva ( 8 ).

En relación a las instituciones cerradas o totales, las cuales fueron denominadas así por Ervin Goffman, proporcionan un mundo propio y absorbente, en donde todas las actividades se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, en la compañía inmediata de un gran número de compañeros.

Estas actividades estan estrictamente programadas de tal manera que una actividad conduce a la otra creando en los internos no habituados a que sufran de crisis de aburrimiento. Aunado a estas características a su llegada a estas instituciones se conducen con una "cultura de presentación" derivada de un "mundo habitual" un estilo de vida y una rutina de actividades, cuando la estadía es larga puede ocurrir lo que se denomina "desculturación" que le incapacita temporalmente para encarar después aspectos de la vida exterior en el momento que lo hagan nuevamente (9). Existe una clara diferencia entre la custodia psiquiátrica y el establecimiento de los pacientes fuera del hospital siendo la diferencia más marcada en lo que se refiere al autocontrol del paciente y lo relacionado a una mayor restricción de sus actividades como lo han reportado Simson y Nagy en 1988 en que refieren una mejor calidad de vida en las posadas reflejando una mejor existencia y satisfacción subjetivas. En España Jorda-Moncardo y Espinoza Iborra comparten estas conclusiones sin embargo en su estudio en donde evaluaron a 613 enfermos mentales que tras una estadía de 22 años dentro de un hospital en Valencia fueron transferidos a la comunidad detectaron una serie de restricciones que deben de ser tomadas en cuenta al momento de la decisión de transferir a los enfermos mentales a la comunidad, dentro de estas observaciones se marcan las de extensión y espacio a ocupar por los enfermos, la presencia de una persona encargada del cuidado de los pacientes, así como la relación paciente/personal, el financiamiento, así como las actividades dentro y fuera de la comunidad (10).

Si bien la revolución social motivó en los años sesentas a la psiquiatría a sospechar en el deterioro psicosocial del efecto de la institucionalización, sería conveniente puntualizar al respecto en una serie de investigaciones. Cuando Kraepelin introdujo el término de "demencia precoz" estaba dirigido a una "entidad de enfermedad" la cual llevaba a una edad temprana a una demencia crónica semejante a las demencias orgánicas de la edad mayor. El término "deterioro" expresa la noción del impedimento del funcionamiento psicológico de los pacientes esquizofrénicos. Para Manfred Bleuler el término "deterioro" no solamente esta contemplado a los síntomas continuos a los largo de la evolución, sino también a las alteraciones cognitivas y afectivas que presentan. Alrededor del 10% de los pacientes esquizofrénicos experimentan un deterioro permanente, un 35% muestra signos duraderos leves y otro 35% aparecen curados por largos períodos.



pero con fases agudas intermitentes. El 20% se mantienen estables y curados por largos años. Los síntomas que incluyen al deterioro son: afecto incipiente, indiferencia, retracción social, algunos mencionan resignación, comportamiento estereotipado y manierismos, así como ciertos desordenes cognitivos especialmente afocados a la atención y las funciones intelectuales básicas. Es más evidente durante la fase crónica de la enfermedad y las remisiones que ocurran después de largos períodos de deterioro severo. Luc Ciompi considera que el deterioro esquizofrénico es predominantemente biológico y de naturaleza orgánica, estableciendo además una segunda teoría predominantemente psicosocial. Incluyendo además que esta relacionado a un estado crónico caracterizado por síntomas negativos los cuales describen al deterioro esquizofrénico típico ( 11-5 ).

Por otra parte establecer entidades que lleven a un deterioro o que en otras se establezca el de demencia, requiere de hacer algunas consideraciones al respecto. El término deterioro se debe aplicar sólo en aquellos casos en que se ignora el curso evolutivo de un padecimiento, ante un cuadro clínico de apariencia demencial y que reúna los requisitos de un síndrome clínico en que están presentes los demás síntomas y signos del padecimiento que provoca el deterioro. A su vez el término de demencia debe reservarse para aquellos cuadros con déficit funcional permanente e irreversible, relacionado a las funciones corticales superiores en especial a la memoria y el pensamiento, lo suficiente para provocar un funcionamiento deficiente de la vida cotidiana. La importancia de identificar estas entidades es establecer la evolución y el pronóstico del padecimiento así como el de instaurar las medidas rehabilitatorias necesarias. *detalles enfermos mentales ( 16-7 )*.

Con la intención de evitar en la actualidad la cronicidad del enfermo mental la instauración de una breve hospitalización para disminuir los síntomas ayudados del manejo farmacológico para que, posteriormente se solicite el apoyo de los servicios psicosociales. Se ha identificado que la vulnerabilidad del paciente al estrés juega un papel importante en el curso y resultado de los síntomas que aunado a la compleja interacción con los factores biológicos, medicambientales y del comportamiento pueden desencadenar síntomas psicóticos, desencadenados estos cuando los eventos de estrés que ocurren en los eventos de la vida diaria o tensiones ambientales sobrepasan las habilidades del paciente. Las técnicas de rehabilitación que fortalezcan y den soluciones a la vulnerabilidad del paciente y le confieran habilidades para darle contención al estrés a manera

de compensarlo, disminuirán la vulnerabilidad de recaída a la enfermedad. El proceso de rehabilitación requiere de un buen control y manejo de la medicación neuroléptica, ya que estas drogas son elementos importantes para contener la vulnerabilidad biológica. Evidencias empíricas refieren que las drogas neurolépticas reducen la susceptibilidad del impacto al stress originados por los eventos de la vida diaria o situaciones ambientales, tales como la tensión familiar, sin embargo los efectos colaterales y las actitudes negativas al tomar la medicación resultan en pobre seguimiento y acatamiento de los pacientes al tratamiento. Reducir la cantidad de stress en el paciente relacionada al medioambiente social es otra acción de la intervención psicosocial. El medioambiente familiar establece un mejor curso del stress y apoya al manejo farmacológico lo que incluye la educación a los miembros de la familia, acerca de la naturaleza y curso de la enfermedad, un entrenamiento efectivo de la comunicación de las destrezas del paciente junto con la asistencia de la familia, para el uso de técnicas que ayuden a contener los problemas que le originen conflicto al paciente y pueda resolverlos. Paul Liberman y Cathryn Evans proponen tres componentes de un programa de stress/vulnerabilidad que promete una rehabilitación de pacientes con esquizofrenia. Este programa en su primera parte establece que los pacientes sean preparados para una vida independiente y un entrenamiento de destreza social. La segunda técnica es el manejo de la automedicación, en donde ambos tanto el paciente como su familia sean educados acerca de la acción de las drogas y sus efectos colaterales y negativos. La última parte del programa es el manejo del comportamiento de la familia hacia el paciente, a quien se le educa acerca de la naturaleza y manejo de la esquizofrenia. Así mismo proponen que este modelo puede ser utilizado y aplicado en la rehabilitación del enfermo mental crónico en general ( 18 ).

Con el propósito de estudiar con detalle la vida diaria típica de los pacientes mentales crónicos ambulatorios, Delspaul y Marten DeVries estudiaron 11 pacientes ambulatorios, comparado con un grupo control de 11 sujetos normales, los diagnósticos fueron heterogéneos. Los resultados demostraron que la psicopatología se veía influenciada por el medioambiente social observándose en su estado mental, traduciendo en un incremento del pensamiento abstracto y del proceso de soñar despierto, mas evidente cuando se encontraban solos que estando en los hogares. La manera de responder fue individual y diferente a un estímulo ambiental determinado ya existente. A pesar del déficit crónico y desventaja de los pacientes crónicos mentales, estos mostraron solamente diferencias menores que el grupo control. La condición

crónica no afecto significativamente las actividades de ellos. En conclusión se refiere que los pacientes ambulatorios crónicos pueden llevar una "vida normal" en la comunidad y pueden hacer uso de los sitios sociales disponibles así como las actividades esenciales similares a sujetos normales, mostrando unicamente una variedad de vida menos expresiva. También se observo que después de la fase aguda de la enfermedad los pacientes muestran inestabilidad del pensamiento y del humor para posteriormente tener una aparente reorganización de su vida en orden de minimizar el estres ( 19-20 ).

## JUSTIFICACION

En el Hospital Psiquiátrico "Dr Samuel Ramirez Moreno" se encuentra hospitalizada una numerosa población de pacientes psiquiátricos con un elevado promedio de años de internamiento. Muchos de ellos se encuentran hasta hoy con el mismo diagnóstico elaborado a su ingreso. Este hecho obliga a la búsqueda de instrumentos actuales para su clasificación. Asimismo es importante identificar el funcionamiento actual del paciente, lo que hace necesario la búsqueda de instrumentos de medición que traduzcan el estado actual del paciente.

## OBJETIVOS

1.- Evaluar el nivel de funcionamiento de los pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico "Dr Samuel Ramirez Moreno".

2.- Determinar si este nivel de funcionamiento se asocia con el tiempo de internamiento, diagnóstico, intensidad del cuadro y tratamiento psicofarmacológico.

## JUSTIFICACION

En el Hospital Psiquiátrico "Dr Samuel Ramirez Moreno" se encuentra hospitalizada una numerosa población de pacientes psiquiátricos con un elevado promedio de años de internamiento. Muchos de ellos se encuentran hasta hoy con el mismo diagnóstico elaborado a su ingreso. Este hecho obliga a la búsqueda de instrumentos actuales para su clasificación. Asimismo es importante identificar el funcionamiento actual del paciente, lo que hace necesario la búsqueda de instrumentos de medición que traduzcan el estado actual del paciente.

## OBJETIVOS

1.- Evaluar el nivel de funcionamiento de los pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico "Dr Samuel Ramirez Moreno".

2.- Determinar si este nivel de funcionamiento se asocia con el tiempo de internamiento, diagnóstico, intensidad del cuadro y tratamiento psicofarmacológico.

## MATERIAL Y METODOS

### SUJETOS

Se incluyeron a todos los pacientes hospitalizados en el pabellón #2 del hospital psiquiatrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno". Éste fue inaugurado en 1967 y es dependiente de la Secretaria de Salubridad , ubicado en el Km 5.5 de la autopista México -Puebla, en Sta. Catarina Tláhuac , D.F. Todos los pacientes hospitalizados son del sexo masculino.

### MATERIAL:

Se utilizaron los siguientes instrumentos :

- 1.- Una hoja para la recolección de datos clínicos y demográficos diseñada ad-hoc para la investigación. Incluyéndose las siguientes variables: diagnóstico, tratamiento psicofarmacológico y fecha de ingreso, años de internamiento con su fecha del mismo, diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico actual, visitas familiares y salidas terapéuticas.
- 2.- Escala para evaluar el funcionamiento psicosocial de Vineland (21-4)
- 3.- Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS) que evalúa síntomas psiquiatricos (25)
- 4.- El diagnóstico de los pacientes se realizó en base a los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE-10) (26).
- 5.- Examen Cognitivo Breve (Mini-mental) (27)

## PROCEDIMIENTO

En la hoja de recolección de datos se anotaron los datos clínicos y demográficos de cada uno de los pacientes estudiados, tomados tanto del expediente clínico como del expediente de trabajo social.

Para establecer los diagnósticos actuales, se iniciaba con la evaluación de cada uno de los pacientes dentro de uno de los consultorios del pabellón bajo un clima adecuado, en donde el psiquiatra adscrito al pabellón supervisaba la entrevista realizada por el residente de psiquiatría encargado del estudio, anotándose las características más importantes de la misma. Posteriormente se hizo un análisis del mismo por el psiquiatra adscrito al pabellón, supervisados y asesorados por los demás médicos psiquiatras adscritos al hospital, en especial ante los diagnósticos más difíciles.

Para la aplicación y evaluación de la escala de funcionamiento Vineland se solicitó la supervisión y orientación del servicio de rehabilitación del hospital. Para fines estadísticos se utilizó la edad equivalente una vez aplicada la escala.

## RESULTADOS

- 1.- Se incluyeron todos los pacientes del pabellon #2.
- 2.- El promedio de edad fue de 45 años con un rango de 20 a 83 años, teniendo una desviación estándar de 16.3.
- 3.- El promedio de escolaridad fue de 3 años ( 0 a 16 años) con una desviación estándar de 3.8.
- 4.- En cuanto a la fecha de ingreso el 14% de los pacientes ingreso en 1967. El promedio de internamiento fue de 13.5 años (+/-8.5 años).
- 5.- El 70% de los pacientes se encuentran abandonados. El 36% de los pacientes salen del hospital , el 19.7% sale como parte del programa del mismo y solamente el 16% lo hace con sus familiares.
- 6.- De los diagnósticos que se hicieron a su ingreso predominó el de retardo mental con un 42%. El 81% tenían un diagnóstico, el 18% tenía dos o tres diagnósticos y el 7% tenía diagnósticos como: esquizofrenia mas retardo mental, esquizofrenia secundaria a etilismo o farmacodependencia mas esquizofrenia.
- 7.- En el cuadro 1 se muestran los diagnósticos que se hicieron durante la realización de este trabajo, en el que predominio el de retardo mental con el 43.6%, siendo para el retardo mental profundo el mayor porcentaje de 18%. En lo que respecta al diagnostico de Esquizofrenia el 8% correspondio a la denominada residual.
- 8.- El manejo psicofarmacológico de los pacientes a su ingreso y actual se muestra en el cuadro 2, en el que predominan los neurolepticos con 100% y 98% respectivamente.  
En lo que respecta al manejo psicofarmacológico actual el 66% recibían neurolepticos y otros medicamentos como anticonvulsivantes o benzodiazepinas o mas de 3 neurolepticos como lo muestra el cuadro 3.
- 9.- En el cuadro 4 se expresan los síntomas de la escala de BPRS, en donde la mayor intensidad se encuentra en la sintomatología afectiva.



- 10.-El resultado del examen cognitivo breve es expresado en promedio y desviación estándar, representado en el cuadro 5, en el que se obtuvo un promedio menor al establecido.
- 11.-En el cuadro 6 se reporta el promedio de edad equivalente la cual fue de 5.5 con una mediana de 6.6 y una desviación estándar de 2.2 .
- 12.-Se observa en el cuadro 7 la relación ( r ) entre el nivel de funcionamiento con cada una de las variables clínicas. Se observa que la correlación es mayor entre el estado cognitivo y el nivel de funcionamiento de los 71 sujetos estudiados.
- 13.-El cuadro 8 reporta el nivel de funcionamiento por grupo de diagnósticos; es evidente que los pacientes con retardo mental tenían el nivel mas bajo de funcionamiento. Asi como se reporta que el 3.5% ( n=5 ) no se le aplicó la escala debido a su intenso deterioro global.
- 14.-Los resultados de las escalas Vineland, BPRS, Mini-mental, expresadas en promedio y desviación estándar se reportan en el cuadro 9, apreciándose que el deterioro cognitivo es más intenso en el grupo de los pacientes abandonados asi como el nivel de funcionamiento es menor.

Cuadro 1. Diagnóstico Actual de los pacientes estudiados.

Diagnostico	n=	%
Retardo Mental	31	43.6
Trastorno de la Personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	17	23.9
Esquizofrenia	15	21.1
Trastorno Mental Orgánico o Sintomático sin Especificación	4	5.6
Trastornos Mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o sustancias psicótropas	3	4.2
Trastorno Esquizoafectivo	1	1.4
Total	71	100

Cuadro 2. Medicamentos Administrados a los pacientes.

Medicamento	n=	Ingreso n=71 (%)	n=	Actual n=71 (%)
Neurolepticos	71	100	69	98
Anticonvulsivantes	42	59	55	77
Anticolinergicos	30	42	40	56
Benzodiazepinas	12	17	20	28
Antidepresivos	0	0	5	7
Sin Medicamento	2	2.8	2	2.8

Cuadro 3. Porcentaje obtenido de acuerdo a las combinaciones de medicamentos

	n=71	(%)
----- Neuroleptico mas otro medicamento		66
Neuroleptico solo		32
Anticonvulsivante solo		9.8
-----		

Cuadro 4. Intensidad de los síntomas ( BPRS ) expresada en promedio y desviación estándar.

Síntomas	n=43	
	$\bar{X}$	de
Preocupaciones somaticas	1	1.5
Ansiedad	1.5	1.7
Pobreza emocional	1.6	1.5
Desorganización emocional	1.8	1.7
Sentimientos de culpa	0.1	0.6
Tensión	1.8	1.6
Amaneramientos posturas extrañas	1.2	1.4
Grandiosidad	1.2	1.7
Depresión	1.8	1.7
Hostilidad	0.5	1.0
Alucinaciones	1.5	1.9
Retardo motor	1.7	1.6
Falta de cooperacion	1.2	1.3
Contenido del pensamiento raro	2.2	1.9
Aplanamiento afectivo	1.7	1.6
Excitación	0.4	1.1
Desorientación	2.1	2.0
Total	25.7	11.8

Cuadro 5. Resultado del examen cognitivo breve, expresado en promedio y desviación estándar

Evaluación	n=43	
	$\bar{X}$	de
Orientación	2.6	1.7
Orientación	3.4	1.1
Registro	2.0	1.4
Atención y cálculo	1.9	2.1
Memoria a corto plazo	1.7	1.4
Lenguaje y seguimiento de ordenes	6.5	1.8
Total	18.3	7.2

Cuadro 6. Reporte de la edad equivalente en promedio, mediana y desviación estándar del nivel de funcionamiento (Vineland) de la población estudiada.

Edad equivalente		n=71
$\bar{X}$	5.5	
Mediana	6.6	
de	2.2	

Falta pag.

# 19

---

Cuadro 9. Escalas clínicas de los pacientes abandonados y no abandonados, expresada en promedio y desviación estándar

	Abandonados			No abandonados		
	n	$\bar{X}$	de	n	$\bar{X}$	de
Vineland	50	5.5	2.7	21	6.1	2.8
BPRS	29	25.9	12.9	14	27.0	10.0
Escala breve cognitiva	29	17.8	6.4	14	18.9	8.1

## CONCLUSIONES

La psiquiatría vecina a las ciencias del hombre se beneficia con los progresos de estas y sufre con sus modas. Su objetivo no lo constituye el discurso sobre la locura sino el enfermo en su realidad desgraciada y su condición extraña. Desde la época primitiva la concepción de la enfermedad mental ha sido influenciada por el sistema mágico religioso hacia los métodos curativos que aun en nuestros días prevalecen a pesar de las nuevas aportaciones de la psiquiatría biológica y las nuevas estrategias terapéuticas.

El progreso en la asistencia a los enfermos mentales enfoca una concepción de la persona a la que se reconoce como tal en su determinación psicológica, biológica y social. A partir de los años 60s con la influencia social, ha originado un cambio en los modelos y técnicas de rehabilitación complementarias a los modelos psicoterapéuticos y farmacológicos previamente establecidos ( 5,7,14,18 ). Motivando a la psiquiatría a establecer tratamientos eficaces que acorten la estancia hospitalaria que reduzcan la evolución a la cronicidad y el deterioro y como consecuencia mejoren su calidad de vida. Las técnicas de rehabilitación tienden a su vez a maximizar las oportunidades del individuo, para incrementar su recuperación y disminuir los efectos discapacitantes de la cronicidad en cuyos objetivos se contemplan el manejo ambiental y nivel individual, familiar y comunitario ( 28-9,30 ).

A partir de 1920 tanto en Europa como en los EEUU se presentaron cambios a las leyes previamente establecidos las cuales incrementaron la protección a los enfermos mentales y en el que la atención hospitalaria se convirtiese en un instrumento de readaptación social y no un medio que favorezca la cronicidad pretendiendo utilizar al hospital como un instrumento de curación. Los resultados de este estudio reflejan la importancia de evaluar las variables sociodemográficas en el momento de intervenir, tras la aparición de una enfermedad psiquiátrica. Indudablemente el factor más importante lo fue el abandono familiar, pues hoy en día el interés de la psiquiatría en la enfermedad mental de un individuo se complementa con el apoyo de la familia y a su vez de la comunidad, en la familia, núcleo de nuestra sociedad se generan una serie de cambios como consecuencia de una enfermedad



mental, originando crisis que dificultan la aceptación de la misma, marcando un rechazo hacia el individuo en la mayoría de las veces. El apoyo de la familia es de vital importancia para la reincorporación del paciente hacia su comunidad, siendo base de los nuevos modelos de rehabilitación en cuya finalidad se busca evitar la cronicidad y la estadía por largos períodos de tiempo hospitalizado ( 12-3-8,31 ).

Como consecuencia de tal abandono el funcionamiento social y cognitivo resultaron afectados dicho grupo como se reporta en este estudio. Siendo menor el nivel de funcionamiento en el grupo de pacientes con diagnóstico de retardo mental en donde es importante remarcar el porcentaje de 18% que ocupó el diagnóstico de retardo mental profundo.

Las escalas empleadas fueron adaptadas de acuerdo a la población estudiada ya que esta mostro diagnósticos heterogéneos; en donde la escala de Vineland pudo aplicarse a la población estudiada con excepción de un 3.5% que correspondió a el grupo con diagnóstico de retardo mental profundo, a su vez, la escala de BPRS y de Mini-mental fue aplicada al grupo de pacientes con menor grado de deterioro, y en el que se aprecia una marcada intensidad de los síntomas afectivos reportadas en el BPRS y un deterioro cognitivo reflejado en los resultados. A su vez los resultados obtenidos en la escala de madurez social de Vineland indican que el nivel de funcionamiento se encuentra en relación directa con el estado cognitivo hacia un deterioro mayor e inversamente con la sintomatología esto debido como se comento a que la escala de BPRS no se aplicó a toda la población. Así mismo la escala de Vineland mostro una edad equivalente promedio de 5.5 años en la población estudiada ( n=71 ), es decir que en este pabellón el funcionamiento social se establece en una edad preescolar.

Sin embargo a pesar del abandono familiar, el hospital cumple con su función, de que el paciente continúe en contacto con el mundo exterior tratando de socializarlo al tener salidas programadas siendo esto importante ya que establece cierta rehabilitación que disminuirá su deterioro, asu vez la asistencia a los pacientes con retardo mental profundo es de vital importancia para la supervivencia de los mismos.

Con lo que respecta a los diagnósticos establecidos estos en su mayor porcentaje en el de retardo mental que no vario con relación a los realizados a su ingreso, sin embargo el porcentaje de diagnósticos de esquizofrenia establecidos en este estudio disminuyó esto, probablemente como se reporta en la literatura a que existen estados psicóticos parecidos a la esquizofrenia en los pacientes con retardo mental ( 24 ).

Por último se considera que este estudio es pionero en nuestro hospital, en el que refleja solo una parte de la población lo que origina nuevos estudios al respecto. Refleja que los factores más importantes que llevan al paciente hacia la cronicidad son los sociales ya que el hospital brinda la atención con respecto a la sintomatología, referido en el tratamiento farmacológico. Sugiriendo que la evaluación de la funcionabilidad social se establezca a través de cada una de las áreas, con la finalidad de establecer mejores programas de rehabilitación. Con lo que respecta al abandono familiar sugerimos estudios que investigue cuales fueron los motivos y que den soluciones a futuro ante nuevos pacientes.

Los modelos que se mencionan en la literatura revisada pudieran ser adaptados a las características de la población de nuestro hospital rescatando a los pacientes de la cronicidad. A su vez la rehabilitación que se establezca en los pacientes debe estar acorde con los diagnósticos establecidos para obtener resultados más optimos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Postel J, Quet el C, Quinta parte, El siglo XIX. En Historia de la Psiquiatría, Editions Privat, Tolosa, 1993, pp 163-452.
- 2.- Pelicer Y, Historia de la psiquiatría, Ed Pa idos, Buenos Aires Argentina 1973.
- 3.- Mora G, Historia de la psiquiatría. En tratado de la psiquiatría, Kaplan y Sadok, Willians y Wilkins eds, Baltimore 1989, pp 2030-2050.
- 4.- Vallejo R, Historia de la Psiquiatría. En Introducción a la psicopatología y psiquiatría, tercera edición, Salvat editores Barcelona 1992, pp 1-11.
- 5.- Lehman et al. Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue. Am J Psychiatry, Vol 139 No 10, 1982,1271-6.
- 6.- Anderson MD, Kuenhle MD, Diagnosis and early management of acute psychosis. N Engl J Med, vol 305 No 19, 1128-30, 1981.
- 7.- Wan PhD y Ozacn PhD. Determinats of psychiatric rehospitalization a social area analys. Com Mental Healt J vol 27 No 1, 3-16,1991.
- 8.- Gibbons y Butler. Quality of life for "New" long stay psichiatric in patients. Brit J Psychiat vol 151, 347-54,1987.
- 9.- Goffman E. Internados, Ed Amorrortu eds, Buenos Aires,Argentina,1992.
- 10.-Moscardo e Iborr a, Study of alternative accommodation, using the hospital hotel practices profile. Soc Psychiatry Epidemiol vol 26 :151-6, 1991.
- 11.-Cutting J, Schizophrenic deterioration, Brit J Psychiat vol 143:77-84, 1983.
- 12.-Beels et al, Measurements of social support in schizophrenia. Schizophrenia Bull, vol 10 No 3, 399-411,1984.
- 13.-Veaghn PhD et al , Factors in schizophrenic relapse. Arch Gen Psychiatry vol 41 Dec 1169-77,1984.
- 14.-Andreasen NC, Negative syntoms in schizophrenia, Arch Gen Psychiatry vol 39 Jul,784-8,1982.
- 15.-Andreasen NC, Negative u positive schizophrenia Arch Gen Psychiatry vol 39 Jul,789-94,19822.
- 16.-Patiño JL, Oligofrenias y estados demenciales. En Psiquiatría clínica, Salvat eds, México D.F. 1990, pp 63-82.
- 17.-Krassoievith M, Concepto y manejo del paciente con demencia. En Demencia presenil y senil. Salvat eds. México DF 1988, pp203-33.
- 18.-Lieberman MD, Evans. Behavioral rehabilitation for chronic mental patients, J Clin Psychopharmacol vol 5 No 3 Jun 8S-14S,1985.

- 19.-Delespaul PhC, DeVries MD. The daily life of ambulatory chronic mental patients J Nerv Ment Dis vol 175 No 9,537-44,1987.
- 20.-Aiken PhD. Improving the care of patients with chronic mental illness. N Engl Med ,vol 317 No 26, 1634-8,1987.
- 21.-Doll EA. The measurement of social competence : a manual for the Vineland social maturity scale. Circle Pines, American Guidance Service, 1953.
- 22.-Raggio y Massingale, Comparability the Vineland social maturity scale and the Vineland adaptive behavior scales, survey form with infants evaluate for developmental delay. Percept Mot Skills vol 71 415-8,1990.
- 23.-Raggio y Massingale, Comparison of the Vineland social maturity scale the Vineland adaptive behavior scales, survey from the Bayley scales of infant development with infants evaluate for developmental delay, Percept Mot Skills vol 77, 931-7, 1993.
- 24.-Lipman PhD, Dibble DSW, Methodological Issues in treatment research of mental illness in the mentally retarded, Psychopharmacology Bull vol 22 No 4,1045-87,1986.
- 25.-Overall JE, Gorham DR, The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports vol 10,799-812,1962.
- 26.-The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, Organizacion Mundial de la Salud, Madrid 1992.
- 27.-Folstein MS, Mini-mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients from the clinician. J Psychiatric Res. 1975; 12:189.
- 28.-Saraceno B, La rehabilitacion entre modelos y practicas, An Sal Mental, VIII:235-43,1992.
- 29.-Saraceno B, De Luca, Problemas metodologicos en la evaluacion de un programa de rehabilitacion. Rev Asoc Esp Neuropsiq, vol XII, No 40,9-10,1992.
- 30.- Saraceno B, Montero F, La rehabilitacion entre modelos y practica, An Sal Mental, VIII:7-11,1992.
- 31.-Ramón de la Fuente, La familia y la salud mental. En Psicología Médica, Fondo de cultura económica, 2da edición,1992, pp154-76.

## INDICE

PAGINA	
1.....	Portada
2.....	Introducción
10.....	Justificación y objetivos
11.....	Material y método
12.....	Procedimiento
13.....	Resultado
15.....	Cuadro 1
16.....	Cuadro 2 y 3
17.....	Cuadro 4
18.....	Cuadro 5 y 6
19.....	Cuadro 7 y 8
20.....	Cuadro 9
21.....	Conclusiones
24.....	Bibliografía
26.....	Indice