

11241
31

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE". SEGUIMIENTO A TRES AÑOS (1997-2000)

DR. MANUEL ALEJANDRO MUÑOZ SUÁREZ

DRA. MARTHA P. ONTIVEROS
TUTOR TEÓRICO

DRA. MARÍA DEL CARMEN LARA
TUTOR METODOLÓGICO

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA".

2002

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dr. Ed.
Alfonso...
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE".
SEGUIMIENTO A TRES AÑOS (1997-2000)**

Alumno: Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez

Sede Clínica: Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"

Sede Académica: Universidad Nacional Autónoma de México

Tutor Teórico: Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

Tutor Metodológico: Dra. María Del Carmen Lara Muñoz

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	7
HIPÓTESIS	8
MATERIAL Y MÉTODO	9
A) CLINIMETRÍA	10
B) ANÁLISIS	15
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIÓN	36
BIBLIOGRAFÍA	37

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la hospitalización de los pacientes psiquiátricos se ha ido transformando de forma importante; caracterizándose por: la reducción continua en la población de pacientes con enfermedades mentales crónicas en los hospitales, el cambio en la forma de atención, así como un incremento entre las alternativas de tratamiento.

Un estudio de Bachrach publicado en 1996 (1) reportó que la población internada en los hospitales psiquiátricos públicos de Estados Unidos disminuyó a menos de 80 000 durante el periodo de 1990 a 1995. En contraste el número de unidades psiquiátricas especializadas dentro de los hospitales generales se incrementó de 664 en 1970 a 1516 unidades para 1992, además de que el número de hospitales psiquiátricos privados se triplicó y estos reportaron un incremento del 400% en la admisión hospitalaria de pacientes. Actualmente en Estados Unidos la mayoría de las personas con enfermedades mentales severas viven dentro de la comunidad, contando con vigilancia médica.

Los cambios en cuanto a las condiciones en que se brinda el servicio médico y la creciente atención que se ha puesto en las alternativas existentes para los pacientes que requieren hospitalización, pero dentro de la comunidad, podrían hacer pensar que el número de personas que se egresan de los servicios de hospitalización decaería, así como que el número de días que los pacientes están internados en los hospitales generales

disminuirían. Por otro lado se ha observado un aumento en la proporción de pacientes con trastornos severos entre el grupo de enfermos psiquiátricos hospitalizados.

Diversos países dentro de sus políticas de salud han ido disminuyendo el número de hospitales psiquiátricos públicos, dejando el cuidado de los pacientes crónicos a las residencias comunitarias, al mismo tiempo que la atención psiquiátrica se considera perteneciente a los hospitales generales. Muchos de los pacientes que anteriormente recibirían atención en los hospitales psiquiátricos públicos, hoy en día acuden para su atención a los hospitales generales. La hospitalización actualmente es corta y enfocada al manejo de crisis y la estabilización sintomática. Parecería que de los pacientes con un trastorno psiquiátrico, los que están menos enfermos están incrementando su número pero requieren de menos hospitalizaciones; y su lugar en los hospitales psiquiátricos está siendo ocupado por pacientes con trastornos psiquiátricos más severos.

Entre 1988 y 1994 D. Mechanic y su equipo (2) examinaron las tendencias existentes en los hospitales generales de Estados Unidos para el cuidado intrahospitalario de los pacientes psiquiátricos, encontraron que los egresos de personas con diagnóstico de algún trastorno mental se incrementó de 1.4 a 1.9 millones durante esos 6 años. Los egresos con transferencia de pacientes hacia instituciones psiquiátricas privadas se incrementó, y disminuyó sustancialmente hacia los hospitales públicos. Además el promedio de días de estancia de una persona dentro de alguna institución psiquiátrica también disminuyó, principalmente en las unidades privadas. Los autores señalan que la atención psiquiátrica intrahospitalaria pasa por un proceso en el cual los pacientes, que en épocas previas eran atendidos en hospitales psiquiátricos públicos, ahora son atendidos en forma privada. Y con el cuidado adecuado, son mantenidos por periodos largos dentro de la comunidad, es decir, fuera de las instituciones que se creaban para dicho fin. Por otra parte los hospitales privados han incrementado la atención de los pacientes que cuentan con seguridad social y que cursan con trastornos mentales más severos.

Otros estudios al respecto, aunque limitados, indican que muchos de los pacientes crónicos que antes ocupaban las camas de los hospitales psiquiátricos, ahora viven en pequeñas instituciones comunitarias.

Al paso del tiempo se ha incrementado la proporción de pacientes con trastornos mentales graves atendidos dentro de las unidades psiquiátricas de los hospitales generales; principalmente en los hospitales generales privados, aunque en las instituciones públicas se sigue dando atención a pacientes con trastornos mentales severos pero que no tienen seguridad social.

Ante este panorama, la gran proporción de pacientes egresados después de internamientos breves nos señala una interrogante sobre la calidad en la atención que se presta. Las estancias hospitalarias cortas pueden ser desventajosas al grado de que den una recuperación inadecuada al momento del egreso y esto aumente el porcentaje de reingresos. Sin embargo, existen evidencias de que las estancias breves pueden ser efectivas y exitosas, y el resultado al egreso es la estabilización clínica.

Los egresos hospitalarios para los trastornos psiquiátricos en los hospitales generales públicos en los Estados Unidos cayeron casi un 30% entre 1988 y 1994. Esta disminución se dio principalmente entre los pacientes con diagnósticos menos severos (2), probablemente han dejado de ser tan hospitalizados porque se les puede tratar en forma efectiva de manera ambulatoria, sin necesidad de ser hospitalizados.

La atención intrahospitalaria es el componente más caro en los servicios de salud mental. La información que se tiene es insuficiente acerca del tipo de cuidados, de las normas y procedimientos adecuados para las estancias hospitalarias de los pacientes o bien de las características intrahospitalarias que resultan en mejores condiciones al egreso y de las interconexiones con los servicios necesarios para el cuidado extrainstitucional de los enfermos. Por lo que los cuidados hospitalarios del enfermo psiquiátrico deben formar parte de un sistema balanceado entre diversos componentes; con ligas fuertes a un grupo importante de servicios extrahospitalarios. Diversos estudios sugieren que estas ligas comúnmente son pobres y débiles, y a menudo los pacientes con los trastornos más severos y persistentes, no reciben el cuidado posterior y los servicios comunitarios que requieren, lo cual favorece la exacerbación sintomática y las recaídas. Aunque se ha puesto mucho énfasis en la forma en que se brinda la atención médica para el tratamiento de la enfermedad mental, si ésta es adecuada y efectiva puede darnos la oportunidad de obtener

una mejor integración entre las intervenciones del paciente hospitalizado y los servicios comunitarios de atención.

Los pocos estudios acerca de estos tópicos en la literatura internacional hasta el momento no incluyen datos específicos acerca de la atención psiquiátrica en México.

El 26 de diciembre de 1979 se creó, por decreto presidencial, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, un organismo descentralizado al cual se le asignaron como funciones principales: el realizar investigaciones científicas en el campo de la psiquiatría y la salud mental, formar al personal capaz de llevarlas a cabo, adiestrar profesionales y técnicos, llevar a cabo el estudio integral de los enfermos psiquiátricos, y fungir como asesor de otros organismos públicos y privados en el ámbito de su competencia. Para tales efectos se cuenta con diversas instalaciones, entre ellas y desde 1990, se hace uso de un área de hospitalización, que desde 1999 cuenta con 50 camas. Se trata de un cupo limitado, por lo que se hace necesario que este servicio se restrinja a pacientes cuyo estudio y tratamiento pueda llevarse a cabo en un periodo breve; las características físicas de esta unidad no permiten la atención a personas que sufran daño severo o irreversible o que requieran medidas de restricción extremas o aislamiento.

Con lo anterior y considerando las tendencias y las características actuales de la atención y de los servicios psiquiátricos en los diferentes países del mundo, nos propusimos llevar a cabo un estudio para definir y caracterizar la población que ha requerido internamiento en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente renombrado como Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INPRF), en los últimos tres años (1997-2000), y realizar una observación a lo largo de estos años, a manera de seguimiento, para aquellos pacientes que fueron internados en dicha institución.

OBJETIVOS:

- a) Describir las características sociodemográficas de la población hospitalizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INPRF), entre septiembre de 1997 y diciembre de 1997.
- b) Describir las características clínicas, de acuerdo al diagnóstico axial del DSM-IV, de la población hospitalizada en el INPRF entre septiembre de 1997 y diciembre de 1997.
- c) Descripción de las características sociodemográficas y clínicas de la población que ameritó más de un ingreso hospitalario en el INPRF, durante el periodo de tiempo comprendido entre septiembre de 1997 y diciembre de 2000.
- d) Establecer una comparación entre el subgrupo de pacientes con más de un ingreso hospitalario durante los tres años de seguimiento (1997-2000), y el grupo de pacientes que ameritaron únicamente un internamiento hospitalario en el periodo inicial de septiembre de 1997 a diciembre de 1997.
- e) Conocer el estado clínico y de funcionamiento global actual de los pacientes que ameritaron atención intrahospitalaria entre septiembre de 1997 y diciembre de 1997.

HIPÓTESIS

- a) Existen diferencias sociodemográficas y clínicas entre los pacientes que se hospitalizan una sola vez y aquellos que lo requieren en más de una ocasión.
- b) La intensidad, severidad y cronicidad de los trastornos psiquiátricos son diferentes entre los pacientes con un solo internamiento y aquellos con más de uno.
- c) El funcionamiento global de los pacientes con un solo internamiento es diferente al de aquellos que lo han ameritado en más de una ocasión.
- d) La percepción del paciente acerca de su enfermedad es diferente entre aquellos con un solo internamiento y los que cuentan con más de uno.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyó a todo aquel paciente que ameritó internamiento hospitalario dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” entre los meses de septiembre de 1997 y diciembre de 1997, con lo que se conformó la muestra para estudio. No hubo ningún criterio de exclusión que impidiera que el paciente quedara incluido en dicha muestra. Se recurrió a la revisión documental de los archivos y registros internos de la institución, a través de los cuales se obtuvo el listado de los expedientes clínicos de los pacientes, que fueron consultados para obtener la ficha de identificación que incluye: el sexo, la edad, los diagnósticos clínicos de acuerdo al sistema axial del DSM IV y el tratamiento farmacológico empleado al momento del egreso hospitalario del paciente; además del número de días de estancia y el motivo del egreso.

Con lo anterior se efectuó la primera fase del estudio, la cual consistió en un estudio de tipo transversal, descriptivo, de carácter epidemiológico, con el objetivo de conocer las características clínicas y sociodemográficas de la población que requirió manejo intrahospitalario en el Instituto Nacional de Psiquiatría durante los cuatro últimos meses de 1997.

Pasados 36 meses a partir del egreso hospitalario registrado y caracterizado para cada paciente, se prosiguió a una segunda etapa, planeada como un estudio prospectivo, de seguimiento y comparativo entre la población que durante los tres años de

seguimiento únicamente registró un internamiento hospitalario en el Instituto Nacional de Psiquiatría, y aquella que ameritó manejo intrahospitalario en más de una ocasión en la misma institución y durante el mismo periodo de tiempo.

Para lo anterior, y en los casos en que fue posible, se contactó al paciente y se le citó a una entrevista de seguimiento, además de recabar la siguiente información del expediente clínico: nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, diagnóstico psiquiátrico principal de acuerdo a la clasificación del DSM IV, así como tratamiento en la actualidad.

Considerando diversos estudios de seguimiento clínico en pacientes psiquiátricos que han estado hospitalizados que señalan a las condiciones y características del paciente al momento del egreso hospitalario, como un punto a partir del cual es conveniente evaluar el efecto positivo o negativo de la hospitalización en la enfermedad del paciente y por consiguiente de su vida en general; en nuestro estudio se propuso la aplicación de un cuestionario estructurado, capaz de valorar los diversos elementos o dimensiones que se ven directamente afectados, positiva o negativamente, como consecuencia de una hospitalización.

Clinimetría.

Con los fines antes expuestos optamos por el uso de la versión adaptada y modificada de un cuestionario, que cumpliendo con los requerimientos ya mencionados, hubiera demostrado indicadores adecuados en los estudios de validez y confiabilidad. Esta es la Escala de McGlashan, diseñada en 1984 (3), la cual evalúa los egresos hospitalarios a través su efecto en 5 dominios:

- a) **Hospitalización posterior**, definida como el porcentaje de tiempo que el paciente ha pasado en un hospital psiquiátrico (hospitales de día u hospitales parciales, así como hospitales de 24 horas) y/o casas de medio camino, a partir del egreso hospitalario.
- b) **Empleo**, el porcentaje de tiempo que el paciente ha estado empleado de forma activa (tiempo completo) a partir de su egreso hospitalario. (Empleo significa

- trabajo remunerado, realizar actividades como estudiante, trabajo doméstico como ama de casa, la crianza de los hijos o desarrollar alguna actividad como voluntario).
- c) **Actividad social**, el número aproximado de veces que el paciente tiene encuentro con amistades fuera del ámbito familiar.
 - d) **Psicopatología**, el porcentaje de tiempo, que posterior a su egreso, el paciente ha experimentado ansiedad, depresión, o síntomas de tensión emocional que hubieran sido experimentados antes o durante la hospitalización. Aquí se consideró la presencia de cualquier síntoma ya fuera de carácter neurótico o psicótico.
 - e) **Funcionamiento Global**, tomando como “normal” a un sujeto con empleo, quien no experimenta sintomatología o la necesidad de tratamiento y con relaciones interpersonales significativas, además de las familiares; se determina (de manera subjetiva) el porcentaje, en relación al 100% “normal”, que el paciente da a su funcionamiento después de haber cursado con un internamiento hospitalario.

El instrumento ha mostrado un coeficiente de correlación intraclassa (ICCs) de 0.92, mientras la versión modificada, que valora en un corte transversal los mismos dominios descritos, solo que en un periodo máximo de un mes a partir del egreso, conocida como Escala de Strauss-Carpenter ha mostrado una ICCs de 0.86. (4)

Este instrumento se tradujo y modificó para su aplicación en este estudio (ver anexo 1).

Con el fin de evaluar la psicopatología de los pacientes al momento de la entrevista de seguimiento se aplicó el inventario de síntomas SCL-90 (Symptom Check List)(anexo 4), el cual se emplea comúnmente como un instrumento de tamizaje de psicopatología psiquiátrica. Esta escala fue diseñada originalmente como una escala de malestares, y , por lo tanto, también identifica problemas relacionados a la calidad de vida. Se enfoca en la severidad de los malestares (síntomas). Se presenta como una escala de segunda generación, sobre síntomas referentes a diversos dolores subjetivos que se experimentan durante el *stress*, la enfermedad y la tensión emocional, en forma de un cuestionario autoaplicable, compuesto por 90 reactivos o *items* que califican el grado o intensidad del

Anexo No.1. Adaptación de la escala para Valoración Longitudinal de McGlashan.

No. Expediente: _____

ESCALA PARA VALORACIÓN LOGITUDINAL

(Basado en la escala de McGlashan)

1. Hospitalización

- Marque la que describa mejor la cantidad de tiempo que el paciente ha pasado en hospitales psiquiátricos (hospital de día, 24 horas en un hospital) o en hospitales parciales o casas de medio camino posterior al egreso del INPRF
- 0. Todo el tiempo
- 1. alrededor del 75% del tiempo
- 2. alrededor del 50% del tiempo
- 3. alrededor del 25% del tiempo
- 4. nada de tiempo (o menos del 5% del tiempo)

2. Empleo

Marque el porcentaje de tiempo que el paciente ha estado empleado activamente (tiempo completo) a partir de su egreso del INPRF. (Empleo significa trabajar por paga, realizar estudios cuando se trata de estudiantes, el cuidado de la casa, o el realizar trabajos voluntarios)

- 0 nada de tiempo
- 1 alrededor del 25% del tiempo
- 2. alrededor del 50% del tiempo
- 3 alrededor del 75% del tiempo
- 4. casi o todo el tiempo

3. Actividad Social

Marque el número aproximado de veces que el paciente tiene reuniones con amigos, diferentes a la familia

- 0 no tiene reuniones con amigos
- 1. reuniones únicamente en la escuela o el trabajo
- 2. alrededor de una vez por mes
- 3. alrededor de una vez cada dos semanas
- 4 al menos una vez por semana

4. Psicopatología

Marque el porcentaje de tiempo en que el paciente, a partir de su egreso, ha experimentado ansiedad, depresión, o sintomatología de tensión emocional que hubiera experimentado antes y/o durante la hospitalización en el INPRF.

- 0 casi todo el tiempo
- 1 alrededor del 75% del tiempo
- 2 alrededor del 50% del tiempo
- 3 alrededor del 25% del tiempo
- 4 rara vez o casi nunca

5. Funcionamiento Global

Tomar como "normal" a alguien con empleo de tiempo completo, que no experimenta síntomas o no necesita tratamiento y tiene relaciones familiares y sociales significativas.

- 0 sin periodos de funcionamiento normal (deterioro continuo y severo)
 - 1 25% de lo normal (mucho deterioro)
 - 2. 50% de lo normal (deterioro moderado)
 - 3. 75% de lo normal (algo de deterioro)
 - 4 normal (sin deterioro)
-

malestar subjetivo en una escala tipo Likert de cinco puntos, en donde 0 es nunca o nada y 4 es severo. El instrumento ha demostrado una buena validez, con una sensibilidad y especificidad entre el 80 y el 90%. Los 90 reactivos se agrupan en subescalas sindromáticas: somatización (12 *items*); obsesivo-cumpulsivo (10 *items*); sensibilidad interpersonal (9 *items*), depresión (13 *items*); ansiedad (10 *items*); hostilidad (6 *items*); ansiedad fóbica (7 *items*); pensamiento de contenido paranoide (6 *items*); tendencias psicóticas (10 *items*) y 7 *items* con síntomas diferentes y aislados. La consistencia interna para las 9 subescalas, se ha determinado en una α de Cronbach entre 0.77 y 0.90, aunque en otros estudios se ha determinado una $\alpha=0.71$ para la subescala de síntomas psicóticos y de 0.85 en la de depresión. (5,6,7,8,9)

Anexo No.2. Cuestionario sobre la Impresión Global del Paciente acerca de su estado clínico.

<p>IMPRESIÓN GLOBAL DEL PACIENTE</p>	
<p>NOMBRE: _____</p>	<p>FECHA: _____</p>
<p>No EXPEDIENTE: _____</p>	<p>No PACIENTE: _____</p>
<p>INSTRUCCIONES</p>	
<p>1 POR FAVOR MARQUE CON UNA CRUZ (X) EL CASILLERO QUE CORRESPONDA A CÓMO SE SENTÍA CON SU TRATAMIENTO, AL MOMENTO DE SER DADO DE ALTA DE SU HOSPITALIZACIÓN EN COMPARACIÓN AL MOMENTO DE SU INGRESO .</p>	
<p>_____ MUCHO MEJOR _____ ALGO MEJOR _____ APROXIMADAMENTE IGUAL _____ ALGO PEOR _____ MUCHO PEOR</p>	
<p>2 POR FAVOR MARQUE CON UNA CRUZ (X) EL CASILLERO QUE CORRESPONDA A CÓMO SE SIENTE CON SU TRATAMIENTO EN LA ACTUALIDAD EN COMPARACIÓN AL MOMENTO EN QUE FUE DADO DE ALTA DEL HOSPITAL</p>	
<p>_____ MUCHO MEJOR _____ ALGO MEJOR _____ APROXIMADAMENTE IGUAL _____ ALGO PEOR _____ MUCHO PEOR</p>	

En complemento a la entrevista clínica de seguimiento se aplicaron dos instrumentos: 1. la impresión clínica global, cuestionario compuesto por dos preguntas sobre la percepción subjetiva acerca de la evolución clínica de su padecimiento (anexo 2);

2. la impresión global de l clínico, cuatro preguntas de opción para el entrevistador acerca de su percepción clínica sobre el estado de la psicopatología mental del paciente (anexo 3).

Anexo No. 3. Cuestionario para el entrevistador sobre el estado clínico global del paciente al momento de la evaluación de seguimiento.

IMPRESIÓN GLOBAL DEL CLÍNICO

NOMBRE: _____ No. EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

1. CONSIDERANDO SU EXPERIENCIA CLÍNICA ¿QUÉ TAN SEVEROS SON LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE EN ESTE MOMENTO, EN COMPARACIÓN CON OTROS PACIENTES CON EL MISMO DIAGNÓSTICO?

- _____ NO SON SEVEROS
- _____ MUY LEVES
- _____ LEVES
- _____ MODERADOS
- _____ MARCADOS
- _____ SEVEROS
- _____ EXTREMADAMENTE SEVEROS

2. COMPARANDO CON LAS CONDICIONES DEL PACIENTE AL INICIO DEL TRATAMIENTO, ¿QUÉ TANTO SE HA MODIFICADO?

- _____ MUY MEJORADAS
- _____ MEJORADAS
- _____ MÍNIMAMENTE MEJORADAS
- _____ SIN CAMBIOS
- _____ MÍNIMAMENTE PEOR
- _____ EMPEORADAS
- _____ MUY EMPEORADAS

3. SELECCIONE EL TÉRMINO QUE CARACTERIZA AL EFECTO DE LA FÁRMACOTERAPIA EN EL PACIENTE

- _____ EMPEORADO
- _____ SIN CAMBIOS
- _____ MÍNIMO
- _____ MODERADO
- _____ MARCADO

4. SELECCIONE EL TÉRMINO QUE MEJOR DESCRIBE LA SEVERIDAD DE LOS EFECTOS COLATERALES.

- _____ NINGUNO
 - _____ NO INTERFIERE SIGNIFICATIVAMENTE CON EL FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE
 - _____ INTERFIERE SIGNIFICATIVAMENTE CON EL FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE
 - _____ NULIFICA POR COMPLETO EL EFECTO TERAPÉUTICO
-

En los casos en que, tras el periodo de seguimiento, los pacientes se consideraron activos dentro de la institución, pero no acudieron a las citas programadas para la entrevista y aplicación de instrumentos clinimétricos, se procedió a realizar una entrevista telefónica, con el fin de obtener la información completa y directa del mayor número de pacientes.

Análisis

En el análisis estadístico descriptivo se presentan tablas de distribución de frecuencias y promedios. Para la fase de estadística inferencial, en busca de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos que se fueron conformando dentro de la muestra estudiada, se emplearon pruebas no paramétricas (cuando las variables fueron nominales u ordinales), específicamente **pruebas de χ^2 (chi-cuadrada)**; mientras que para las variables dimensionales se determinaron comparaciones de los promedios entre los subgrupos a través de **pruebas de t**. Para el análisis se conformó una base de con los datos recabados y se uso un sistema computarizado de análisis para la obtención de resultados. Por requerimientos específicos de dicho sistema las puntuaciones en los instrumentos de McGlashan, así como en los cuestionarios de impresión clínica global (del paciente y del clínico-entrevistador) se ajustaron en los valores de su puntuación, cambiando la escala de puntuación, partiendo del mínimo de 1 punto (en lugar de una puntuación mínima de 0) y con un máxima de 5 puntos (en lugar de 4) para los dominios de la escala para valoraciones longitudinales de McGlashan y en el cuestionario de impresión global del paciente, así como en las preguntas 3 y 4 del cuestionario sobre la valoración clínica global del estado clínico del paciente que realizó el entrevistador, mientras que en las preguntas 1 y 2 de este mismo instrumento la puntuación fue en una escala de 1 a 7 puntos.

RESULTADOS

Entre septiembre de 1997 y diciembre de 1997 ingresaron al servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INPRF) un total de 117 pacientes.

Durante la primera etapa del estudio se caracterizó a dicha población, encontrándose que la distribución de acuerdo al sexo de los pacientes fue de 34 varones, (29.1%) y 83 mujeres (70.9%), La media de edad de los pacientes fue de 34.07 años de edad, con un promedio de días de estancia intrahospitalaria en su primer ingreso al INPRF de 30.3 días; el motivo de egreso hospitalario fue de "mejoría clínica" en 111 (94.9%) casos, "alta voluntaria" en el 4.3% (n=5) de los casos y en un caso (0.9%) se egreso al paciente por "máximo beneficio hospitalario". De esta muestra el 17.1% (n=20) recibieron terapia electroconvulsiva como parte de su tratamiento en el internamiento inicial o único según el caso. El promedio de internamientos hospitalarios registrados en el INPRF fue de 1.34.

Los diagnósticos clínicos psiquiátricos se basaron en los criterios descritos para tal efecto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4ª versión (DSM-IV), y su distribución en la población estudiada fue como se muestra en la figura

1. La relación entre el sexo de los pacientes y su diagnóstico psiquiátrico en eje I se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Relación entre sexo y diagnóstico clínico psiquiátrico principal.

		Demenia	T.M. por causa médica	T.M. por uso de sustancias	Esquizofrenia	Esquizotípico	Bipolar	Depresión	TIC	T. disociativo	T. del sueño
Masculino	n	1	2	4	5	3	5	12	1	0	1
	%	0.9	1.7	3.4	4.3	2.6	4.3	10.3	0.9	0	0.9
Femenino	n	0	16	3	5	2	7	49	0	1	0
	%	0	13.7	2.6	4.3	1.7	6.0	41.9	0	0.9	0
Total	n	1	18	7	10	5	12	61	1	1	1
	%	0.9	15.4	6.0	8.5	4.3	10.3	52.1	0.9	0.9	0.9

$\chi^2 = 21.206, df=9, p=0.012.$

En 59 personas (50.4%) no se reportó algún evento estresor asociado al cuadro clínico psiquiátrico, mientras en para 41 pacientes (35.0%) el estresor se encontró en el grupo primario de apoyo o en el vínculo de pareja del enfermo, mientras en los 17 restantes (14.5%) los estresores fueron de tipo social, laboral y/o económicos.

En el 30.8% (n=36) de la muestra se encontró algún padecimiento somático en comorbilidad con la patología psiquiátrica.

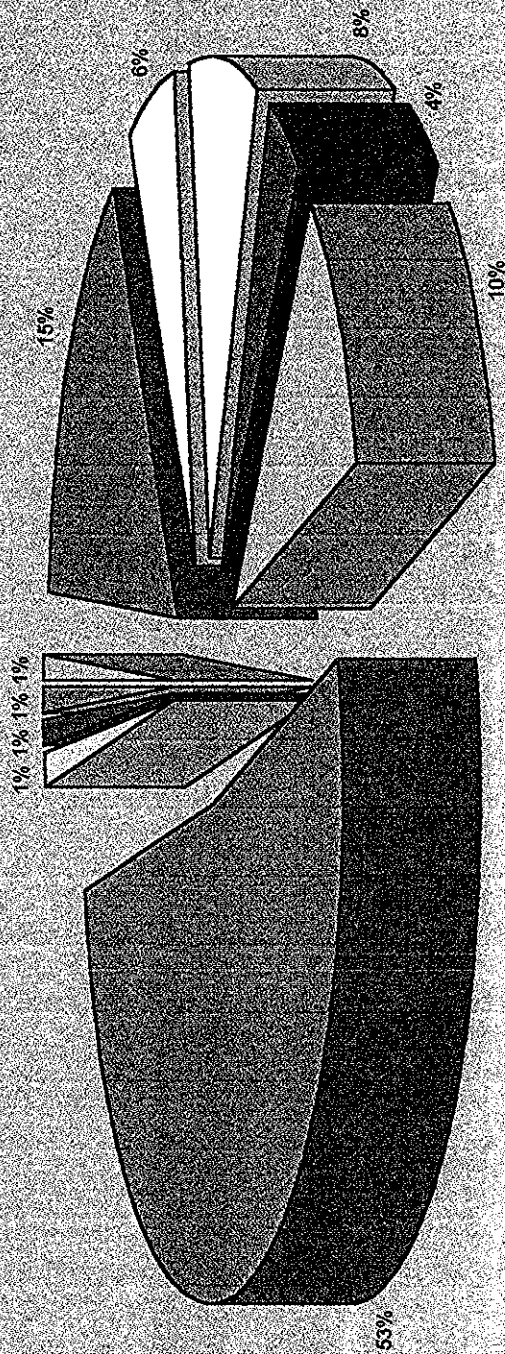
El promedio de días de estancia intrahospitalaria en el grupo estudiado fue de 30.29 días, para los casos en que se tuvo registro de más de un internamiento se tomó al primero de éstos para establecer su caracterización. El funcionamiento y actividad global promedio de los pacientes al momento de su egreso fue de 68 puntos, según la escala que para tal efecto maneja el DSM-IV, y que permite el quinto diagnóstico en su sistema axial, y no se encontró una asociación significativa con el diagnóstico clínico psiquiátrico principal.

Por otra parte se encontró que en el 26.5% de la muestra (n=31) existían al menos dos diagnósticos psiquiátricos en comorbilidad en el eje I (según el DSM-IV), mismos

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Figura No.1

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS



Demencia T. Mental por causa médica T. Mental por consumo de sustancias T. Bipolar T. Disociativo T. Delirio T. Esquizoactivo T. Esquizofrenia Depresión T. Delirio

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

que se distribuyeron con las frecuencias descritas en la tabla 2. Mientras la asociación encontrada entre el diagnóstico clínico psiquiátrico principal y dichos diagnósticos comórbidos se detalla en la tabla 3.

Tabla 2. Comorbilidad psiquiátrica en eje I

DIAGNÓSTICO	n	%
Demencia	2	6.5
Abuso o dependencia de sustancias psicótropas	9	29
Depresión	2	6.5
Distimia	10	32.3
T. de angustia o T. de ansiedad generalizada	7	22.6
TOC	1	3.2
Total	31	100

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico concerniente a la patología en la personalidad reportada para los miembros de la muestra, un 55.6% de los pacientes no contaron con un diagnóstico en ésta área, mientras que de los 52 restantes (44.4%) la distribución es la que se presenta en la figura 2.

En relación al diagnóstico psiquiátrico fundamentado en las características de personalidad de los pacientes, solo el 44.4% (n=52) contaron con dicho diagnóstico, mientras el 55.6 % (n=65) no contaron con el mismo. La distribución de las frecuencia de dicho diagnóstico se muestran en la figura 2. La asociación entre el diagnóstico de personalidad y la existencia de alguna enfermedad somática fue como sigue: de los 36 pacientes con comorbilidad somática referida, 27 no contaron con diagnóstico en el área de personalidad, 2 tuvieron características de personalidad del grupo A, mientras 3 las tuvieron del grupo B, y otras 3 del grupo C, de igual forma el paciente con retraso mental contó con comorbilidad somática, para esta relación se calculó una $\chi^2 = 11.98$,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

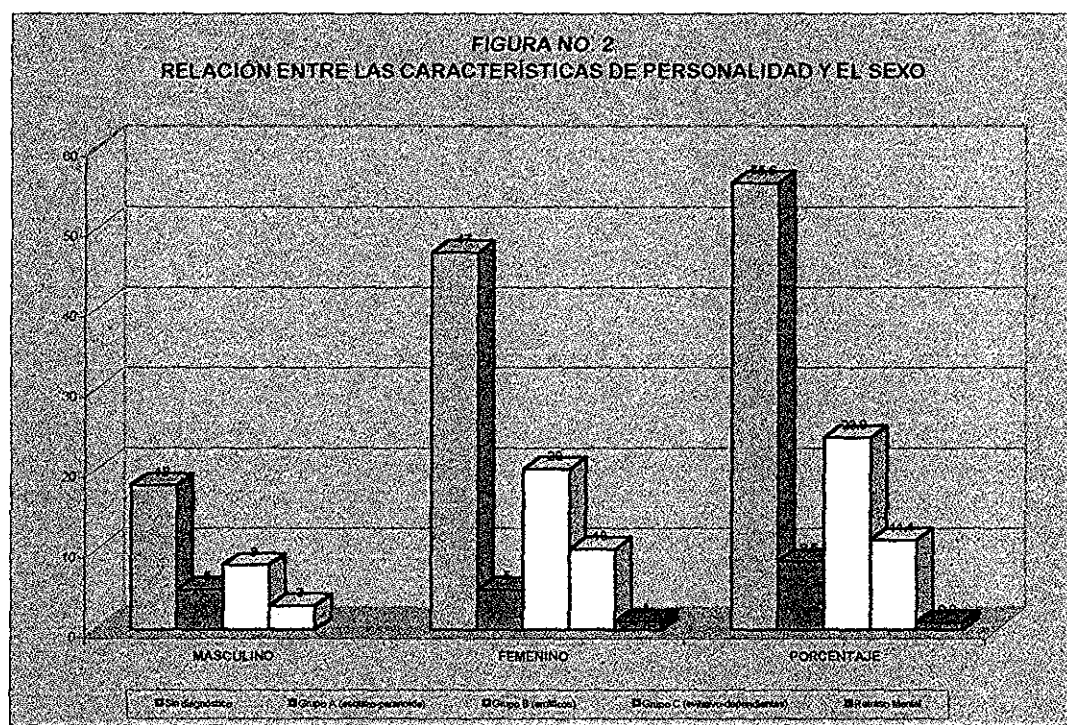
Tabla 3. Asociación entre diagnóstico principal y diagnósticos comórbidos en eje I

Diagnóstico Principal	Diagnóstico Comórbido							Total
	Darwinia	Abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas	Depresión	Distimia	T. Angustia y T. Ansiedad generalizada	TIC		
T.M. por causa médica	n		1				1	
	% en Dx. principal		100.0%				100.0%	
	% en Dx comórbido		50.0%				3.2%	
	% del Total		3.2%				3.2%	
T.M. por consumo de sustancias	n		2		1		3	
	% en Dx. principal		66.7%		33.3%		100.0%	
	% en Dx comórbido		22.2%		10.0%		9.7%	
	% del Total		6.5%		3.2%		9.7%	
Esquizofrenia	n			1			1	
	% en Dx. principal			100.0%			100.0%	
	% en Dx comórbido			50.0%			3.2%	
	% del Total			3.2%			3.2%	
Esquizoafectivo	n		1				1	
	% en Dx. principal		100.0%				100.0%	
	% en Dx comórbido		11.1%				3.2%	
	% del Total		3.2%				3.2%	
Bipolar	n		1				1	
	% en Dx. principal		100.0%				100.0%	
	% en Dx comórbido		11.1%				3.2%	
	% del Total		3.2%				3.2%	
Depresión	n	2	5		8	7	1	23
	% en Dx. principal	8.7%	21.7%		34.8%	30.4%	4.3%	100.0%
	% en Dx comórbido	100.0%	55.6%		80.0%	100.0%	100.0%	74.2%
	% del Total	6.5%	16.1%		25.8%	22.6%	3.2%	74.2%
T. disociativa	n				1			1
	% en Dx. principal				100.0%			100.0%
	% en Dx comórbido				10.0%			3.2%
	% del Total				3.2%			3.2%
TOTAL	n	2	9	2	10	7	1	31
	% en Dx. principal	6.5%	29.0%	6.5%	32.3%	22.6%	3.2%	100.0%
	% en Dx comórbido	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del Total	6.5%	29.0%	6.5%	32.3%	22.6%	3.2%	100.0%

$\chi^2=41.463$, $df=30$, $p=0.079$.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

df=4, p=0.017. Entre los 41 pacientes (35.04%), en quienes se encontró algún evento estresor asociado al cuadro clínico psiquiátrico, se reportaron estresores en el grupo primario de apoyo o en el vínculo de pareja del paciente para 22 personas sin patología en su personalidad, en 2 con personalidad del grupo A, en 10 con características del grupo B, en 6 correspondientes al grupo C de tipificación de la personalidad, así como en el paciente con retraso mental; en 17 pacientes (9 sin patología de personalidad, 3 con características del grupo A, 3 del grupo B y 2 del grupo C) los estresores correspondieron a eventos sociales laborales o económicos adversos ($\chi^2=5.413$, df=8, p=0.713). Como ya se mencionó en 59 pacientes no se reportó algún evento estresor asociado.



$\chi^2=2.825$, df=4, p=0.588

No se encontró que la relación entre la personalidad del paciente y el número de días de internamiento o el puntaje en la escala de actividad global (EEAG, eje V en el

DSM-IV) fueran estadísticamente significativos. La tabla 4 muestra la relación entre los diagnósticos psiquiátricos en eje I y las características de personalidad de los pacientes.

Tabla 4. Relación entre diagnóstico psiquiátrico principal y las características de personalidad

PERSONALIDAD	DEMENCIA	T.M. POR CAUSA MÉDICA	T.M. POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	ESQUIZOFRENIA	ESQUIZOAFFECTIVO	BIPOLAR	DEPRESIÓN	TIC	T. DISOCIATIVO	T. DEL SUEÑO	TOTAL
Sin diagnóstico	1	17	1	6	5	9	26				65
Grupo A (esquizo-paranoide)			1	3		1	5				10
Grupo B (erráticos)		1	5	1		1	17	1	1	1	28
Grupo C (evitativo-dependientes)						1	12				13
Retraso Mental							1				1
TOTAL	1	18	7	10	5	12	61	1	1	1	117

$\chi^2=51.674$, $df=36$, $p=0.044$

En la segunda etapa del estudio se pudo documentar que de la muestra de 117 pacientes, tres años después únicamente 46 personas (39.31%) mantenían vigilancia médica activa en el INPRF. De éstos, 36 pacientes (78.26%), completaron la evaluación clínica de seguimiento: 16 acudieron a las citas que se programaron para su entrevista y el resto fueron contactados y entrevistados por vía telefónica. Las causas que impidieron completar el seguimiento en el 100% de los pacientes activos en la institución fueron: falta de disposición de los pacientes, el que se encontraran transitoriamente fuera de la localidad, así como imposibilidad para establecer comunicación y contactarse para una entrevista clínica.

De los 36 pacientes evaluados en el seguimiento, el 28 % fueron hombres y el 72% mujeres, y tuvieron como promedio 1.55 internamientos hospitalarios registrados en el INPRF, mientras que los 81 pacientes que no tuvieron seguimiento registraron en promedio 1.25 internamientos en el mismo periodo de tiempo, medias que al compararse

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con métodos estadísticos, no mostraron tener una diferencia significativa ($t=1.7823$, $df=115.0$, $p=0.0773$).

En relación al seguimiento que se pudo llevar de acuerdo al diagnóstico en eje I, según los criterios del DSM-IV, lo observado se detalla en la tabla 5.

Tabla 5. Comparación del diagnóstico clínico psiquiátrico entre las poblaciones con y sin seguimiento de tres años.

	Demencia	T. mental con causas médicas	T. mental por uso de sustancias psicoactivas	Esquizofrenia	Esquizoafectivo	Bipolar	Depresión	TDC	Distimia	T. del sueño
Sin Seguimiento	1	15	6	6	2	6	44	1	0	0
Con seguimiento	0	3	1	4	3	6	17	0	1	1
% de seguimiento	0	16.67	14.29	40.00	60.00	50.00	27.87	0	100	100

$\chi^2=12.692$, $df=9$, $p=0.177$

Entre la población que cumplió con la etapa de seguimiento y la que no lo hizo, no se observaron diferencias significativas en cuanto a la edad de los pacientes con una media de 33.91 años de edad entre los que no tuvieron seguimiento y de 34.41 años entre los que si ($t=0.2081$, $df=114$, $p=0.8356$); ni entre el promedio de los días de estancia intrahospitalario en su primer internamiento, siendo de 28.71 días para los que no tuvieron seguimiento y de 33.83 días para los que si lo tuvieron ($t=1.2799$, $df=115.0$, $p=0.2031$). La actividad global del paciente evaluada al momento de su egreso hospitalario en 1997, según la escala del DSMIV para su diagnóstico axial en eje V, tampoco influyó significativamente en el hecho de que el paciente completara su seguimiento: los que no completaron registraron un puntaje promedio de 67.04, mientras que los que lo completaron registraron una puntuación promedio de 68.83, $t=0.8259$, $df=115.0$, $p=0.4106$.

Durante los 3 años del estudio 91 (77.8%) pacientes requirieron de hospitalización en solamente una ocasión, mientras 26 (22.2%) registraron ingreso hospitalario en 2 o más ocasiones, tomando, en estos casos la duración del primero de ellos como la

Tabla 6. Relación del diagnóstico psiquiátrico con el número de internamientos.

	Estancia	T. mental con causa médica	T. mental por uso de sustancias psicoactivas	Esquizofrenia	Esquizofrenia	Elipolar	Depresión	TIC	Disociativo	T. del sueño
Un internamiento	1	16	7	9	3	7	45	1	1	1
Dos o más internamientos	0	2	0	1	2	5	16	0	0	0
Total	1	18	7	10	5	12	61	1	1	1

observación basal para este estudio, con un promedio de días de estancia de 39.76, en contraste con los 27.58 días de promedio para los que solo se internaron en una ocasión, observación estadísticamente significativa con una $t=-2.8189$, $df=115.0$, $p=0.0057$. En este último grupo la distribución por sexo fue de 30 hombres y 61 mujeres, mientras que en el grupo con más de una hospitalización fue de 4 hombres y 22 mujeres, al análisis con un $\chi^2=3.032$, $df=1$, $p=0.082$.

La relación entre el diagnóstico (en sus diversos ejes, de acuerdo al DSM-IV) y el número de internamientos entre la población estudiada, no mostró diferencias significativas. Para el diagnóstico de eje I (trastorno clínico psiquiátrico) la $\chi^2=9.399$, $df=9$, $p=0.401$ (tabla 6). Por otra parte el diagnóstico en cuanto a las características de personalidad en los pacientes estudiados tampoco mostraron una relación significativa con el número de internamientos en el grupo: $\chi^2=3.368$, $df=4$, $p=0.498$ (tabla 7).

Tabla 7. Relación entre características de personalidad y el número de internamientos.

	Sin diagnóstico	Esquizo-paranoias	Eróticos	Pasivo- evitativos	Retraso Mental
Un internamiento	48	7	25	10	1
Dos o más internamientos	17	3	3	3	0
Total	65	10	28	13	1

En cuanto a la existencia de alguna condición médico-somática en la población estudiada y su posible influencia en el número de internamientos de los pacientes, se observó que entre los individuos con una sola hospitalización 30 personas tuvieron alguna condición médica detectada, mientras únicamente 6 pacientes del grupo con más de un internamiento lo presentaron, más la diferencia numérica tampoco se consideró estadísticamente significativa ya que reportó una $\chi^2= 0.929$, $df=1$, $p=0.335$.

El tipo de eventos estresores vinculados al episodio sintomático del paciente tampoco mostró un comportamiento significativo estadísticamente en su relación con el número de internamientos, $\chi^2= 2.741$, $df=2$, $p=0.254$ (tabla 8). De igual forma el haber recibido terapia electroconvulsiva durante el primer internamiento, no demostró ser estadísticamente significativo en su influencia sobre el número de internamientos de los pacientes (15 personas en el grupo con un internamiento y 5 en el grupo con más de dos hospitalizaciones, $\chi^2= 0.108$, $df=1$, $p= 0.743$).

Tabla 8. Eventos estresores y número de internamientos.

	Sin estresor asociado	En grupo primero de apoyo / o pareja	Social, familiar, económica
Un internamiento	49	31	11
Dos o más internamientos	10	10	6
Total	59	41	17

Para conocer el comportamiento, en diversas áreas de la vida, de los pacientes se planeo llevar a cabo un seguimiento a los 36 meses de haberse registrado el primer internamiento en el INPRF; para lo que se aplicaron diversos instrumentos clinimétricos, observándose lo que a continuación detallamos. En la escala de Impresión Clínica Global del paciente, a la pregunta para conocer la percepción subjetiva del paciente acerca de su estado clínico durante el internamiento hospitalario, las respuestas variaron entre

“aproximadamente igual” (calificada con 3 puntos) y “mucho mejor” (puntaje máximo en la escala, con 5 unidades), siendo la respuesta más frecuente “algo mejor” (4 puntos), tanto de los 21 pacientes que en el grupo seguido tuvo solo un internamiento, como en los 15 pacientes seguidos por 36 meses y con 2 o más internamientos. (promedio=4.38 puntos vs 4.40 puntos, $t=-0.0638$, $df=34.0$, $p=0.9495$). En la misma escala a la pregunta sobre la percepción del paciente sobre su estado clínico a partir del egreso hospitalario (el primero, cuando fue el caso) y hasta el momento de la entrevista clínica, las respuestas fluctuaron entre “algo peor” (2 puntos) y “mucho mejor” (5 puntos); 4.19 puntos en promedio para los pacientes con un solo internamiento y 4.20 puntos de promedio para los individuo con más de un internamiento ($t=-0.0283$, $df=34.0$, $p=0.9776$).

Para tener una perspectiva objetiva acerca del estado clínico del paciente tras el seguimiento se pidió al entrevistador-clínico que respondiera un instrumento del cual dos preguntas se refieren específicamente a las características clínicas del padecimiento y otras dos preguntas a efectos asociados a la farmacoterapia administrada en cada caso. En la primera pregunta acerca de la intensidad y severidad de los síntomas que presentó el paciente al momento de la entrevista, las respuestas fueron desde “marcados” (3 puntos), hasta “no son severos” (7 puntos), siendo la más frecuente “leves” (5 puntos); el promedio para las personas con un internamiento fue de 5.42 vs 5.53 puntos entre los que cuentan con más de un internamiento, $t= -0.2316$, $df=34.0$, $p=0.8182$. A la pregunta sobre que tanto se había modificado la sintomatología a partir del inicio del tratamiento, las impresiones entre las personas con solo un internamiento fueron desde “sin cambios” (4 puntos), hasta “muy mejoradas” (7 puntos), la más frecuente fue “mejoradas” (6 puntos), mientras que en la valoración de las personas con más de un internamiento los juicios fueron desde “empeoradas” (2 puntos) hasta “muy mejoradas” (7 puntos), siendo la más frecuente el de “mejoradas”; en la comparación estadística no se encontró diferencia entre los subgrupos de acuerdo al número de internamientos (6.09 vs. 5.93, $t=0.4486$, $df=34.0$, $p=0.6565$). El juicio más observado acerca del efecto de la farmacoterapia en la sintomatología del paciente fue de “moderado a marcado” (4 a 5 puntos), y acerca de los efectos colaterales de la misma se considero como lo más frecuente que “no interfieren significativamente con el funcionamiento del paciente”.

El análisis comparativo entre el subgrupo de pacientes con seguimiento completo y un solo internamiento y aquellos que completaron el seguimiento, pero con más de un internamiento, en cuanto a las áreas valoradas por la escala de McGlashan se presenta en la tabla 9.

Tabla 9. Escala para seguimiento longitudinal de McGlashan y número de internamientos.

	n	Hospitalización*	Empleo*	Actividad Social*	Psicopatología*	Funcionamiento Global*
Solo un internamiento	21	4.81 (± 25% del tiempo)	3.06 (± 50% del tiempo)	2.76 (reuniones solo en la escuela o el trabajo)	3.24 (± 25% del tiempo)	3.52 (± 50% del normal, deterioro moderado)
Dos o más internamientos	15	4.47 (± 25% del tiempo)	3.27 (± 50% del tiempo)	2.47 (reuniones solo en la escuela o el trabajo)	3.20 (± 25% del tiempo)	3.60 (± 50% del normal, deterioro moderado)
t		1.3577	-0.3420	0.6833	0.0909	-0.1880
p		0.1835	0.7344	0.4991	0.9281	0.8520

- * Promedio del puntaje reportado para cada dominio
- ** df= 34.0

Otro acercamiento para conocer el funcionamiento y características de la actividad global del paciente a 3 años de su primer internamiento lo da su diagnóstico en eje V, del DSM-IV, el cual se estimó en un promedio de 77.95 puntos para las personas con un solo ingreso hospitalario en comparación al 75.20 de las personas con más de una hospitalización, $t = 0.7431$, $df = 34.0$, $p = .4625$.

La evaluación psicopatológica al final del seguimiento se fundamentó con la aplicación del SCL-90. No se observaron diferencias significativas en ninguna de las subescalas sintomáticas de acuerdo con el número de internamientos de cada paciente.

(tabla 10).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 10. SCL-90 y su relación con el número de internamientos.

	Somatización	Obsesivo-compulsivo	Sensibilidad interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad fóbica	Pensamiento paranoide	Tendencias psicóticas
Un internamiento	0.85	1.09	0.95	1.32	0.93	0.81	0.68	0.78	0.60
Dos o más internamientos	0.57	0.77	0.73	1.09	0.77	0.81	0.62	0.53	0.37
t	1.0616	0.9264	0.6946	0.6020	0.5250	-0.0038	0.2200	0.7708	0.8442
p	0.2959	0.3608	0.4920	0.5512	0.6030	0.9970	0.8272	0.4461	0.4045

• df=34 0

Al seguimiento por tres años los diagnósticos clínico psiquiátricos predominantes fueron los de los trastornos afectivos (trastorno bipolar con 22.2%, y depresión con un porcentaje igual), seguidos por el diagnóstico de esquizofrenia (13.9%) y de los trastornos esquizoaffectivos (11.1%), que juntos representaron el 69% de los diagnósticos entre los 36 pacientes con seguimiento; un poco más abajo se encontró la distimia (8.3%), mientras los trastornos mentales con una causa médica, el trastorno de angustia (junto al trastorno de ansiedad generalizada) y el TOC, representaron el 5.6% cada uno.

En cuanto a la caracterización de patología en la personalidad, el 52.8% de los pacientes seguidos no contaron con diagnóstico alguno, mientras el 19.4% mostró patología del grupo C (pasivo-evitativos) y el 16.7% del grupo B (erráticos). Por otra parte el 41.7% de las personas revaloradas contaban con comorbilidad somática documentada; mientras el 58.3% reportó eventos estresores en su grupo primario de apoyo o en su relación de pareja y 22.2% no encontraron alguna situación estresante relacionada a su sintomatología. En la reevaluación de seguimiento el promedio de puntuación en la EEAG fue de 76.80.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al análisis de la relación con el número de internamientos ni el diagnóstico psiquiátrico en la revaloración, ni la existencia de patología en la personalidad o de tipo somático, o bien, de algún estresor específico en la vida de la persona mostraron asociarse de manera estadísticamente significativa.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DISCUSIÓN

Con las observaciones iniciales tenemos que la población internada en el INPRF durante el periodo de septiembre de 1997 a diciembre de 1997 fue en su mayoría (71%) del sexo femenino, en la cuarta década de su vida y quienes tras una estancia de 30 días egresaron de dicha institución por mejoría clínica del cuadro sintomático psiquiátrico que hubiera motivado su hospitalización. La media del número de internamientos fue de 1.34 por paciente en el lapso de tres años.

En el grupo de pacientes estudiados los trastornos afectivos (trastornos depresivos y bipolar) mostraron tener la mayor prevalencia: 63%; seguidos por aquellos trastornos mentales con una causa médica (15%) y los del espectro psicótico (12%). El sexo femenino mostró una influencia estadísticamente significativa sobre éstos diagnósticos clínicos. Si bien durante nuestro estudio se fundamentó en diagnósticos psiquiátricos categóricos, se sabe que entre los pacientes psiquiátricos que ameritan hospitalización existe un alto riesgo suicida, que durante nuestro estudio no fue determinado. Powell y cols. determinaron, en un estudio realizado en el Reino Unido, una proporción de suicidio, para la población psiquiátrica internada, de 13.7 por cada 10 000 admisiones hospitalarias y aunque se trataron de identificar diversos factores como predictores de esta conducta, no se han considerado de utilidad clínica hasta el momento. (10)

Al momento de su egreso hospitalario la actividad global de los pacientes (EEAG) pudo definirse por la presencia algunos síntomas leves o de alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general, con un buen nivel de funcionamiento y con algunas relaciones interpersonales significativas.

La comorbilidad de dos entidades psiquiátricas se presentó en poco más de una cuarta parte de los pacientes, siendo los diagnósticos comórbidos más frecuentes el trastorno distímico, el abuso o dependencia de sustancias psicótropas y el trastorno de angustia aunado al trastorno de ansiedad generalizada. Aunque las asociaciones diagnósticas, no señalaron un binomio comórbido con significancia estadística, la relación entre los cuadros depresivos y el trastorno distímico fue la asociación más frecuente, seguida por su coexistencia con los trastornos de ansiedad (pánico y ansiedad generalizada) y con el abuso o dependencia de sustancias psicótropas; lo cual tiene relevancia en el ejercicio clínico. Previamente Roy-Byrne ha encontrado una comorbilidad común y fuerte entre el trastorno de angustia y la depresión. Dicha comorbilidad se asoció con una mayor severidad sintomática, la persistencia de la misma, problemas en los roles, conducta suicida y de búsqueda de ayuda. Esta comorbilidad, ya sea de carácter biográfico o existente al momento de la evaluación clínica se consideran marcadores de severidad, cronicidad y de un padecimiento deteriorante (11). En otro estudio realizado con pacientes, con una dependencia a sustancias psicoactivas se reportó que la existencia de sintomatología psiquiátrica es elevada y que las escalas clinimétricas arrojan puntuaciones altas entre las mujeres adictas. Los síntomas fueron severos entre los adictos a opiodes, quienes además fueron consumidores habituales de benzodiazepinas, alcohol y, en particular, estimulantes. Tanto el género, la salud física, la dependencia a drogas y los problemas en las relaciones interpersonales fueron predictores potentes de comorbilidad psiquiátrica entre los consumidores de sustancias (12).

El 44% de los pacientes contaron con un diagnóstico psiquiátrico fundamentado en las características de su personalidad, siendo los pertenecientes al grupo B o erráticos (histriónico, narcisista, antisocial y limítrofe) los de mayor prevalencia. La coexistencia de un trastorno en la personalidad y un padecimiento somático (relacionado directamente al diagnóstico psiquiátrico principal) fue significativamente poco frecuente. No se encontró

que la existencia de algún trastorno de personalidad influyera en el número de internamientos y/o los días de estancia intrahospitalaria de los pacientes, así como tampoco en el puntaje de su evaluación de su actividad global. Sin embargo, si existió una relación significativa entre el diagnóstico psiquiátrico principal y el diagnóstico concerniente a la personalidad de los pacientes: los cuadros depresivos fueron más frecuentes en los pacientes con características de personalidad del grupo B, así como en los que tenían diagnósticos del grupo C.

En cuanto al seguimiento realizado a los pacientes, éste solamente se pudo llevar a cabo en el 31% de los casos de la muestra inicial, ya que únicamente el 39% de la misma permanecía con vigilancia médico-psiquiátrica activa después de tres años de su internamiento en el INPRF. La pérdida del 8% de los pacientes, para integrar el seguimiento, se debió principalmente a la falta de disposición de los pacientes para ser entrevistados y/o a problemas para establecer contacto con ellos ya fuera por estar fuera de la localidad o por falta de los medios de comunicación para localizarlos. En un acercamiento para conocer porque falla la atención psiquiátrica y las características de los pacientes que son atendidos y las de los que no son atendidos, Killaspy señaló que aquellos pacientes psiquiátricos que no tienen seguimiento después de una hospitalización están clínicamente peor y con un funcionamiento social más pobre, comparados con los que si llevan un seguimiento, situación que los hace más susceptibles a tener admisiones posteriores y recurrentes (13).

El 72% de los pacientes en nuestro seguimiento fueron mujeres, y el promedio de internamientos en el subgrupo reevaluado fue de 1.55 en comparación al 1.25 de aquellos que no tuvieron seguimiento, diferencia que no fue estadísticamente significativa. El diagnóstico psiquiátrico principal no demostró influir significativamente para completar el seguimiento. De igual forma la valoración de la actividad global al egreso en 1997 no mostró diferencias entre los que completaron el seguimiento y los que no lo hicieron.

A lo largo del periodo de seguimiento solo el 22% de los pacientes ameritaron ser internados en más de una ocasión en el INPRF, y comparativamente la diferencia fue significativa en cuanto al tiempo promedio que permanecieron internados durante la observación inicial de 1997: 40 días para los que completaron seguimiento *vs.* 26 días para

los que no., ya sea porque fueron dados de alta o no continuaron su vigilancia en el INPRF antes del periodo de reevaluación. Sugiriéndonos que la permanencia y continuidad en la vigilancia médica pudiera estar en relación a la intensidad y cronicidad del trastorno psiquiátrico y por lo que requerirían de mayor atención especializada. Aunque en nuestro estudio esto no quedó confirmado ya que no se observó una asociación significativa entre el diagnóstico psiquiátrico, principal y/o de alteraciones en la personalidad, y el número de internamientos. Así como tampoco lo fue la coexistencia de algún trastorno somático. Lars Vedel Kessing en 1998 señaló que el porcentaje de recurrencia de los episodios depresivos se incrementaba con el número de episodios previos, tanto en los trastornos unipolares como en los bipolares; inicialmente los dos tipos de trastornos mostraron cursos diferentes, pero posteriormente, en el curso de la enfermedad el porcentaje de recurrencia fue el mismo para ambos, sugiriendo la existencia de un historia natural de la enfermedad de carácter progresivo, independientemente del efecto del tratamiento, así como del género del paciente y su edad (14,15).

En cuanto a la experiencia de la enfermedad y el grado de satisfacción con el tratamiento de los pacientes después de tres años, encontramos que la percepción subjetiva de los pacientes acerca de estos puntos fue de que se encontraban “algo mejor” tanto como resultado inmediato de la hospitalización, como después de tres años; sin influir en esto el número de internamientos que el paciente hubiera tenido. En el mismo terreno para el clínico-entrevistador la sintomatología psiquiátrica del paciente después de tres años fue de intensidad “leve”, sin importar el número de internamientos; adjudicando que los cuadros clínicos iniciales de los pacientes se encontraban “mejorados” después de haber sido internados y con tratamiento de mantenimiento, igualmente sin importar cuantos internamientos tuviera el paciente hasta el momento. Sobre la influencia positiva de la farmacoterapia se considero que el efecto fue “moderado a marcado” al modificar la sintomatología, mientras los efectos colaterales adversos de los psicofármacos se consideró que no interferían significativamente con el funcionamiento del paciente. Gardner ha estudiado aspectos acerca de las creencias de los pacientes sobre la hospitalización psiquiátrica, encontrando que muchos de los pacientes que

inicialmente consideraron innecesario su internamiento posteriormente cambiaron de opinión al respecto, aceptando el beneficio de su hospitalización (16).

Entre los pacientes que completaron el seguimiento no se encontraron diferencias significativas en cuanto a su actividad laboral, social, la intensidad de psicopatología y el funcionamiento global cuando se subdividieron de acuerdo al número de internamientos que requirieron en los tres años de seguimiento. El mismo instrumento clinimétrico empleado por nosotros, diseñado por McGlashan, se ha usado en estudios previos, uno para detallar el curso a largo plazo de grupo de pacientes esquizofrénicos, depresivos y bipolares, en un estudio de 1984, se encontró que aproximadamente 2/3 de los pacientes esquizofrénicos evaluados tenían un funcionamiento limítrofe o que empeoraba durante el seguimiento, comparados con solamente 1/3 de pacientes depresivos que mostraban el mismo comportamiento, con lo cual se tenía una evolución más favorable en el seguimiento. La evolución varió poco entre las diferentes categorías diagnósticas, en función del tiempo (3). En nuestra evaluación tampoco encontramos que el tipo de síndrome psiquiátrico (valorado por el SCL-90) tuviera influencia significativa sobre el número de internamientos.

Entre los pacientes que tuvieron seguimiento en nuestro estudio la prevalencia de los trastornos afectivos continuó siendo la mayor seguidos por los trastornos del espectro psicótico. En 1998 los estudios de Kilon y de Lee hablaban de que la mejoría, a largo plazo de los pacientes con depresión es pobre, comentando que tras 15 años el porcentaje de recuperación de los adultos deprimidos no es mayor al 20%, mientras que a mediano plazo, por ejemplo a los 3.8 años existe un 47.5% de recuperación entre los pacientes con depresión. En los ancianos deprimidos se ha hablado de que la recuperación incompleta del episodio sintomático, la severidad de éste, una salud física debilitada, los eventos adversos de la vida, el género masculino, un inicio temprano del padecimiento, la recurrencia de episodios y la coexistencia de una personalidad premórbida pobre son predictores de una mejoría pobre; por otra parte en la población adulta (no ancianos) dichos factores incluyen la recuperación incompleta, la depresión endógena, el género femenino, la recurrencia y la existencia de síntomas psicóticos acompañando al cuadro depresivo. Tuma reportó que tras 3.5 años de seguimiento una población de adultos

deprimidos mostró mejorías parciales o totales, con un porcentaje de recuperación de 24%, y se señaló a los síntomas melancólicos como predictores de pobre evolución en esta población (17), además de los descritos por Harlow y su equipo en la población femenina entre los 34 y 44 años de edad, como lo son el ser divorciadas, separadas o solteras, el fumar, la nuliparidad y los síntomas premenstruales (18). Dos años antes Keck y cols. siguieron por espacio de 12 meses a un grupo de 134 pacientes después de haber sido egresado de un internamiento debido a haber sufrido un episodio maniaco o mixto, como parte de un trastorno bipolar; se observó que dentro de éste grupo existía un porcentaje de recuperación sindromática del 48%, del 26% en cuanto a la recuperación sintomática y únicamente del 24% en su recuperación funcional. Los predictores de la recuperación sindromática incluyeron la corta duración del padecimiento y una apego total al tratamiento. El apego al tratamiento farmacológico se asoció inversamente a la presencia, comorbida, de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. La recuperación sintomática y la funcional fueron más rápidas entre los pacientes de clases sociales más altas (19)

En nuestro seguimiento más del 52% de los pacientes continuaron sin un diagnóstico por patología en su personalidad, y de los que lo tuvieron, la prevalencia mayor fue para diagnósticos del grupo C seguidos por los del grupo B. En 1988 Ferro y cols. estudiaron los aspectos de personalidad de 108 pacientes deprimidos encontrando que tras 30 meses de seguimiento, la estabilidad del diagnóstico de personalidad fue bajo a moderado en el nivel categórico, mientras fue moderada en el nivel dimensional, el sexo y el consumo o dependencia de sustancias psicoactivas se relacionaron significativamente con cambios en las características de los trastornos de personalidad al paso de tiempo (20)

En nuestro subgrupo con seguimiento, y relacionado a la evaluación de su actividad global, se consideró que en caso de existir síntomas, éstos son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales y que sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar. Y en relación a lo cual se documentó que en el 58% de éstos pacientes se identificaron estresores dentro del grupo primario de apoyo o en su relación de pareja.

CONCLUSIÓN

El presente estudio nos permitió acercarnos de una forma sistematizada a lo que son las características de los pacientes que comúnmente son atendidos en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", no se trata más que de un primer intento por ir formando un cuerpo de datos e información propios que sirva de referencia para tomar decisiones en relación a poblaciones más próximas a nuestra realidad. Si bien los alcances de un estudio principalmente descriptivo pudieran verse disminuidos, son este tipo de trabajos los que nos permiten ir generando cuestionamientos y expectativas para plantearnos nuevos retos, he aquí pues el perfil de una población acerca de la cual podemos ya formarnos una imagen nítida y cuya realidad queda disponible para ser escudriñada en sus más finos detalles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bachrach LL. The state of the State Mental Hospital in 1996. *Psychiatr Serv*. 1996;47: 1071-1078.
2. Mechanic D, McAlpine D, Olfson M. Changing Patterns of Psychiatric Inpatient Care in the United States, 1998-1994. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55:785-791.
3. McGlashan TH. The Chestnut Lodge Follow-up Study, II. Long-term Outcome of Schizophrenia and the Affective Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1984; 41:586-601.
4. Singh SP, Croudace T, Amin S, Kwiecinski R, Medley I, Jones PB, Harrison G. Three-year outcome of first-episode psychoses in an established community psychiatric service. *Brit J Psychiatry*. 2000; 176: 210-216.
5. Derogatis LR, Cleary P. Confirmation of the dimensional structure of SCL-90: A study in construct validation. *J Clin Psychol*. 1977; 33:981-989.
6. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*. 1983; 13:595-605.
7. Bech P, Allerup P, Maier W, Albus M, Lavori P, Ayuso JL. The Hamilton Scales and the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90). A cross-national validity study in patients with panic disorders. *Brit J Psychiatry*. 1992; 160:206-211.
8. -----General Symptom Scales. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Suppl. 1993; 87(372): 32-34.
9. Holi M. A Finnish Validation Study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 97:42-46
10. Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M, Hawton K. Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *Brit J Psychiatry*. 2000; 176:266-272.

11. Roy-Byrne P, Stang P, Wittchen HU, Ustun B, Walters E, Kessler RC. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *Brit J Psychiatry*. 2000; 176:229-235.
12. Marsden J, Gossop m, Stewart D, Rolfe A, Farrell M. Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment Outcome Research study. *Brit J Psychiatry*. 2000; 176:285-289.
13. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Brit J Psychiatry*. 2000; 176:160-165.
14. Kessing LV, Andersen PK, Mortensen PB, Bolwig TG. Recurrence in affective disorder: I. Case register study. *Brit J Psychiatry*. 1998; 172:23-28.
15. Kessing LV. Recurrence in affective disorder: I. Case register study. *Brit J Psychiatry*. 1998; 172:29-34.
16. Gardner W, Lidz CW, Hoge SK, Monahan J, Eisenberg MM, Bennett NS, Mulvey EP, Roth LH. Patients' Revisions of Their Beliefs About the Need for Hospitalization. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 1385-1391.
17. Tuma IA. Outcome of hospital-treated depression at 4 5 years. An elderly and younger adult cohort compared. *Brit J Psychiatry*. 2000; 176:224-228.
18. Harlow BL, Cohen LS, Otto MW, Spiegelman D, Cramer DW. Prevalence y predictors of Depressive Symptoms in Older Premenopausal Women. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56:418-424.
19. Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, Bourne MI, Haggard P. 12-Month Outcome of Patients with Bipolar Disorder Following Hospitalization for a Manic or Mixed Episode. *Am J Psychiatry*. 1998; 155:646-652.
20. Ferro T, Klein D, Schwartz JE, Kash KL, Leader JB. 30-Month Stability of Personality disorder Diagnoses in Depressed Out patients. *Am J Psychiatry*. 1998; 155:653-659.
21. McGlashan TH. The Chestnut Lodge Follow-up Study, I. Follow-up Methodology and Study Sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1984; 41:573-585.
22. Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *Brit J Psychiatry*. 2000; 176:217-223.
- 23.----- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). APA. Masson, S.A. Barcelona 1996.
24. Hall RC. Global Assesment of funtioning. A modified Scale. *Psychosomatics*. 1995; 36:267-275.
25. Strauss JS, Carpenter WT. The prediction of outcome in schizophreni: II Relationship between predictors and outcome variables. *Arch Gen of Psychiatry*. 1974; 31:37-42.

Instrucciones: a continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Elija la opción que mejor describa qué tanto el problema le molestó a Ud. durante la semana pasada, incluido el día de hoy. Elija solamente una opción para cada problema y no deje vacío ningún punto.

Anexo No 4

Nada (0)
 Muy poco (1)
 Moderadamente (2)
 Bastante (3)
 Extremadamente (4)

¿QUE TANTO LE HA MOLESTADO?

- 1 Dolor de cabeza () () () () ()
- 2 Nerviosismo o inestabilidad interior () () () () ()
- 3 Malos pensamientos, ideas o palabras () () () () ()
- 4 Debilidad o mareos () () () () ()
- 5 Pérdida del interés o placer sexual () () () () ()
- 6 Actitud crítica hacia los demás () () () () ()
- 7 Sensación de que alguien puede controlar sus pensamientos () () () () ()
- 8 Cree que a otros se les debe culpar por sus problemas () () () () ()
- 9 Problemas para recordar las cosas () () () () ()
- 10 Preocupación por su descuido o actitud indiferente () () () () ()
- 11 Fácilmente molesto(a) o irritable () () () () ()
- 12 Dolor en el corazón o en el tórax () () () () ()
- 13 Siente miedo en los espacios abiertos o en las calles () () () () ()
- 14 Sentimientos de falta de energía o lentitud () () () () ()
- 15 Pensamientos de acabar con su vida () () () () ()
- 16 Oye voces que los demás no oyen () () () () ()
- 17 Temblor () () () () ()
- 18 Sentimiento de que la mayoría de la gente no es de confianza () () () () ()
- 19 Poco apetito () () () () ()
- 20 Lloro fácilmente () () () () ()
- 21 Se le hace difícil el trato con el sexo opuesto () () () () ()
- 22 Se siente atrapado(a) () () () () ()
- 23 Se asusta de repente sin razón () () () () ()
- 24 Explosiones temperamentales incontrolables () () () () ()
- 25 Tiene miedo a salir solo(a) de casa () () () () ()
- 26 Sentimiento de culpabilidad () () () () ()
- 27 Dolor en la parte inferior de la espalda () () () () ()
- 28 Se siente limitado(a) para hacer las cosas () () () () ()
- 29 Se siente solo(a) () () () () ()

	Nada	Muy poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
30 Tristeza	()	()	()	()	()
31 Se preocupa demasiado por las cosas	()	()	()	()	()
32 No tiene interés	()	()	()	()	()
33 Siente miedo	()	()	()	()	()
34 Se siente herido(a) en sus sentimientos	()	()	()	()	()
35 Cree que los demás están enterados de sus pensamientos privados	()	()	()	()	()
36 Cree que los demás no lo(a) entienden o que no es simpático(a)	()	()	()	()	()
37 Cree que la gente no es amigable	()	()	()	()	()
38 Hace las cosas muy despacio para asegurarse de que están bien hechas	()	()	()	()	()
39 Siente que el corazón le golpea o está acelerado	()	()	()	()	()
40 Nauseas o malestar en el estómago	()	()	()	()	()
41 Se siente inferior a los demás	()	()	()	()	()
42 Dolor muscular	()	()	()	()	()
43 Sentimiento de que está siendo observado(a) o que los demás hablan de usted	()	()	()	()	()
44 Problemas para quedarse dormido(a)	()	()	()	()	()
45 Tiene que comprobar lo que hace, una o dos veces	()	()	()	()	()
46 Dificultad para tomar decisiones	()	()	()	()	()
47 Siente miedo a viajar en autobuses, metro o trenes	()	()	()	()	()
48 Sensación de ahogo	()	()	()	()	()
49 Ataques de calor o frío	()	()	()	()	()
50 Evita ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan	()	()	()	()	()
51 Se le queda la mente en blanco	()	()	()	()	()
52 Entumecimiento u hormigueo en partes del cuerpo	()	()	()	()	()
53 Siente un nudo en la garganta	()	()	()	()	()
54 Se siente desesperado frente al futuro	()	()	()	()	()
55 Dificultad para concentrarse	()	()	()	()	()
56 Sentir debilidad en partes de su cuerpo	()	()	()	()	()
57 Sentirse tenso(a) o excitado(a)	()	()	()	()	()
58 Pesadez en brazos o piernas	()	()	()	()	()
59 Pensamientos de muerte o agonía	()	()	()	()	()
60 Comer en exceso	()	()	()	()	()
61 Sentirse incómodo(a) cuando la gente le mira o le habla	()	()	()	()	()
62 Tener pensamientos que no son los suyos propios	()	()	()	()	()

	Nada	Muy poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
63 Tener necesidad urgente de golpear, dañar o herir a alguien	()	()	()	()	()
64 Despertarse pronto por la mañana	()	()	()	()	()
65 Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar	()	()	()	()	()
66 Sueño inquieto o alterado	()	()	()	()	()
67 Tener necesidad de romper o destrozar cosas	()	()	()	()	()
68 Tener ideas o creencias que otros no comparten	()	()	()	()	()
69 Sentirse muy tímido(a) delante de otras personas	()	()	()	()	()
70 Sentirse incómodo(a) en las multitudes, tal como al ir de compras o en el cine	()	()	()	()	()
71 Sentir que todo cuesta un esfuerzo	()	()	()	()	()
72 Períodos de terror o pánico	()	()	()	()	()
73 Sentirse incómodo(a) al comer o beber en público	()	()	()	()	()
74 Involucrarse en frecuentes discusiones	()	()	()	()	()
75 Sentirse nervioso(a) cuando se queda solo	()	()	()	()	()
76 Que otros no le reconocen méritos apropiados por sus logros	()	()	()	()	()
77 Sentirse solo(a) aún cuando está con otra gente	()	()	()	()	()
78 Sentirse tan intranquilo(a) que no podría quedarse quieto(a)	()	()	()	()	()
79 Sentimientos de inutilidad	()	()	()	()	()
80 Sentir que las cosas conocidas son extrañas o irreales	()	()	()	()	()
81 Gritar o tirar las cosas	()	()	()	()	()
82 Sentir miedo a que pueda desmayarse en público	()	()	()	()	()
83 Sentir que los demás se aprovecharán de Ud. si les deja	()	()	()	()	()
84 Tener pensamientos sobre el sexo que le molestan mucho	()	()	()	()	()
85 Que debe ser castigado(a) por sus pecados	()	()	()	()	()
86 Sentirse obligado(a) a que las cosas estén hechas	()	()	()	()	()
87 Tener la idea de que algo grave le pasa en su cuerpo	()	()	()	()	()
88 No sentirse nunca cerca de otra persona	()	()	()	()	()
89 Culpabilidad	()	()	()	()	()
90 La sensación de que algo malo está pasando en su mente	()	()	()	()	()