

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS A SEIS
MESES DE SU EGRESO HOSPITALARIO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

RENEE MARGARIT VERA

CLAUDIA AYELEN ROMERO FOUCAUD

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. MARCELA OLIVA BALCARCEL

FALLA DE ORIGEN

MEXICO.D.F.

DICIEMBRE 1995



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 está 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.

INDICE

**FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS A SEIS MESES
DE SU EGRESO HOSPITALARIO**

INDICE

CAPITULO I.- INTRODUCCION

1.1. Introducción	6
1.2. Planteamiento del problema	10
1.3. Objetivo de la tesis	11

**CAPITULO II.- LA ESQUIZOFRENIA: DEFINICION, DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO. EL CASO DE MEXICO.**

2.1. Historia de la esquizofrenia	14
2.2. Definición de esquizofrenia	19
2.3. Sintomatología característica en pacientes esquizofrénicos	22
2.4. Diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-III-R	26
2.5. Tratamiento y atención hospitalaria	30
2.5.1. Atención al esquizofrénico en	34

México

CAPITULO III .- FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL, GENERALIDADES

3.1.	Evolución de la noción de funcionamiento psicosocial	45
3.2.	Teoría de roles	50
3.2.1.	Algunos tipos de roles	52
3.2.2.	Desempeño de roles	53
3.3.	Algunas escalas de funcionamiento psicosocial	54
3.4.	Escala de funcionamiento social (EFS)	59
3.4.1.	Material y método utilizados en el diseño de la EFS.	61
3.4.2.	Descripción de la escala EFS.	63
3.4.3.	Confiabilidad y validez de la escala EFS.	64

CAPITULO IV .- METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION: EL COMO Y POR QUE DE LA INVESTIGACION

4.1.	Procedimiento seguido para la obtención de datos sobre el nivel de satisfacción, del paciente esquizofrénico, en su comunidad	68
4.2.	Criterios de inclusión de la muestra seleccionada	71
4.3.	Variables en estudio	73
4.4.	Hipótesis	74

CAPITULO V.- ANALISIS ESTADISTICO Y DISCUSION DE RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

5.1.	Universo y muestra seleccionada	77
5.2.	Diseño del estudio	78
5.3.	Análisis estadístico de la información	79
5.4.	Resultados	79
5.4.1.	Caracterización de la población	80
5.4.2.	Cuestionario de seguimiento del paciente	85
5.4.3.	Escala de funcionamiento psicosocial	90
5.4.4.	Asociaciones entre las variables del cuestionario de seguimiento del paciente y la escala de funcionamiento psicosocial	91
5.4.5.	Correlación entre la escala de funcionamiento psicosocial y la escala de evaluación global	94

CAPITULO VI.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.	Sumario	95
6.2.	Conclusiones y recomendaciones	99

ANEXO I

Escala de Funcionamiento Psicosocial	104
--------------------------------------	-----

ANEXO II

Cuestionario de Seguimiento del Paciente	120
---	------------

ANEXO III

Escala de Funcionamiento Global	128
--	------------

NOTAS

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

INTRODUCCION

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. Introducción

Se ha demostrado que la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales de mayor incidencia en la población y es mucho más frecuente en las clases sociales de menores recursos.

Las principales características de esta enfermedad son : la desadaptación social, el deterioro del nivel de actividad anterior y del cuidado personal, la alteración de las relaciones familiares y el

empobrecimiento de las relaciones interpersonales. Este padecimiento es una enfermedad crónica cuyo pronóstico es, en promedio, peor que los demás trastornos mentales. El paciente se encuentra generalmente incapacitado para el resto de su vida, y hasta el día de hoy no se ha encontrado aún el medio curativo para este mal.

El desarrollo de la esquizofrenia conlleva a situaciones tan extremas como el suicidio, el aislamiento completo, la enfermedad física, etc., factores que obligan al internamiento del paciente en una institución de salud mental.

Generalmente, el enfermo, al ser dado de alta del hospital se encuentra en una situación difícil al intentar volver a integrarse a su comunidad, su familia, su medio laboral, etc. El haber sido paciente de un hospital psiquiátrico es un estigma que difícilmente puede llegar a olvidar el paciente y la gente que lo rodea, por lo que se puede afirmar que el ser dado de alta no significa una reintegración inmediata a la sociedad.

Surgen entonces las preguntas: ¿ qué sucede con el paciente al dejar el hospital ?, ¿ está preparado para reintegrarse a la sociedad ?, ¿ qué grado de satisfacción encuentra ?.

Para responder a éstas y muchas otras preguntas, surge la necesidad de buscar información y es en este momento cuando se plantea la posibilidad de realizar un estudio en relación al tema, ya que solamente se cuenta con estudios internacionales. (1)

Estas interrogantes han permanecido, hasta la fecha, sin respuesta en el campo de la salud mental en México. El problema se presenta con la falta de seguimiento de los pacientes dados de alta de las instituciones de salud mental. Estas instituciones no se hacen cargo del paciente cuando está fuera del hospital y por lo tanto, no pueden conocer la situación y nivel de adaptación de éste dentro de la comunidad.

El enfoque de las investigaciones sobre el enfermo mental en México, es sobre todo hacia la epidemiología, la farmacología y el estudio clínico (2), pero no se conoce ninguno en el que se hable del paciente fuera del hospital. Valencia (3) encontró, en un trabajo de seguimiento, que los pacientes a quienes les aplicó el tratamiento normal complementado con una terapia psicosocial tuvieron mejores resultados, mayores mejorías de la sintomatología y en su funcionamiento psicosocial. Sin embargo, este estudio es insuficiente para obtener un panorama global del funcionamiento en la sociedad del paciente esquizofrénico dado de alta. Por lo tanto, es importante realizar un estudio del funcionamiento psicosocial del paciente dado de alta de una institución de salud mental, objetivo principal de esta tesis.

En la investigación realizada para esta tesis, se plantea la necesidad de definir el grado de satisfacción en las áreas laboral, económica, social, familiar y sexual, que logra la persona egresada de una institución de salud mental y con esto conocer la situación del paciente en la comunidad. Para obtener esta

valoración se utilizó la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFES) (anexo I). Esta, es el único instrumento diseñado en México para medir esta área en específico. Además se aplicó el Cuestionario de Seguimiento del Paciente (anexo II) y la Escala de Funcionamiento Global (GAF) (anexo III) para poder recopilar mayor información.

En el primer capítulo de esta tesis se puede revisar el planteamiento del problema, es decir, las razones que nos motivaron a realizarla y los objetivos que se persiguieron durante todo el trabajo de campo.

Dentro del capítulo dos, se desarrolla el marco teórico referente a la esquizofrenia que incluye: su historia, desde el inicio del concepto de enfermedad mental hasta el concepto actual de esquizofrenia; la definición de esquizofrenia; su sintomatología característica; el criterio diagnóstico y por último, su tratamiento. Es importante resaltar en este capítulo el tratamiento que recibe el esquizofrénico en México. Es así, como con este capítulo podemos obtener una visión clara sobre lo que se considera un paciente esquizofrénico.

En el capítulo tres, se hace una revisión teórica de los conceptos relacionados con el funcionamiento psicosocial y las diferentes escalas utilizadas para medir el nivel de adaptación de las personas. También en éste, incluimos las condiciones observadas sobre el seguimiento del paciente esquizofrénico para

lograr su adaptación a la comunidad en que se desenvuelve a su egreso hospitalario.

Todo este marco teórico, se realizó como base para la investigación o trabajo de campo, donde se obtuvo información del nivel de satisfacción o adaptación del paciente esquizofrénico a su egreso de un hospital psiquiátrico, en concreto del Hospital Fray Bernardino Alvarez.

En el capítulo cuarto, se describe detalladamente la metodología que se utilizó durante el proceso de investigación. Esto es, el procedimiento de como se recolectó la información y las variables que se tomaron en cuenta.

El análisis estadístico de la información obtenida se realizó con la ayuda del paquete SYSTAT, versión 5.03. El uso de este paquete nos da correlaciones entre las variables definidas para las cuales se fijó un nivel de significancia de 0.05.

Este análisis y los resultados se presentan en el capítulo cinco, así como se propone la discusión de los resultados obtenidos.

Es así como obtenemos una visión general del tema que trata esta tesis.

1.2. Planteamiento del Problema

Considerando la situación actual del sistema hospitalario en México, observamos que la atención a los enfermos mentales comprende dos etapas.

La primera, de diagnóstico o manejo clínico de síntomas para la identificación del padecimiento. Y la segunda, el tratamiento que básicamente se refiere a la utilización y prescripción de medicamentos. Sólomente en un porcentaje bajo se cuenta con algún tipo de apoyo psicoterapéutico para el tratamiento farmacológico utilizado.

Bajo esta perspectiva, es necesario y prioritario empezar a tomar en cuenta los factores psicosociales que afectan al enfermo mental al ser dado de alta.

Lo anterior implica, evaluar el funcionamiento psicosocial del paciente en su comunidad, para conocer su nivel de adaptación, lo cual es el objetivo de esta tesis.

Esto lo podemos confirmar con el planteamiento de Haase (4) de donde concluimos, que al ser dado de alta el enfermo mental se enfrenta a dos situaciones:

- 1) Para la mayor parte de la gente el enfermo mental que sale de un hospital psiquiátrico, está loco y hay que evitarlo.
- 2) En el mundo actual, centrado en el dinero y el poder donde existen gran cantidad de tensiones y presiones, el paciente tiene

pocas posibilidades de poder enfrentarlo con éxito, esto lleva al enfermo a volver a presentar síntomas e incluso recaer.

Otro problema que se presenta es la falta de continuidad en la atención hospitalaria. Es decir, que un solo equipo no se hace cargo del paciente desde su ingreso, su egreso y reinserción social en la comunidad, por lo tanto, vuelve a surgir la necesidad de establecer una evaluación periódica del funcionamiento psicosocial del paciente esquizofrénico, a su egreso del hospital psiquiátrico, para conocer su nivel de adaptación que es el tema de esta tesis.

1.3. Objetivo.

El objetivo de esta tesis, se centra en el análisis del funcionamiento global del paciente esquizofrénico en la comunidad, para conocer su grado de satisfacción o adaptación.

Se entiende como global, las áreas social, económica, sexual, familiar y laboral.

Para la realización del análisis que surge como base para el desarrollo de esta tesis, se buscó la existencia de relaciones entre el nivel de funcionamiento del paciente y variables como: su situación laboral, las recaídas, hospitalizaciones previas, etc., con

el fin de obtener información sobre el nivel de adaptación o satisfacción que tiene en su medio ambiente.

CAPITULO II

LA ESQUIZOFRENIA: DEFINICION DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. EL CASO DE MEXICO

CAPITULO II

ESQUIZOFRENIA: DEFINICION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. EL CASO DE MEXICO

En este capítulo se realizó una revisión del marco teórico de la esquizofrenia.

A nivel general, se investigó su historia, comenzando con las primeras nociones de la enfermedad hasta el concepto actual.

También se da la definición de esquizofrenia según J. Laplanche y J. Pontalis y la sintomatología que la caracteriza.

Para el criterio diagnóstico se tomó al DSM-III-R como base.

El tratamiento se describe a nivel general y se hacen algunas referencias al caso de México.

2.1. Historia de la Esquizofrenia

El nacimiento del concepto nosológico de esquizofrenia tiene únicamente dos siglos de haber sido creado.

Durante muchos siglos, a la gente que ahora se le diagnostica como esquizofrénica era considerada o descrita como alguien poseído por espíritus malignos, demoniacos, o que tenía poderes proféticos y por lo tanto era una persona sagrada. Muy rara vez se pensaba que sufría alguna enfermedad mental. (1)

Al hacer una revisión sobre el pensamiento de los griegos, de su concepto de enfermedad mental, se encuentra que Hipócrates (460 - 377 a. de J. C.), considerado como el fundador de la medicina científica, da un concepto evolutivo de la enfermedad, poniendo en tela de juicio la creencia común en

Grecia, de que los dioses imponían las disposiciones mentales en los hombres, decía que las enfermedades mentales se daban porque algo en el "soma" andaba mal, lo cual trastornaba el pensamiento y la conducta (2). También reconoció que la tensión ambiental y emocional puede dañar al cuerpo y al espíritu.

Continuando con los Griegos, en la filosofía de Platón (428 - 348 a. de J. C.) aparece el concepto de EROS, que significa el valor, la agresividad, amor a la verdad y la belleza (3). Platón describió cuatro tipos de locura: profética, teléstica o ritual, poética y erótica.

La locura profética, se refería a aquella en la que las personas eran capaces de alcanzar un estado tal como el trance logrado por los chamanes; la teléstica, expresaba la liberación de las necesidades instintivas llevadas a cabo colectivamente durante los ritos religiosos; la locura poética, se definía como un estado de inspiración otorgado por los dioses al artista, para facilitarle el proceso de la creación y por último, la locura erótica, se asociaba al amor humano comprendiendo relaciones homosexuales y heterosexuales (4).

Entre los Romanos, es Galeno (200 - 130 a. de J. C.) quien sostenía que la salud del alma era el resultado de la armonía entre las partes racional, irracional y sensual del alma.

Durante la edad media, en los países Arabes, se crearon escuelas médicas y se fundaron algunos asilos para los enfermos mentales. Las terapias principalmente consistían en dietas especiales, baños, fármacos, perfumes y conciertos; aún en esta época la diferencia entre enfermedad y posesión, era mínima, por eso algunas veces los enfermos mentales eran adorados como santos.

En el siglo XIII, Alberto Magno y Tomás de Aquino, consideraban que el alma no podía enfermar, por lo tanto la locura era un trastorno somático, pensaban que las influencias astrológicas eran determinantes en la enfermedad mental y creían en el poder maléfico de los demonios. Así, durante varios siglos se continuó con esta concepción del enfermo mental.

En el Renacimiento, estuvo en apogeo el fervor religioso, prevalecieron las interpretaciones demonológicas de la conducta anormal, así que, cualquier persona que presentaba delirio o alucinaciones, se consideraba que estaba poseída por el demonio o embrujada, por lo que la iglesia mandaba el exorcismo contra los demonios que poseían a las personas. El tratamiento del enfermo mental, consistía en que los sacerdotes lo rociaban con agua bendita mientras rezaban. Pero con el tiempo, terribles torturas reemplazaron a las oraciones (5). Es así que por más de

doscientos años, miles de enfermos mentales fueron perseguidos, acusados, torturados y ejecutados públicamente.

En 1783, Phillipe Pinel, libera a los pacientes y les trata como seres humanos enfermos y no como bestias. Sus aportaciones más valiosas son: su intento de analizar y clasificar síntomas y su aplicación al tratamiento moral; clasificó las enfermedades mentales en cuatro: manía (excesiva excitación nerviosa con o sin delirio) ; melancolía (alteración de la función intelectual) ; demencia (alteración de los procesos del pensamiento) e idiocia (obliteración de las facultades intelectuales y afectos) (6).

En la década de 1850, ya se hablaba de enfermedades mentales. B. Morel describe lo que se llamó "demencia precoz", como un deterioro progresivo de rápida evolución, en personas jóvenes. El no consideraba ésta, como una entidad nosológica separada.

E. Krapelin, latinizó el término dado por B. Morel "dementia praecox" y enfatizó la naturaleza endógena de la enfermedad, además de la alteración en la integración cognitiva, afectiva y volitiva de la persona (7). También realizó la descripción de catatonía y hebefrenia. Otra de sus aportaciones

fue la diferenciación de la "dementia praecox" de otras psicosis orgánicas y funcionales.

Fue E. Bleuler, quien introdujo el término "esquizofrenia", que significa mente escindida (8). Este término, refleja su creencia de que, es la desarmonía de las funciones psíquicas y no el curso deteriorante uno de los síntomas patognómicos de la esquizofrenia. Aunque siempre apoyó una etiología orgánica, insistió en la necesidad de estudiar el aspecto psicológico de ésta.

E. Bleuler, también propuso que existe más de un tipo de esquizofrenia, y que los diferentes tipos comparten síntomas como son: la escisión afectiva, alteraciones intelectuales, ambivalencia y despersonalización.

Bleuler realizó tres grandes contribuciones al concepto de la esquizofrenia, la primera de sus contribuciones, fue incorporar la teoría freudiana para explicar el significado de los síntomas psicóticos.

En su segunda contribución, señaló que las experiencias pasadas del enfermo, tienen una gran influencia en el curso y la evolución de la enfermedad.

Y por último, en la tercera, hace notar que síntomas similares a los de la esquizofrenia, pueden ser encontrados en personas mentalmente sanas bajo ciertas condiciones (ejemplo de esto, la privación de sueño por más de 24 hrs.) y que es la

severidad y la duración de estos síntomas lo que define la enfermedad (9).

Actualmente existe una descripción detallada de esquizofrenia en el DSM-III-R (Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales) (10) la cual se utiliza como criterio diagnóstico en esta tesis.

2.2. Definición de Esquizofrenia.

Para definir la esquizofrenia, primero se debe tomar en cuenta que se distinguen tres fases dentro de ésta:

- 1) fase prodrómica
- 2) fase activa
- 3) fase residual

La fase prodrómica, abarca los signos y síntomas iniciales del trastorno como el deterioro de la actividad que no se deba a un trastorno del estado de ánimo.

La fase activa, es cuando se presentan los síntomas psicóticos durante una semana como mínimo. En la fase residual, permanecen algunos de los síntomas característicos pero no son suficientes para considerarse una crisis.

A través de todas estas fases se identifica una sintomatología característica que se puede resumir de la siguiente forma:

- síntomas psicóticos, como son: ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones en el curso y contenido del pensamiento.
- deterioro del nivel previo de actividad, que se refleja en el empobrecimiento de las relaciones interpersonales y de los afectos.

También se debe tomar en cuenta el curso de la enfermedad y éste se puede clasificar en:

- 1) subcrónico, cuando el tiempo de inicio es menor de dos años pero mayor de seis meses. Los signos y síntomas están presentes durante todo este tiempo.
- 2) crónico, éste tiene una duración de más de dos años.
- 3) subcrónico con exacerbación aguda, es cuando reaparecen los síntomas psicóticos predominantes y se encuentra en la fase residual de la alteración.
- 4) crónico con exacerbación aguda, es la reaparición de síntomas psicóticos con curso crónico de la enfermedad cuando se encuentra en fase residual.
- 5) remisión, es cuando se tiene una historia de esquizofrenia y que actualmente no presenta signos de alteración (11).

Entre las diferentes formas de definir la esquizofrenia, la que se cita a continuación, es probablemente una de las más completas.

Para J. Laplanche y J. Pontalis, la esquizofrenia es ... "un término creado por E. Bleuler (1911) para designar un grupo de psicosis cuya unidad ya había señalado Krapelin clasificándolas bajo el epígrafe de "demencia precoz" y distinguiendo en ellas las tres formas que se han vuelto clásicas, hebefrenia, catatónica y paranoide... Clínicamente, la esquizofrenia aparece diversificada en formas aparentemente muy distintas entre sí, en las que habitualmente se destacan los siguientes caracteres: incoherencia del pensamiento, de la acción y de la afectividad (que se designa con las palabras clásicas "discordancia, disociación, disgregación"), la separación de la realidad con replegamiento sobre sí mismo y predominio de una vida interior entregada a las producciones de la fantasía (autismo), actitud delirante más o menos acentuada, siempre mal sistematizada; por último, el carácter crónico de la enfermedad, que evoluciona con ritmos muy diversos hacia un "deterioro" intelectual y afectivo, conduciendo a menudo a estados de aspecto demencial, constituye para la mayoría de los psiquiatras, un rasgo fundamental, sin el cual no puede efectuarse el diagnóstico de esquizofrenia" ...(12)

Para resumir la definición o concepto de esquizofrenia se puede decir que :

-Es un término creado por E. Bleuler para designar a un grupo de psicosis y distinguiendo en ellas tres formas diferentes, hebefrenia, catatónica y paranoide.

-Con el término esquizofrenia se trata de poner de manifiesto lo que constituye el síntoma fundamental de ésta, la escisión o disociación.

-Clínicamente la esquizofrenia se diversifica en formas muy distintas, cuando permanecen características constantes como son, incoherencia del pensamiento, de la acción y de la afectividad, alucinaciones y delirios. Todo esto causando un deterioro intelectual y afectivo cada vez mayor.

2.3. Sintomatología Característica en Pacientes Esquizofrénicos.

Un aspecto que debe quedar claro en relación a los síntomas de la esquizofrenia, es que éstos no son exclusivos de esta enfermedad. Ni un solo síntoma puede ser considerado patognomónico de la esquizofrenia; es más bien la combinación, magnitud y duración de los síntomas los que diferencian a la esquizofrenia de otras enfermedades mentales (13).

Estos síntomas se pueden clasificar como positivos y/o negativos (8).

Los síntomas positivos representan una exageración o distorsión de las funciones normales (ejemplo, escuchar voces que no existen).

Los síntomas negativos representan una disminución o pérdida de las funciones normales. Como ejemplo de éstos estan el aplanamiento afectivo y la anhedonia.

Son los síntomas negativos los que más dificultan la convivencia de los enfermos esquizofrénicos en su comunidad.

A continuación se mencionan algunos de los síntomas característicos de la esquizofrenia (2) (3) (5) (8).

- Deterioro del nivel previo de actividad.

Es un deterioro notable en el área laboral, social, intelectual, familiar y en el cuidado personal.

- Alteración del contenido del pensamiento.

La alteración mas común en el contenido del pensamiento son ideas delirantes, a menudo fragmentadas o extrañas.

Las ideas delirantes por lo general son de tipo autorreferenciales y persecutorias. Dentro de las autorreferenciales las más encontradas son las ideas de inserción y robo de pensamiento.

- Alteración del curso del pensamiento.

Esta, es una alteración o trastorno formal del pensamiento. Un ejemplo claro de ésto, es la pérdida de la capacidad asociativa.

Se entiende como pérdida de la capacidad asociativa al discurso, en el que las personas van de un tema a otro sin relación entre sí, o solo con relaciones tangenciales. Cuando la falta de capacidad asociativa es grave, el lenguaje puede ser incoherente.

- Alteraciones de la percepción.

Las alteraciones de la percepción más comunes son las alucinaciones, y dentro de éstas las de tipo auditivo. La forma más común en que se presentan las alucinaciones es como una o varias voces que por lo general son agresivas o insultantes hacia el enfermo. En ocasiones estas voces le piden que realice cosas desagradables o en contra de su voluntad.

- Alteraciones en la afectividad.

Es posible identificarlas como una afectividad inapropiada o aplanada. La afectividad inapropiada se caracteriza por mostrar

una clara discordancia entre el contenido del lenguaje y las manifestaciones afectivas de la persona.

La afectividad aplanada, es cuando hay una grave reducción en la intensidad de la expresión de los afectos. Frecuentemente, la voz del enfermo es monótona y la cara inmóvil.

- Alteración del sentido del yo.

Se entiende por sentido del yo el sentido de sí mismo que es el que da el sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección.

En el esquizofrénico, éste se encuentra alterado con frecuencia y se manifiesta en la pérdida del yo.

- Alteración de la voluntad.

Esta se puede ver claramente reflejada en la alteración de la actividad dirigida hacia metas concretas, y como consecuencia de ésto se deteriora la vida del enfermo. Además, la persona muestra incapacidad para seguir el curso normal de una acción hasta llegar a concluirla en forma lógica.

- Alteración en la conducta psicomotora.

Se reconoce la reconocemos por una notable disminución de la capacidad para reaccionar hacia el entorno, reduciéndose los movimientos espontáneos y la actividad en general.

También se distingue sintomatología asociada a la esquizofrenia. Los síntomas más representativos son:

- + anomalías de la actividad psicomotora como la deambulaci3n, el balanceo o inmovilidad apática,
- + pobreza del lenguaje,
- + disminuci3n de la cantidad de lenguaje espontáneo,
- + conducta ritual o estereotipada,
- + estado de ánimo disf3rico en forma de depresi3n, ansiedad o ira,
- + preocupaciones hipocondriacas.

2.4. Diagn3stico de Esquizofrenia Seg3n el DSM-III-R

El diagn3stico se hace en base al DSM - III - R, que se cita a continuaci3n:

..."Criterios para el diagn3stico de esquizofrenia

A. Presencia de los sntomas psic3ticos caractersticos en la fase activa: o 1), 2), o 3) durante una semana como m3nimo (a menos que los sntomas hayan sido tratados satisfactoriamente):

- 1) dos de los siguientes:

- a) ideas delirantes;
 - b) alucinaciones predominantes (a lo largo de todo el día durante muchos días o varias veces a la semana durante muchas semanas, no estando limitada cada experiencia alucinatoria a algunos breves momentos);
 - c) incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa;
 - d) conducta catatónica;
 - e) afectividad embotada o claramente inapropiada;
- 2) ideas delirantes extrañas por ejemplo, incluye fenómenos que serían considerados inverosímiles por cualquier individuo de su medio cultural; por ejemplo, difusión del pensamiento, estar controlado por una persona muerta);
- 3) alucinaciones predominantes [tal como se especifican en 1) b)] de una voz con un contenido que aparentemente no tiene relación con la depresión o la euforia, o de una voz que comenta los pensamientos o la conducta del sujeto, o dos o más voces conversando entre sí.

B. Durante el curso de la alteración, la vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están notablemente por debajo del nivel previo al inicio de la alteración (o, cuando el inicio se presenta en la infancia o en la

adolescencia, el sujeto no ha alcanzado el nivel de desarrollo social que cabía esperar).

C. Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos; por ejemplo, comprobando si a lo largo de la fase activa de la alteración ha habido un síndrome depresivo mayor o un síndrome maniaco, o si la duración global de todos los episodios de síndrome del estado de ánimo ha sido breve en comparación con la duración total de la fase activa y de la fase residual de la alteración.

D. Signos continuos de la alteración durante seis meses como mínimo. El período de seis meses debe incluir la fase activa (de una semana como mínimo, o menos si los síntomas han sido tratados satisfactoriamente) durante la cual se han presentado síntomas psicóticos característicos de la esquizofrenia (síntomas del criterio A), con o sin fase prodrómica o residual, tal como se especifica más adelante.

Fase Prodrómica: Claro deterioro de la actividad antes de la fase activa, no debido a una alteración del estado de ánimo ni a un trastorno por uso de sustancias psicoactivas y que, como mínimo, comprende dos de los síntomas señalados más abajo.

Fase Residual: A continuación de la fase activa persisten, como mínimo, dos de los síntomas señalados más abajo, no debidos a alteración del estado de ánimo o a un trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

Síntomas prodrómicos o residuales:

- 1) aislamiento o retraimiento social;
- 2) notable deterioro en actividades de asalariado, estudiante o ama de casa;
- 3) conducta peculiar llamativa (por ejemplo, coleccionar basura, hablar sólo en público, o acumular comida);
- 4) notable deterioro en el aseo e higiene personal;
- 5) afectividad embotada o inapropiada;
- 6) lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado, detallado o pobreza del lenguaje, o del contenido del lenguaje;
- 7) ideación extraña o pensamiento mágico, no consistente con las normas de su medio cultural; por ejemplo, superstición, clarividencia, telepatía, "sexto sentido", otros pueden sentir sus propios sentimientos, ideas sobrevaloradas, autorreferenciales;
- 8) experiencias perceptivas inhabituales; por ejemplo, ilusiones repetidas, sentir la presencia de una fuerza o persona ausente;
- 9) notable falta de iniciativa, interés, o energía.

Ejemplos: Seis meses con síntomas prodrómicos y una semana con síntomas del criterio A; sin síntomas prodrómicos y seis meses con síntomas del criterio A; sin síntomas prodrómicos y una semana con síntomas del criterio A y seis meses con síntomas residuales.

E. No puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración.

F. Si hay una historia de trastorno autista, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se aplica si hay ideas delirantes o alucinaciones"... (14)

2.5. Tratamiento y Atención Hospitalaria

Las primeras nociones sobre cómo tratar a los enfermos mentales la encontramos con los Griegos. Aristóteles (348 - 322 a. de J. C.) estudió la conducta humana desde un punto de vista empírico, su tratamiento consistía en despertar pasiones, siendo ésta la primera afirmación de que la liberación de emociones o pasiones reprimidas era sumamente necesaria para lograr un tratamiento efectivo de la enfermedad mental.

Actualmente el primer paso en el tratamiento del enfermo mental o esquizofrénico en este caso , es decidir si es necesario el internamiento en un hospital psiquiátrico.

Si la conducta del enfermo ha mostrado alteraciones y existe la posibilidad de rechazo, por parte de su comunidad, lo indicado es recluir a la persona en un hospital para enfermos mentales.

Ya en el hospital, una vez que se cuenta con el diagnóstico, en este caso esquizofrenia, se comienza el tratamiento farmacológico.

El objetivo del tratamiento farmacológico, es proporcionar alivio de la angustia y eliminar en la medida de lo posible los síntomas psicóticos.

A continuación en la tabla 2.1. se muestra un resumen de los medicamento utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia.

TABLA 2.1

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO
DE LA ESQUIZOFRENIA**

NEUROLEPTICOS

ACCION: reducen la agitación y la ansiedad, disminuyen la intensidad de síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones.

FENOTIAZINAS

ACCION: influyen en síntomas como angustia y agresividad, controlan los delirios y alucinaciones, reducen la carga emocional que impulsa las ideas delirantes.

BUTIROFENONAS

ACCION: disminuyen delirios y alucinaciones pero actúan principalmente para el control de estados maníacos, sean de tipo esquizofrénico o maníaco-depresivo.

DERIVADOS	ADMINISTRACION Y DOSIFICACION	EFFECTOS SECUNDARIOS	DERIVADOS	ADMINISTRACION Y DOSIFICACION	EFFECTOS SECUNDARIOS
Clorhidrato de clorpromazina	oral e intravenosa dosis: entre 75 y 1,000 mg. diarias.	mareos, palidez, epatía, cansancio, leucopenia, fotofobia, cefalea, a veces síndrome parkinsoniano, ictericia, intrínquidad, depresión, distonias del esquema corporal.	Haloperidol (SERENASE)	oral e intramuscular dosis: 0.75 mg	Síndrome parkinsoniano o efectos escatolomíes
Trifluoperazina (STELAZINE)	oral e intravenosa dosis: inicial de 15 mg. diarias	Síntomas parkinsonianos acútilos y distonias o distonías, palidez, convulsiones, moción parietal			
Trifluazina (MELLETTA)	oral e intramuscular dosis: varía de 75 a 300 mg. diarias de acuerdo al caso, la dosis medica es de 150 mg. diarias.	Reacciones vegetativas como sequedad en la boca, hipotensión postural y somnolencia e dosis altas, pigmentación de la retina afectando la vista.			
Toproperazina (MAJEPTIL)	oral. dosis: inician con 5 o 10 gm. hasta llegar a 20 ó 40 mg. diarias	Manifestaciones extrapiramidales, distonias, atonías, ansiedad, irritación o depresión, convulsiones e insomnio			
Clorhidrato de Flufenazina (SEVINDOL) (BEQUALINE)	oral e intramuscular dosis: inicial que oscila entre 2.5 mg. y 10 mg. posterior-mente dosis preparadas de efecto prolongado.	Similares a los efectos producidos por las otras fenotiazinas; contraindicado en psicosis alucinadoideas o con parkinsonismo, las que hayan padecido ictericia, insuficiencia renal, hepática o cuando existen cardiopatías graves.			
Lovenpromazina (SINOGAN)	oral e intramuscular dosis: 100 a 200 mg. diarias, en casos severos hasta 600 mg.	Somnolencia, hipotensión, insomnio extrapiramidales.			
Perfenazina (TRILAFON)	oral dosis: de 18 a 64 mg. diarias	Síntomas extrapiramidales. PRECAUCION: puede potenciar la acción de agentes antihistamínicos y también la de anestésicos orales y analgésicos como la morfina, barbitúricos y alcohol.			

* Es importante mencionar los graves efectos secundarios neurológicos que pueden aparecer tras dosis elevadas y continuas de cualquiera de los medicamentos neurolepticos. Entre efectos colaterales incluyen un síndrome que se designa como distonía tónica o bien como insuficiencia extrapiramidal; este síndrome se caracteriza por los espasmos, muecas, movimientos de succión y de chascar los labios, de flexión rápida y lateral de la lengua, conliforme de los brazos, atetosis de las extremidades superiores o de los dedos de las manos y pies y de los bíceps y contracciones fibrílicas del cuello y dorso. En ocasiones este síndrome se desarrolla después de haberse suspendido el medicamento neuroleptico, debido posiblemente al efecto secundario de la rigidez muscular transitoria.

Al respecto, durante las pasadas dos décadas, ha habido una tendencia a concebir al tratamiento neuroléptico como la única forma comprobada para el tratamiento de la psicosis.

Ahora, después de 25 años de experiencia con neurolépticos y drogas antipsicóticas, sus limitaciones se han incrementado debido a que se han visto menores efectos a largo plazo, en cuanto al ajuste psicosocial de algunos pacientes esquizofrénicos, incluso aquellos quienes responden bien al medicamento, presentan una seria toxicidad a largo plazo; diskinesia tardía en un pequeño pero significativo porcentaje de pacientes y posibles efectos contrarios reversibles en el sistema neuroendócrino e inmunológico. Debido a esto, nuevos tratamientos incrementan su importancia (15).

Los nuevos tratamientos se deben manejar en forma paralela o sustituta al tratamiento farmacológico.

Estos tratamientos son: el Centro de día, el albergue y casa de medio camino y los clubes de pacientes recuperados, como las opciones más viables entre lo que es un hospital psiquiátrico y la comunidad.

Con respecto a la diversidad de terapias que se pueden ofrecer están: psicoterapia de grupo y grupos de encuentro, etc., que tratan de brindar al paciente un ambiente más grupal y no individual que poco le ayuda. Es básico destacar la importancia, de que se realice un trabajo interdisciplinario, para la consolidación del modelo biopsicosocial.

Los acercamientos psicosociales, sin ser el tratamiento único, tienen diferentes efectos en los resultados de la esquizofrenia. El medicamento no logrará enseñar habilidades vocacionales u ocupacionales a los pacientes, los tratamientos psicosociales deben ser complementados con los medicamentos, ya que éstos al disminuir los síntomas psicóticos, facilitarán el aprendizaje de dichas habilidades psicosociales.

2.5.1. Atención al Esquizofrénico en México

Para empezar a tratar el tema de cómo es la atención que recibe el esquizofrénico en México, se hace un resumen de la historia de los hospitales psiquiátricos.

A través de una revisión histórica se observar que en México surge el primer hospital mental de América y uno de los

primeros en el mundo; en el siglo XVI recién consumada la Conquista de México, Fray Bernardino Alvarez, con el propósito humanitario de atender a sus semejantes, el 2 de noviembre de 1566, funda el hospital de "San Hipólito", en donde recibe caritativamente a enfermos, ancianos y enajenados mentales. Años después, varios eclesiásticos se unen al ilustre fundador constituyendo la congregación de "Hermanos de la Caridad" y más tarde, "Los Hipólitos", quienes por muchos años se encargaron de atender a los enfermos mentales de dicho hospital.

Posteriormente, en el siglo XVII, surge el hospital "La Canoa", fundado por la congregación del Divino Salvador; en dicho hospital se alojaron a 60 mujeres dementes. Anteriormente José Sáyago, un pobre carpintero, con gran espíritu caritativo, había empezado a dar alojamiento en su propio hogar a algunas enfermas mentales.

En 1810, se proclama la Independencia del país y se consuma hasta después de once años de luchas, de tal forma que en 1821 México es ya un país libre; hasta entonces, los dos hospitales psiquiátricos (San Hipólito y La Canoa) habían funcionado, sin embargo en 1821 el hospital de San Hipólito pasa a manos del ayuntamiento, aunque los religiosos siguieron cuidando a los enfermos hasta 1843, quedando después bajo control del gobierno; mientras tanto el hospital de La Canoa, a

partir de 1824 mejora sus condiciones. Posteriormente en 1860, se establecen dos hospitales psiquiátricos en Guadalajara, uno para hombres y otro para mujeres, y en Monterrey, en el mismo año, se funda el Hospital Civil, en el cual se organiza un departamento para enfermos mentales, atendido por Hermanas Josefinas (16).

En el año de 1877 desaparecen las órdenes que administraban el hospital de San Hipólito y de La Canoa, se crea la Beneficencia Pública, así con la intervención del estado, la psiquiatría en México reproduce los modelos extranjeros, principalmente los ingleses y los franceses, en relación a la legislación sobre los enfermos mentales, fuentes de financiamiento y modalidades de internación, todo lo cual constituye la parte nuclear de actividad psiquiátrica estatal hasta 1937 (17).

Con el nacimiento del siglo XX y como una de las obras realizadas para conmemorar el Primer Centenario de la Independencia, sucede un evento importante: El gobierno del General Porfirio Díaz, inaugura el 1° de septiembre de 1910 "La Castañeda", el manicomio general que fue construido siguiendo el modelo arquitectónico de la época; en este lugar, la atención que se brindó a los asilados fue deficiente, pero no necesariamente peor que en otros países. Existían carencias en cuanto a

conocimientos científicos, recursos terapéuticos eficaces y además, se pensaba que el deterioro mental de los enfermos era causa natural del avance de su enfermedad, y no como ahora se sabe de su aislamiento y abandono. Hacia 1935 con la introducción del coma insulínico y el método de electrochoque, por primera vez se pudo ofrecer tratamiento eficaz a una población de enfermos que vegetaban sin esperanza (18).

Durante muchos años, La Castañeda cumplió su función como el centro de atención psiquiátrica del país, sin embargo, los nuevos conceptos de la asistencia en salud mental lo van haciendo inadecuado, ya que se requerían hospitales abiertos, desprovistos de rejas, candados y control coercitivo, y con una visión de la terapéutica psiquiátrica.

En 1944, al irse modificando los conceptos de asistencia psiquiátrica, se funda la Granja de Recuperación para enfermos mentales de León, Guanajuato, en la cual se transforma el sistema manicomial de tipo carcelario, a un establecimiento con puertas abiertas, en donde el enfermo mental encuentra una remotivación para su vida en el propio ambiente, en el cual a través de la terapia ocupacional y recreativa, el paciente trabaja, produce, consume, se divierte y descansa (19).

El primer servicio abierto de psiquiatría en un hospital general, se realizó en 1948 en el Hospital Español, poco tiempo después, entre 1950 y 1960 el avance de la psicofarmacología tuvo importantes consecuencias en relación a la atención de los enfermos mentales, ya que se empezaron a utilizar en la clínica nuevos fármacos cuyas propiedades consisten en restaurar el contacto con la realidad y estabilizar el humor abatido o exaltado (20).

Derivado del primer hospital-granja, entonces la Secretaría de Salubridad y Asistencia empezó a dar especial importancia a este tipo de construcciones, creando los siguientes establecimientos:

-En 1961 el Hospital-Granja "Bernardino Alvarez" (en el Distrito Federal).

-En 1961 el Hospital-Granja "La Salud" (en Zoquipan, Edo. de Mex.).

-En 1962 el Hospital-Granja para enfermos mentales de Villahermosa, Tabasco.

-En 1962 el Hospital Campestre "José Sáyo" (en Tepexpan, Edo. de Mex.).

-En 1963 el Hospital-Granja "Cruz del Sur" (en Oaxaca, Oax.).

-En 1964 el Hospital-Granja "Cruz del Norte" (en Hermosillo, Sonora).

Posteriormente se construyeron otros hospitales granja en varios estados y ciudades de la República Mexicana, como en Guadalajara, Michoacán, etc., siguiendo el modelo de los primeros.

Hacia 1965 por orden de las altas autoridades del país, se llevó a cabo la llamada "Operación Castañeda", que consistió en una modificación técnica de las asistencias psiquiátricas con enfoque humanitario; esto implicó que paulatinamente se evacuara el viejo manicomio ya que se empezaron a construir nuevas unidades entre 1964-1967, tales como:

- El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"
- El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- El Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramirez Moreno"
- El Hospital Campestre "Dr. Adolfo M. Nieto"
- El Hospital Campestre "Dr. Rafael Serrano"
- El Hospital Campestre "Dr. Fernando Ocaranza".

Estas nuevas instalaciones representaron sin duda un paso hacia adelante, pero desafortunadamente no han contado con los recursos económicos apropiados a sus necesidades, sin embargo es importante mencionar que en el hospital "Fray Bernardino

Alvarez" y el hospital "Juan N. Navarro", la atención hacia los enfermos alcanzó niveles aceptables (21).

En 1971, se amplía la enseñanza en cursos de subespecialización en las áreas de psicoterapia, psiquiatría social, psiquiatría infantil y de la adolescencia; hacia este mismo año, se impulsa en México el proyecto de Salud Mental Comunitaria, dicho proyecto giró alrededor de la instalación de centros en diferentes ciudades del país, en los cuales se buscaba reorientar la actividad psiquiátrica hacia la prevención de enfermedades mentales; entre los primeros resultados de estos centros en el país, se encuentra un programa que consistía en la creación de un taller para dar ocupación a enfermos mentales rehabilitados, quienes difícilmente eran aceptados por la sociedad como elementos productivos.

Desde 1977, El Centro de Estudios de Salud Mental, sustituido en 1980, por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, que brinda su apoyo para la realización de esta tesis, tuvo un destacado papel en la investigación científica de la salud mental en México, bajo una nueva perspectiva: centrar su interés en el grupo y la comunidad, y hacer énfasis en la prevención y la detección temprana, puesto que se considera que la salud mental es inseparable de la salud integral, por lo cual se acentúa la prestación de servicios a través de la red de servicios de salud

general, porque promueve en los centros de salud y los hospitales generales, programas de orientación preventiva con la participación activa de la comunidad (22).

Es así como se fueron creando los hospitales para enfermos mentales en México. A continuación se menciona la situación actual de los Servicios de Salud Mental y Hospitales Psiquiátricos con que se cuenta.

Actualmente, las unidades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que ofrecen servicios de psiquiatría y salud mental son: los centros de desarrollo de la comunidad, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), es el eje de los programas de asistencia social del Gobierno Federal. El Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos y La Comisión Federal de Electricidad, ofrecen también servicios de psiquiatría y salud mental en distintas unidades (23).

Estas unidades tienen tres niveles de atención en el área de la salud mental: el primero comprende la "Promoción de la Salud Mental en la Comunidad", el segundo es la "Asistencia Clínica en

Consulta Externa" y en el tercero está la "Rehabilitación en Hospitales psiquiátricos y otras instalaciones".

Con respecto a la población que se atiende, se sabe que falta mucha información acerca de las características de la misma, que acude a solicitar servicios de salud mental.

En cuanto a los recursos físicos, documentales e instrumentales, se puede decir que no existe un inventario de éstos en el campo de la salud mental en México; el uso de las instalaciones en el Sector público es en general muy irregular, los servicios de documentación son insuficientes, mal organizados, poco utilizados o se concentran en el D. F. Son muy pocos los casos en que se ha estandarizado el material psicológico que se utiliza, además no existe una política nacional en lo que se refiere al uso de instrumentos de evaluación, diagnóstico y registro de padecimientos mentales en México (24).

En una entrevista realizada por Pérez Rincón, De La Fuente (25) menciona que el deterioro mental que parecía ser el curso natural de muchos trastornos psiquiátricos ha mostrado ser el resultado del abandono y aislamiento, más que del curso de la enfermedad y que recientemente muchos problemas psiquiátricos se abordan en los servicios de psiquiatría de hospitales generales y en centros de salud, sin separar a los enfermos de sus familias y

de la comunidad. Sin embargo el Dr. De La Fuente no deja de reconocer que en nuestro país los avances asistenciales no han ido de la mano con los avances en el conocimiento científico y que aún existen tareas pendientes, como son: el poner la salud mental pública al alcance de toda la población y mejorar los sistemas asistenciales donde se observa la pobreza de recursos y la negligencia que existe (26).

A manera de conclusión, se podría pensar que en México, al enfermo mental se le da tratamiento farmacológico y sólo en algunas ocasiones se complementa con algún tipo de terapia grupal. Todo esto depende del hospital en el que se encuentre internado.

CAPITULO III

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

GENERALIDADES

CAPITULO III

En este capítulo se estudiará cómo es que surgió la noción de Funcionamiento Social a través del tiempo, lo cual conduce hacia la Teoría de Roles, la base del funcionamiento social, que se explica en el inciso 3.2.

Posteriormente se hace una revisión de algunas escalas utilizadas en la medición del funcionamiento psicosocial para poder adentrarse específicamente en la descripción de la Escala de

Funcionamiento Social, que fue herramienta utilizada en la elaboración de esta tesis.

3.1. Evolución de la Noción de Funcionamiento Social

En el pasado, cuando cualquier persona tenía algún impedimento, éste era evidente para todos, ya que los estándares de comportamiento estaban claramente definidos.

Un ejemplo de definición de estándares es el sistema de castas y clases que funcionó durante varios siglos. Las clases o castas determinaban la situación o posición de la persona en su sociedad. La pertenencia o exclusión del grupo social era definida en base a la posición social o económica de los padres y se heredaba. Esto implica, que no importando el estado mental de la persona, ésta podía ocupar el puesto que le correspondía según su status. El funcionamiento social (1) de la persona no se consideraba un aspecto importante en esa época.

En el siglo XIX, el desarrollo de la medicina dio lugar a la creación de la neurología y la psiquiatría. Como consecuencia de este desarrollo, el concepto de impedimento y deterioro tanto social como físico se extendió por todo el mundo. Este incluyó por primera vez el deterioro psicológico y mental.

Ahora en el siglo XX, todas las normas se han vuelto difusas y el rango de tolerancia entre un comportamiento aceptable o inaceptable es muy amplio y difícil de delimitar. Todo esto implica que los impedimentos o deficiencias en las personas ya no son observables a simple vista.

Actualmente, nuestro lugar de trabajo se encuentra en un contexto diferente al de nuestra familia y éste a su vez es diferente al de nuestro ambiente social. Lo anterior ocasiona una fragmentación de la persona y la imposibilidad de conocerla en forma completa.

Todos estos hechos contribuyen a perder el control normativo del comportamiento aceptado dentro de la sociedad.

Otro de los cambios encontrados es que antes a los enfermos mentales o personas con algún impedimento, se les trataba y protegía dentro de su misma familia, esta situación cambió y dio lugar a un trato más impersonal y a un manejo formal de la persona en instituciones privadas o de gobierno.

Un punto importante a remarcar, es que hasta el siglo pasado la mayor parte de las personas eran capaces de desempeñarse correctamente en actividades como la agricultura,

el comercio, el ejército, etc. El sistema social actual acepta únicamente a las personas más capacitadas y es así como más y más personas quedan excluidas de una vida productiva y activa, convirtiéndose en personas temporal o permanentemente discapacitadas.

En base a todos estos acontecimientos, en la década de los 50's se acepta oficialmente la noción de deterioro del funcionamiento social. Al aceptarla, se da la misma importancia a los aspectos físicos y sociales; ocasionando una mayor atención a las habilidades sociales necesarias para no ser rechazado por el medio social.

Actualmente, el concepto de salud ya incluye el aspecto social y no solo el orgánico. Así, la inclusión de los factores ambientales como un elemento importante en el mantenimiento de la salud, tiene consecuencias interesantes.

En las últimas décadas, se ha acentuado el interés en los aspectos psicosociales de la salud integral y en la promoción de la salud mental, considerando como acceso al bienestar y al desarrollo, el conjunto de una variedad de condiciones psicológicas y sociales que no se tomaban en cuenta en el pasado (2).

Es por esto, que el hospital psiquiátrico ha dejado de ser el núcleo de las acciones y, ahora también, es importante el trabajo en la comunidad.

La comunidad se vuelve muy importante, ya que el síndrome esquizofrénico se ve incrementado por un medio ambiente social y psicológico pobre (3).

Diferentes autores tratan el tema de la influencia que tiene el ambiente sobre el enfermo.

Freeman, menciona que existen cuatro aspectos importantes sobre las influencias del medio ambiente: tensión, eventos de la vida, el medio ambiente institucional y el medio ambiente familiar. Analizando estos en detalle observa que la tensión del medio ambiente social, puede precipitar crisis en el paciente esquizofrénico. En cuanto a los eventos de la vida, son difíciles de evaluar ya que también dependen de la personalidad del sujeto y de su capacidad social. En relación al ambiente institucional, la sobreestimulación del medio social puede tener efectos adversos, por lo cual es necesario conocer las influencias del medio ambiente del paciente. Por último, las tensiones en el ambiente familiar pueden interactuar con las predisposiciones biológicas para precipitar la sintomatología del esquizofrénico (4).

Llega ahora el momento de definir lo que es salud mental. Para Buck (5), la mejor manera de caracterizar la salud mental es entendiéndola como un proceso de adaptación que se basa en un alto grado de autonomía, que es la capacidad para funcionar según un locus interno de elección.

La combinación apropiada de las necesidades básicas de los estados psicológicos internos y de conducta y de los aspectos socioculturales, debe producir un estado de equilibrio en el individuo para que se adapte y que llegue a una apropiada resolución de sus problemas.

Esta armonía produce satisfacción, lo cual significa que el individuo presenta un buen nivel de funcionamiento tanto biológico y psicológico, como social.

Por otro lado, la combinación inadecuada produce: desequilibrio, falta de adaptación, frustración e incapacidad para manejar sus problemas.

La definición de funcionamiento social está basada en la Teoría de Roles, que ha adquirido considerable importancia a través de los años (6).

3.2. Teoría de Roles

El funcionamiento social está basado en la Teoría de Roles, la cual gira alrededor del desempeño de roles de las personas en determinadas situaciones sociales, así como de los antecedentes y condiciones que concurren a determinar las variaciones de desempeño de cada individuo. La atención principal se fija en la conducta social del sujeto y, en este sentido, la Teoría de Roles cierra la brecha entre la persona y su grupo y entre su historia personal y la organización social.

El funcionamiento social ha sido evaluado en términos de ajuste, desajuste, funcionamiento efectivo, disfunción, normas sociales, reporte social, adaptación, desadaptación, conducta social, desempeño de roles, etc.

Retomando las bases del funcionamiento social, y a partir de la Teoría de Roles se define la palabra "rol" como un término tomado directamente del teatro, es una metáfora con la cual se intenta mostrar que la conducta se adhiere a ciertas partes o posiciones y no a los actores que las recitan o leen.

"Rol" proviene del latín *rotula*, que se refiere a una hoja envuelta alrededor de un rodillo o cilindro de madera. La hoja

lleva la parte escrita que el actor iba a recitar, la escritura se refería a la diversidad de conducta que los hombres y mujeres realizaban en la vida real, como miembros de la sociedad. La continuidad de la metáfora va de la vida real al drama y del drama a una teoría psicológica, acerca de individuos que actúan dramas de la vida real."(7)

En lo que se refiere a la palabra "teoría", en el contexto de la Teoría de Roles, Sarbin y Allen (8) la entienden como una serie de proposiciones que , empleando un idioma congruente nos lleva a la búsqueda de los hechos.

La teoría gira alrededor del desempeño de roles por las personas en determinadas situaciones sociales, así como de los antecedentes y condiciones que unidos van a determinar las variaciones de desempeño de cada persona. El punto principal es la conducta social del sujeto y, en este sentido, la Teoría de Roles engloba a la persona y su grupo y su historia personal y la organización social. El estudiar a la persona en forma aislada no tiene objeto en la Teoría de Roles.

Cuando se observa a una persona en su rol social, es posible calificar lo adecuado de su desempeño. Los puntos importantes a considerar al analizar la conducta social son:

1.- ¿ Es esta la conducta apropiada a la posición social relacionada con la circunstancia ? ¿ Ha seleccionado el actor o la persona el rol correcto ?

2.- ¿ Su desempeño es el apropiado ? ¿ La conducta realizada cumple con las normas establecidas ?

3.- ¿ El desempeño es convincente ? o sea, ¿ el desempeño puede llevar al observador a expresar, sin equivocarse, que el actor está ocupando una posición legítima ? (9)

Las respuestas a estas preguntas se obtienen activando los procesos humanos para así juzgar la conducta.

3.2.1. Algunos Tipos de Roles

Un miembro de cualquier sociedad organizada, necesita desempeñar más de un rol, al cooperar con los demás en las diferentes situaciones presentadas por la misma sociedad. Existen roles específicos en la familia tales como el de hijo, padre, abuelo, etc., otros específicos para el trabajo como el de jefe, subordinado, etc. u otros dentro del medio como el de líder, motivador, crítico, pasivo, inconforme, etc.

No cabe duda, que cuantos más roles pueda desempeñar una persona, mayor será su preocupación para responder a las exigencias de su medio social. Para un estudioso de la conducta, esto implica que una persona que tenga en su vida una variedad de roles reales y bien practicados, estará mejor preparada para cumplir situaciones nuevas y críticas, que aquella que tenga un número limitado de roles sin práctica y socialmente irreales.(10)

3.2.2. El Desempeño de Roles

Muy brevemente y en términos generales, se puede concluir que, en la Teoría de Roles, el desempeño del rol es un acto social considerado como una secuencia compuesta de varias etapas.

En la primera, se localiza el rol tomando en cuenta las expectativas de la posición social.

La segunda, una vez localizado el rol, el sujeto identifica y determina el propio, cumpliendo las expectativas del rol correspondiente.

La tercera, es el desempeño del rol, es decir la manifestación de la conducta en sí.

Es el momento de hacer una pregunta ¿ qué relación tiene la Teoría de Roles con el funcionamiento psicosocial ? La relación consiste en que las personas en su vida social están en un proceso constante de desempeño de sus roles en las diferentes áreas de la vida: personal, social, familiar, ocupacional, sexual, económica, etc.

Otros de los aspectos que comprenden la Teoría de Roles son: las expectativas del rol, el lugar adecuado para desempeñarlo, sus demandas, la congruencia entre uno mismo y el rol, la complejidad del rol, sus conflictos, su aprendizaje, etc.

Considerando todos estos aspectos se encuentra una gran variedad de escalas que se encargan de evaluar el nivel de funcionamiento psicosocial.

3.3. Algunas Escalas de Funcionamiento Psicosocial

El ajuste psicosocial se define generalmente como la interacción entre el sujeto y el medio social, refiriéndose

específicamente a la conducta observada en el desempeño de los diferentes roles. La conducta debe ser evaluada en relación a las normas y expectativas del grupo social.

Para poder elegir la escala de evaluación de funcionamiento psicosocial más adecuada para los requerimientos de una investigación, es necesario hacer una revisión detallada de los siguientes criterios:

- 1) el contenido de los diferentes apartados de la escala.
- 2) elementos básicos de la escala.
- 3) alcances y limitaciones de la escala.
- 4) método utilizado para la obtención de la información.
- 5) fuente de información.
- 6) precisión de la información.
- 7) periodo de evaluación.
- 8) duración de la entrevista.
- 9) costo.
- 10) sistema de calificación.
- 11) material para la capacitación del evaluador (12).

A continuación se mencionan algunas de las escalas existentes. Cabe aclarar que todas ellas fueron diseñadas y elaboradas fuera de México. Cada escala será descrita brevemente en base a los criterios previamente establecidos.

Barrabee y cols. (13), evalúan el funcionamiento social en términos de ajuste social y otros aspectos, como normas sociales. Se consideran dos tipos de normas: 1) la norma "ideal" definida como el saber lo que tenemos que hacer, 2) la norma "real" que corresponde a lo que la mayoría de la gente hace. La norma "ideal" se utiliza como el patrón de "un ajuste social satisfactorio" y por otro lado la conducta desviada se describe con varios grados o niveles de desviación, es decir ajuste social más o menos pobre.

La escala Social Dysfunction Rating Scale (SDRS), desarrollada por Linn y cols. utiliza los términos de "funcionamiento efectivo" y "disfunción" como sus puntos extremos. ... "Un funcionamiento efectivo produce un equilibrio en la persona y en su interacción con el medio ambiente, incluyendo una satisfacción adecuada e integrada de las necesidades de la persona, relacionada con sus metas, y la manera como se ve a sí misma en su logro de esas metas. Por otra parte disfunción implica descontento e infelicidad acompañada de actitudes negativas hacia uno mismo"...(14). En esta escala busca observar de forma objetiva, a la persona en relación a su interacción disfuncional con su medio ambiente.

Social Adjustment Inventory Method fue creada por Berger (15). En esta escala se mide la adaptación social, las relaciones familiares, laborales, el cuidado personal y la conducta antisocial

del paciente. Se evalúan situaciones durante su trabajo y vida social, se toma como base para la evaluación, el ajuste social del paciente antes de la hospitalización y lo compara con el ajuste social de la persona, tres meses después de la alta.

Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM), desarrollada por Gurland (16), mide la angustia subjetiva, la conducta desviada y los roces con otras personas en los siguientes roles: laboral (considerando también en este rol a la ama de casa, al estudiante y al trabajador), social, familiar, marital y sexual.

Weissman (17), en su escala The Social Adjustment Scale (SAS), evalúa el funcionamiento social en términos de ajuste social. Es una escala autoaplicable con la cual se mide el desempeño afectivo y funcional en el trabajo, la sociedad y las actividades recreativas, las relaciones con la familia no directa, el matrimonio, la independencia económica y después se conforma una evaluación global. El desempeño del rol específico en cada área, se evalúa de acuerdo a las tareas, las relaciones interpersonales, las fricciones y la satisfacción obtenida en cada rol.

La Escala de Ajuste Social y Personalidad, de Clark (18), se basa en la Teoría de la Psicopatología, en un contexto social.

En esta teoría, Clark indica que, ..."mientras el lugar del conflicto psicológico se encuentra dentro de la persona, su origen parte de su red de relaciones sociales"...(19). Por lo tanto, para que la persona pueda obtener una armonía interna, se necesita disminuir las contradicciones de esta red de relaciones. Por lo tanto, se mide entonces la eficiencia en el desempeño de los roles y el bienestar psicológico de los pacientes.

Katz (20), elabora su escala de ajuste utilizando un enfoque relacionado con el área de la salud mental. Le interesa observar si, ciertas características del paciente, tales como su historia clínica, su experiencia social, su personalidad, su respuesta al tratamiento, las actitudes familiares, el desempeño en pruebas psicológicas, etc., se relacionan de alguna manera con el estado que presenta después de haber regresado a la comunidad. Katz utiliza el ajuste dinámico, el funcionamiento social adecuado, el ajuste social, el ajuste personal y la conducta social para medir el desajuste.

Así, en base a la revisión de estas escalas y sus fundamentos, uno se percata de que cada autor utiliza diferentes conceptos para el desarrollo de las escalas y su evaluación prevaleciendo los conceptos de ajuste/desajuste como elementos básicos.

3.4. Escala de Funcionamiento Social (EFS)

A continuación se mencionan todos los puntos importantes relacionados con el diseño y elaboración de la Escala de Funcionamiento Social (EFS), que fue la herramienta utilizada para la obtención de información de los pacientes esquizofrénicos evaluados en esta investigación, y fue desarrollada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, principalmente por el Dr. Marcelo Valencia.

Mediante esta escala, se evalúa el funcionamiento social a través de una entrevista semiestructurada, en la cual el paciente nos proporciona la información concerniente al grado de satisfacción en relación a su desempeño de roles en las áreas ocupacional, social, económica, sexual y familiar que son los elementos básicos de la escala.

En relación al significado del término "ajuste social", Valencia nos dice ..." cualquier acuerdo a nivel teórico en esta área de estudio se puede deber más a un intento de persuasión teórica que a un acuerdo sobre el tema en sí mismo. Esto explica porqué el funcionamiento social ha sido evaluado utilizando una diversidad de términos como: ajuste, desajuste, disfunción, capacidad e incapacidad social, adaptación, desadaptación,

conducta social, desempeño de roles, etc."...(21). En la EFS se utilizan los términos de adaptación y desadaptación.

Los aspectos de la escala que se revisarán son: 1) los criterios y metodología utilizada para diseñar la escala, 2) una descripción de las características demográficas y de funcionamiento social de la muestra y 3) la validez y confiabilidad de la escala.

Se tomó como base teórica del funcionamiento social, a la teoría sociológica respecto al estudio de los roles propuesta por Parsons y ampliada posteriormente por Sarbin y Allen (22). En una forma más amplia, se sabe que se partió del supuesto de que toda sociedad tiene una serie de expectativas respecto a los diversos roles que las personas que la componen pueden desempeñar, y así se plantea el estudio del funcionamiento social de la persona en relación con otros y con su medio ambiente. El desempeño de los roles ha sido definido por Valencia y cols. como: "...las acciones que realiza el individuo en relación a las condiciones en que se desenvuelve dentro del grupo social al que pertenece"...(23). El desempeño de estos roles se observa en las áreas ocupacional, social, sexual, económica y familiar que se evalúan en niveles de satisfacción llegando a la insatisfacción respecto a su situación en la comunidad.

3.4.1. Material y Método Utilizados en el Diseño de la EFS.

El primer criterio que se utilizó para elaborar la escala, consistió en hacer una revisión profunda de todas las escalas existentes.

El segundo, consistió en consultar a expertos en esta área para que dieran sus opiniones e ideas acerca de cuál podría ser el contenido de la escala a diseñar.

En tercer lugar, se tomaron en cuenta las características de la población que se iba a estudiar y se entrevistó al personal que trabajaba en el centro de salud. Esto se hizo con el objeto de conocer más detalladamente la problemática de los pacientes.

A continuación se describen las etapas del diseño de la escala. Como primera etapa se elaboró un cuestionario breve que se aplicó al personal del centro de salud, donde se llevó a cabo la investigación. El objetivo del cuestionario, era conocer la opinión del personal acerca de los problemas de tipo social que tenían los pacientes, después se realizaron los cuestionarios y se organizaron y clasificaron de acuerdo al tipo de problema social. La segunda etapa consistió en la elaboración de un primer borrador de la escala, para de esta forma, integrar los primeros reactivos de la

misma. Los reactivos elaborados no fueron suficientes, por lo que se tuvo que realizar un segundo ejercicio de investigación en el cual se invitaron a veinte investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, para que contestaran el mismo cuestionario. El siguiente paso fue una sesión de discusión y retroalimentación grupal con dichos investigadores y se repitió el proceso de clasificación y organización de los problemas de tipo social encontrados.

La tercera etapa consistió en comparar, combinar e integrar el primer y segundo borrador, elaborándose así la primera versión de la escala. Algunas actividades paralelas fueron: la formulación de reactivos, la determinación del sistema de calificación y la elección del informante, definición del periodo de evaluación, el tipo y duración de la entrevista y por último la forma de aplicación.

Como cuarta etapa, se realizó una prueba piloto de la escala con una muestra de 10 pacientes, simultáneamente se llevó a cabo una prueba de confiabilidad entre entrevistadores y se obtuvo una confiabilidad de 0.99.

En la quinta etapa se hicieron las modificaciones sugeridas por los investigadores y así se logró la versión final.

Como sexta y última etapa se logró la aplicación definitiva del instrumento en el campo de trabajo y el estudio estadístico que la avala (24).

3.4.2. Descripción de la Escala EFS.

La EFS está compuesta de:

- 1) Ficha de identificación en la cual se encuentra los datos sociodemográficos del paciente.
- 2) La información relacionada con las condiciones de la vivienda del paciente y las cinco áreas de evaluación: ocupacional, social, económica, sexual y familiar.

La escala tiene un total de 35 reactivos y un sistema de calificación de 5 niveles que a continuación se menciona: 1) Muy satisfactorio; 2) Satisfecho; 3) Neutral-Indiferente; 4) Insatisfecho y 5) Muy Insatisfecho.

Por lo general se utiliza al paciente como informante, pero también puede intervenir algún familiar que conozca la conducta del paciente. El periodo de evaluación es flexible, ya que varía de acuerdo al estudio que se pretenda realizar como por ejemplo: el

funcionamiento del paciente durante la última semana, el último mes, los últimos seis meses, el último año, etc.

La información se obtiene por medio de una entrevista semiestructurada que cuenta con una guía de preguntas para el entrevistador.

El tiempo aproximado de duración de la entrevista es de 30 minutos.(25)

3.4.3 Confiabilidad y Validez de la Escala EFS.

Para conocer el comportamiento de los reactivos, y evaluar la confiabilidad y validez de la escala, en principio se obtuvo la correlación entre cada ítem y el total del área a la cual pertenece (26). Se encontró que todas las correlaciones ítem-total son significativas ($p=0.01$). La confiabilidad de cada área se obtuvo por medio de el Alfa de Crombach, la cual fue superior a 0.75 en todos los casos. ... "Estos dos aspectos indican, por un lado, que todos los reactivos que pertenecen a una misma área se comportan homogéneamente y, además, lo anterior se refleja en la alta confiabilidad de cada área"...(27).

Para la validación de la escala se realizó un análisis factorial para los 5 factores. Para la validez de constructo se hipotetizó que en cada factor se agruparían los reactivos correspondientes a cada área. Los resultados de este análisis muestran que efectivamente se agrupan como era esperado.

Una vez realizado el análisis de validez de la escala y obtenidos los totales por área se realizaron correlaciones entre las mismas. Todas las correlaciones son significativas estadísticamente ($p=001$). (28)

Como resumen se puede concluir que la escala EFS se puede aplicar con la seguridad de que las calificaciones obtenidas son confiables y que efectivamente reflejan el grado de satisfacción de la persona en el desempeño de los roles en las áreas: laboral, social, económica, sexual y familiar.

Se observa que la confiabilidad es alta, siempre mayor de 0.80, y que los reactivos que forman las diferentes áreas se agrupan entre sí para integrar el factor correspondiente. Otro aspecto importante es que todas las áreas se relacionan consistentemente entre sí.

Es por todos estos motivos que fue diseñada en México que se recomienda su uso .

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION: EL COMO Y PORQUE DE LA INVESTIGACION

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION; EL COMO Y PORQUE DE LA INFORMACION.

En este capítulo se describirá el procedimiento que se siguió durante la investigación o trabajo de campo.

El trabajo de campo se realizó con el propósito de obtener información confiable sobre el nivel de satisfacción del paciente esquizofrénico una vez que regresa a su comunidad.

Esta investigación está dividida en cinco etapas en las cuales se describe cómo se recolectó la información correspondiente a enfermos esquizofrénicos egresados durante el segundo semestre de 1991, del Hospital Fray Bernardino Alvarez, ubicado en el sur de la ciudad de México. Esta descripción incluye, desde cómo se seleccionaron los pacientes, su regreso a la comunidad y ya en esta, la entrevista de valoración donde se aplicaron la Escala de Funcionamiento Psicosocial, el Cuestionario de Seguimiento del Paciente y la Escala de Funcionamiento Global.

Los criterios de inclusión de la muestra, es decir de los pacientes a visitar y entrevistar también se presentan dentro de este capítulo. Junto con estos criterios se definieron las variables en estudio que son la información obtenida de el Cuestionario de Seguimiento del Paciente, la Escala de Funcionamiento Psicosocial y la Escala de Funcionamiento Global.

Por último se presenta el planteamiento de la hipótesis.

4.1. Procedimiento Seguido Para la Obtención de Datos Sobre el Nivel de Satisfacción del Paciente Esquizofrénico en su Comunidad.

Al hacer una descripción detallada del procedimiento seguido durante la realización de la investigación o trabajo de

campo, se pueden identificar cinco etapas o fases las cuales se explican a continuación.

La primera fué la obtención de datos de pacientes esquizofrénicos. El hospital Fray Bernardino Alvarez, otorgó las facilidades necesarias para integrar la base de datos de los enfermos que integrarían la muestra y serían visitados para obtener la información correspondiente al nivel de satisfacción alcanzado en su comunidad al regresar del internamiento hospitalario.

De los expedientes clínicos proporcionados se seleccionaron los casos diagnosticados como esquizofrenia y que habían sido dados de alta seis meses antes del segundo semestre de 1991. De estos expedientes seleccionados se tomaron los datos generales y sociodemográficos del paciente.

Durante la segunda se clasificaron las direcciones obtenidas y se localizaron en la Guía Roji. Una vez contando con la ubicación aproximada de los domicilios se planificaron rutas de visita para realizar las entrevistas. Los pacientes incluidos habitan en el D. F. y área Metropolitana.

Al realizar las visitas, surgieron tres problemas que fueron una constante durante todo el trabajo de campo. El primero, fué la inaccesibilidad de la mayor parte de las direcciones. En un gran número de ocasiones, no era posible la localización de las

direcciones en el mapa ya que las colonias donde se encontraban no tenían planeación alguna, eran asentamientos irregulares y por esto mismo el acceso en coche era limitado. Alrededor del 50 % de las visitas se hizo a pie con un gran número de inconvenientes como lodo, perros, gallinas y principalmente la falta de señalamiento y numeración.

El segundo fue que las visitas se tenían que realizar en zonas de alto riesgo o de gran inseguridad.

Por último, el tercer problema fué el no encontrar a los enfermos en sus domicilios, con la consecuencia natural de regresar en más de una ocasión para poder realizar la entrevista. Se llegó a visitar a la misma persona hasta en cuatro ocasiones.

La tercera fase se identifica como la entrevista. Durante éstas por lo general se contaba con algún miembro de la familia del enfermo presente. El enfermo contestaba gran parte de las preguntas hechas durante la entrevista, sin embargo, la familia trataba de intervenir en alguna forma.

En la entrevista al paciente, se le hacían las preguntas correspondientes al Cuestionario de Seguimiento del Paciente, la Escala de Funcionamiento Psicosocial y la Escala de Funcionamiento Global. También se observaba la posible existencia de síntomas clínicos manifiestos.

Durante la etapa de las entrevistas, surgió otra dificultad. Esta fué el hecho de que algunos pacientes no estaban en condiciones de responder a las preguntas que se formulaban. Esto se debía, ya sea a que se encontraban en muy mal estado, casi puede decirse que atravesaban por un brote psicótico, o estaban en etapas agresivas. Además mostraban síntomas clínicos manifiestos.

En varias ocasiones se llegó al domicilio del enfermo pero éste ya no vivía en el lugar.

La cuarta fase consistió en capturar la información en computadora para utilizar posteriormente el software SYSTAT versión 5.03 para realizar el análisis estadístico de los datos.

La última fase fué el análisis de resultados y las conclusiones. Estas se muestran más adelante en el capítulo V.

4.2. Criterios de Inclusión de la Muestra

En la investigación o trabajo de campo se incluyeron los pacientes que llenaron los siguientes requisitos.

edad=	18 años o más
sexo=	masculino o femenino

diagnóstico= cualquier paciente que al momento de haber sido dado de alta tuviera diagnóstico de esquizofrenia. Se excluyen trastornos esquizofreniformes y esquizotipales.

permanencia en el hospital= haber estado internado previamente en el hospital Fray Bernardino Alvarez.

condición actual= encontrarse en la comunidad con un mínimo de 6 meses de haber sido dado de alta, independientemente del tipo de tratamiento seguido, ya sea consulta externa, hospital parcial, etc.

hospitalizaciones previas a este internamiento= no fue un factor a tomar en cuenta ya que se intentará integrar grupos de acuerdo al número de internamientos y hacer comparaciones.

procedencia= que residan en México D. F. y área metropolitana.

4.3. Variables en Estudio

Las variables a estudiar se obtuvieron de los instrumentos de medición utilizados durante las entrevistas. Estos son:

- a) la Escala de Funcionamiento Psicosocial (anexo I)
- b) el Cuestionario de Seguimiento del Paciente (anexo II)
- c) la Escala de Funcionamiento Global (anexo III)

a) Escala de Funcionamiento Psicosocial.

Esta escala incluye datos sociodemográficos, condiciones de la vivienda, composición familiar y la evaluación del funcionamiento psicosocial. Esta evaluación se realiza a través de el análisis de cinco áreas:

- 1) área social
- 2) área económica
- 3) área sexual
- 4) área familiar
- 5) área ocupacional o laboral

Este instrumento fue diseñado en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, y presenta un alto grado de validez y confianza.

El tiempo de aplicación es de 35 minutos aproximadamente.

b) Cuestionario de Seguimiento del Paciente

Este cuestionario incluye o añade información relacionada a aspectos relevantes y complementarios del paciente en su vida en la comunidad.

Como ejemplo, obtenemos información sobre redes de apoyo social, adherencia terapéutica, recaídas, etc.

El tiempo promedio de aplicación del cuestionario es de 15 minutos.

c) Escala de Funcionamiento Global

Esta escala evalúa una combinación de sintomatología y comportamiento o actividad psicológica, en un continuum salud-enfermedad mental.

Esta permite determinar la necesidad de tratamiento y el pronóstico y, actualmente, se utiliza para diagnóstico como el eje V del DSM-III-R.

El tiempo de aplicación es de cinco minutos en promedio.

4.4. Hipótesis

Al elaborar este estudio, se pretendió conocer el nivel de adaptación en su comunidad del paciente esquizofrénico, egresado del Hospital Fray Bernardino Alvarez.

Durante la realización del trabajo de campo , se esperaba que el nivel de adaptación del enfermo a su comunidad fuera reducida. En el mejor de los casos, el enfermo se encontraba indiferente a su entorno familiar, social y laboral.

Para poder comprobar la hipótesis anterior, se definieron variables de la siguiente forma:

* La esquizofrenia es considerada como la variable independiente.

* El nivel de adaptación del paciente medido a través de las diferentes áreas de las escalas utilizadas es tomada como la variable dependiente.

CAPITULO V

ANALISIS ESTADISTICO Y DISCUSION DE RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

CAPITULO V

ANALISIS ESTADISTICO Y DISCUSION DE RESULTADOS

Hasta este capítulo se han revisado los conceptos referentes a la esquizofrenia, al funcionamiento psicosocial y diferentes escalas de nivel de adaptación. Toda esta información corresponde al marco teórico que es el sustento o base del trabajo

de campo realizado con los pacientes esquizofrénicos en su comunidad.

En este capítulo se muestran la información obtenida del análisis estadístico de los datos. Estos resultados son las correlaciones existentes entre los datos obtenidos de las diferentes escalas empleadas.

También se plantea el esquema básico de la investigación que facilita su comprensión. El universo y la muestra quedan definidos en este capítulo.

Por último, se discuten los resultados obtenidos y se plantean algunas recomendaciones en base a lo observado durante todo el proceso de investigación.

5.1. Universo y Muestra Seleccionada

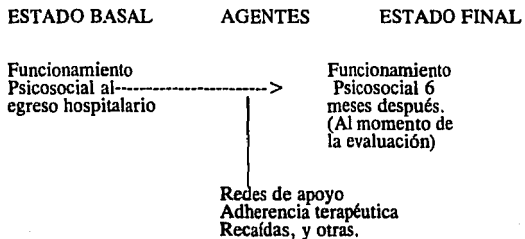
En una muestra tipo censo, se evaluaron a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, que se muestran en el capítulo IV, durante el segundo semestre de 1991 y fueron egresados del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino

Alvarez con el diagnóstico de Esquizofrenia de acuerdo al DSM-III-R.

5.2. Diseño del Estudio

Es un estudio transversal, descriptivo, observacional y prospectivo que cuenta con una muestra de 40 casos.

El esquema básico de la investigación se muestra a continuación:



En el estudio el estado basal sólo se supone pues los pacientes fueron evaluados exclusivamente en el estado final.

5.3. Análisis Estadístico de la Información

Para realizar el análisis estadístico de la información se procedió, en primer lugar, a describir las variables utilizando la media como medida de tendencia central y la desviación estandar como medida de dispersión. Las variables categóricas se expresan en términos de valores crudos y porcentajes. Para los contrastes entre medias se utilizó un análisis de varianza unidireccional (ANOVA) El nivel de significancia se fijó en 0.05 para todos los casos. El análisis se realizó con la ayuda del software SYSTAT versión 5.03 (1991) y la asesoría de doctores del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

5.4. Resultados

A continuación se muestran los datos correspondientes a las características de población.

Después se describe la información obtenida del Cuestionario de Seguimiento del Paciente.

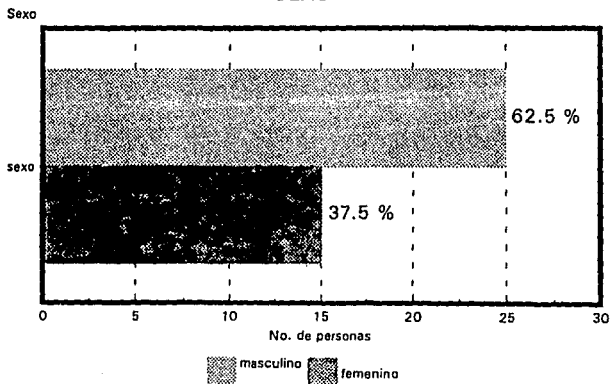
Los últimos resultados que se presentan son los relacionados a las diferencias entre las variables del Cuestionario de Seguimiento del Paciente y la Escala de Funcionamiento

Psicosocial, y la correlación entre la Escala de Funcionamiento Psicosocial y la Escala de Evaluación Global.

5.4.1 Caracterización de la población

Se evaluaron un total de 40 pacientes, 25(62.5%) del sexo masculino y 15(37.5%) femenino, (tabla 5.1) con una edad promedio de 31.1 ± 8.4 años (rango de 18 a 51).

TABLA No. 5.1.
SEXO

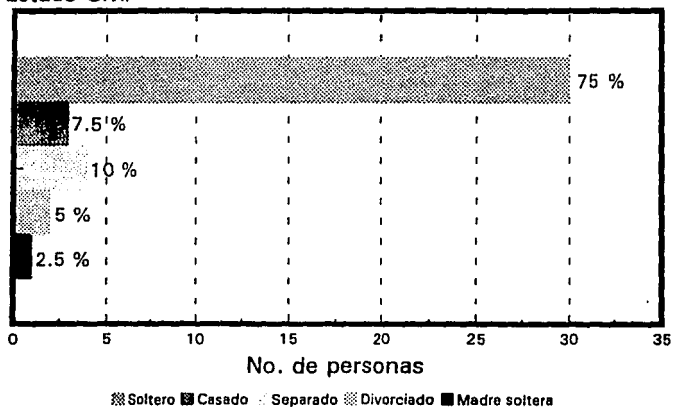


n = 40

El estado civil de los pacientes se distribuyó de la siguiente forma: solteros 30(75%), casado 3(7.5%), separado 4(10%), divorciado 2(5%) y madre soltera 1(2.5%). (tabla 5.2)

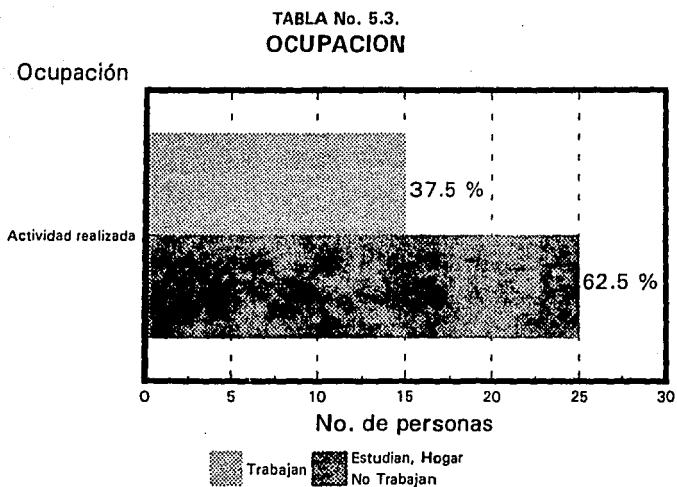
TABLA No. 5.2.
ESTADO CIVIL

Estado Civil



n = 40

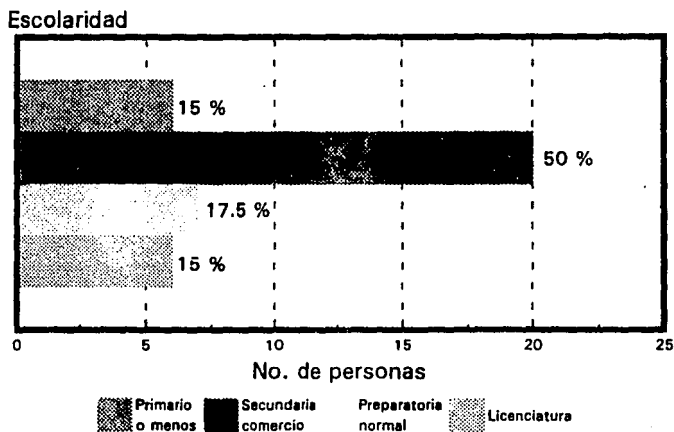
En cuanto al desempeño laboral, se observa que 15(37.5%) trabajaban y 25(62.5%) estudiaban, eran amas de casa o no trabajaban. (tabla 5.3)



n = 40

La distribución de la escolaridad estuvo disponible en 39 de los casos, 6(15%) tenían primaria terminada o menos, 20(50%) tenían secundaria completa o incompleta o estudios comerciales, 7(17.5%) preparatoria o normal y 6(15%) con licenciatura. (tabla 5.4)

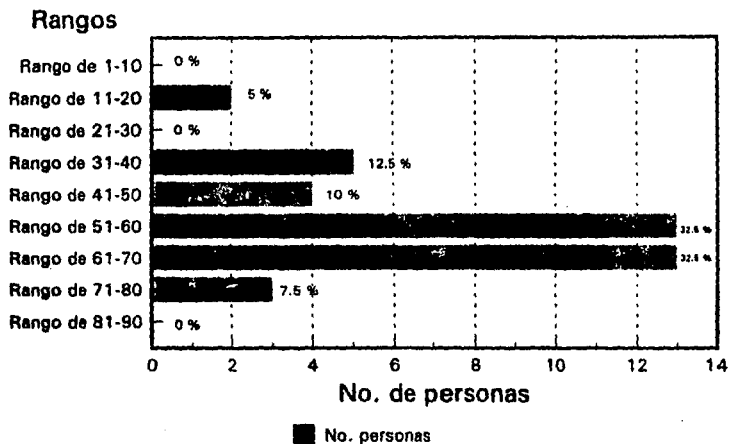
TABLA No. 5.4.
ESCOLARIDAD



n = 39

En la escala de funcionamiento global, los pacientes tuvieron una media de 56.3 ± 15.6 con un rango de 12 a 80 puntos. En la tabla 5.5, se muestran los resultados obtenidos.

TABLA No. 5.5.
ESCALA DE EVALUACION GLOBAL



n = 40
Media = 56.27

5.4.2. Cuestionario de Seguimiento del Paciente

En la Tabla 5.6, se muestran las frecuencias de las diversas preguntas de evaluación sobre redes de apoyo social, apego al tratamiento, y recaídas de los pacientes.

TABLA 5.6

REFERENCIA AL HOSPITAL

Voluntad propia	3	7.5%
Otro	37	92.5%

MOTIVO DE INTERNAMIENTO

Lo ignora	7	17.5%
Síntomas (locura, nervios alucinaciones, etc).	33	82.5%

CONOCIA EL DIAGNOSTICO

Sí	17	42.5%
No	23	57.5%

AYUDA PREVIA AL INTERNAMIENTO

Sí	23	57.5%
No	17	42.5%

INTERNAMIENTOS PREVIOS

Sí	18	45.0%
No	22	55.0%

TIEMPO DE INTERNAMIENTO

1 a 4 semanas	29	62.5%
5 a 9 semanas	6	15.0%
10 semanas o más	5	12.5%

TIPO DE TRATAMIENTO

Farmacológico	40	100%
Terapia electroconvulsiva	-	-
Otro	-	-

MOTIVO DEL ALTA

Mejoría	35	87.5%
Otro (fuga, traslado, voluntaria)	5	12.5%

SATISFACCION CON EL TRATAMIENTO

Buena	29	75.5%
Indiferente	4	10.0%
Mala	7	17.5%

**ACUERDO CON LA NECESIDAD DE
HOSPITALIZACION**

Sí	23	57.0%
No	17	42.5%

**DURACION DE LA ENFERMEDAD ANTES
DEL INTERNAMIENTO**

< 6 meses	17	42.5%
> 6 meses	23	57.5%

**CONSIDERA QUE EXISTEN ALTERNATIVAS
AL INTERNAMIENTO**

Sí	24	60.0%
No	16	40.0%

**EVALUACION DE LA EXPERIENCIA
DE LA HOSPITALIZACION**

Buena	28	70.0%
Mala	12	30.0%

**EXPECTATIVAS SOBRE UN
FUNCIONAMIENTO POSITIVO EN COMUNIDAD**

Sí	33	7.0%
No	7	17.5%

PRESENCIA DE METAS AL EGRESO

Sí	27	67.5%
No	13	32.5%

CUMPLIMIENTO DE LAS METAS

Sí	13	32.5%
No	27	67.5%

**UTILIDAD SUBJETIVA DEL
TRATAMIENTO HOSPITALARIO**

Util	29	72.5%
Poco útil	11	27.5%

**APEGO AL MEDICAMENTO DESPUES
DEL EGRESO**

Sí	24	60.0%
No	16	40.0%

CONOCE EL NOMBRE DE SU MEDICAMENTO

Sí	21	52.5%
No	19	47.5%

PRESENCIA DE RECAIDAS

Sí	17	42.5%
No	23	57.5%

NUEVOS INTERNAMIENTOS

Sí 5 12.5%

No 35 87.5%

HA VIVIDO DE MANERA

INDEPENDIENTE

Sí 10 25.0%

No 30 75.0%

PRESENCIA DE AMIGOS

Sí 26 65.0%

No 14 35.0%

DISPONIBILIDAD ECONOMICA

PARA LOS MEDICAMENTOS

Sí 21 52.5%

No 19 47.5%

APEGO A LA ASISTENCIA EN

CONSULTA EXTERNA

Sí 13 32.5%

No 27 67.5%

PROBLEMAS DE VIOLENCIA, AGRESION

PROVOCADOS POR EL PACIENTE

Sí 15 37.5%

No 25 62.5%

5.4.3. Escala de Funcionamiento Psicosocial.

En la Tabla 5.7, se muestran las medias y desviaciones estandar de las subescalas y el total de la escala de funcionamiento psicosocial.

TABLA No. 5.7.
ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

	SOCIAL	ECONOMICA	SEXUAL	FAMILIAR	LABORAL	TOTAL
MEDIA	2.54	3.04	2.58	2.60	2.03	2.68
DESVIACION ESTANDAR	0.64	0.69	0.88	0.75	1.07	0.63
MINIMO	1.42	2.00	0.00	1.10	0.00	1.84
MAXIMO	4.10	4.40	4.10	4.40	4.40	4.96

n = 40

5.4.4. Asociaciones entre las variables del Cuestionario de Seguimiento del Paciente y la Escala de Funcionamiento Psicosocial.

En cuanto al total de la escala de funcionamiento psicosocial, se encontró que aquellos sujetos que acudían voluntariamente a la hospitalización, funcionaban en general más mal que los que lo hacían por otros motivos (referencia, llevado por familiares, etc) (3.62 ± 0.3 n=3 vs 2.60 ± 0.09 n=37; $F=8.4$; $p=0.006$).

Otra variable asociada al total de la escala fue la disponibilidad de dinero para adquirir el medicamento, en este rubro, aquellos sujetos que tenían dinero, funcionaron significativamente mejor que los que no lo tenían (2.46 ± 0.13 n=21 vs 2.92 ± 0.13 n=19, $F=5.7$; $p=0.02$).

En la subescala de funcionamiento social específicamente, se identificó que aquellos sujetos que consideraban necesario el internamiento funcionaron significativamente mejor a los 6 meses que aquellos que lo consideraron innecesario (2.84 ± 0.13 n=23 vs 3.30 ± 0.16 n=17; $F=4.8$; $p=0.03$).

La presencia de recaídas después del egreso, se asoció con un funcionamiento social significativamente más malo que la ausencia de ellas (2.83 ± 0.14 n=17 vs 2.32 ± 0.12 n=23; $F=7.1$; $p=0.01$).

La satisfacción con el tratamiento hospitalario se asoció con un mejor funcionamiento social a diferencia de aquellos que se consideraban indiferentes e insatisfechos (2.39 ± 0.11 n=29 vs 3.10 ± 0.30 n=4 vs 2.84 ± 0.22 n=7; F=3.4; p=0.04).

Un tiempo de evolución del padecimiento menor a 6 meses antes del internamiento se tradujo en un funcionamiento social significativamente mejor (2.23 ± 0.14 n=17 vs 2.76 ± 0.12 n=23; F= 7.7; p=0.008).

Los pacientes que consideraron como positiva la experiencia de la hospitalización funcionaron significativamente mejor que aquellos que la consideraron mala o traumática (2.38 ± 0.11 n=28 vs 2.91 ± 0.17 n=12; F=6.3; p=0.01).

También en el rubro de la subescala de funcionamiento social específicamente se encontró que aquellos pacientes que refirieron un buen apego al tratamiento farmacológico funcionaban significativamente mejor que aquellos que lo reportaban negativo (2.36 ± 0.12 n=24 vs 2.80 ± 0.15 n=16; F=4.9; p=0.03).

Cuando los sujetos tenían una expectativa subjetiva positiva hacia su funcionamiento en la comunidad su funcionamiento social tuvo una tendencia a ser mejor que en aquellos que la consideraban negativa (2.45 ± 0.10 n=33 vs 2.94 ± 0.23 n=7; F=3.5; p=0.06).

El conocimiento del diagnóstico al egreso por parte del paciente se tradujo en un funcionamiento psicosocial con tendencia a ser mejor que en aquellos que lo ignoraban (2.31 ± 0.15 n=17 vs 2.71 ± 0.12 n=23; F=3.9; p=0.05).

Finalmente, en aquellos pacientes en los que el motivo de egreso fue mejoría, funcionaron significativamente mejor que en aquellos que tuvieron otros motivos para su egreso (2.47 ± 0.10 $n=35$ vs 3.04 ± 0.27 $n=5$; $F=3.7$; $p=0.06$).

En la subescala de funcionamiento laboral, sólo 2 variables tuvieron una asociación positiva. La presencia de hospitalizaciones previas a la índice se tradujo en un peor funcionamiento ocupacional (2.50 ± 0.23 $n=18$ vs 1.64 ± 0.21 $n=22$; $F=7.1$; $p=0.01$).

También aquellos pacientes cuyo motivo de alta fue la mejoría, tuvieron un mejor funcionamiento ocupacional que aquellos que egresaron por otras causas (1.90 ± 0.17 $n=35$ vs 2.95 ± 0.46 $n=5$; $F=4.5$; $p=0.03$).

Por último, en la subescala de funcionamiento económico, aquellos sujetos que consideraron la experiencia hospitalaria positiva, tuvieron un mejor desempeño económico que aquellos que la consideraron negativa (2.87 ± 0.12 $n=28$ vs 3.41 ± 0.18 $n=12$; $F=5.5$; $p=0.02$).

5.4.5. Correlación entre la Escala de Funcionamiento Psicosocial y la Escala de Evaluación Global.

La única correlación con tendencia a la significancia fue la de la subescala social que presentó una relación inversa con la evaluación global ($r=-.45$; $p=0.06$).

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Sumario

En la presente tesis se realizó una investigación sobre el nivel de ajuste psicosocial del paciente esquizofrénico, con lo que se pretende dar a conocer el grado de satisfacción que el esquizofrénico obtiene en su comunidad después de haber sido

dado de alta, sin embargo, en algunas ocasiones no se contó con la información completa; de cualquier forma este estudio es de utilidad, ya que permite hacer algunas observaciones y recomendaciones alrededor del tema de ajuste social del paciente esquizofrénico y el posible rol del psicólogo en su tratamiento.

El objetivo principal de este trabajo consistió en evaluar y dar a conocer el nivel de satisfacción o adaptación del enfermo esquizofrénico dado de alta, del Hospital Fray Bernardino Alvarez que se localiza al sur de la ciudad de México. El período de tiempo que se decidió evaluar fue a seis meses de su egreso hospitalario. Un estudio de mayores alcances se realiza en estos momentos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría el cual puede ampliar la información correspondiente en caso de ser necesario.

En concordancia con el planteamiento inicial, se realizó una revisión sobre el tema de la esquizofrenia que abarca: su historia a través del tiempo, la definición y los síntomas característicos, los criterios diagnósticos basados en el DSM-III-R, el tratamiento recomendado, la situación actual de los hospitales psiquiátricos y el tratamiento que recibe el enfermo mental en México.

Con relación al tema del funcionamiento social, enfocándose al tema de la evolución de la noción del

funcionamiento social, el cual tiene como base la Teoría de Roles de la que brevemente se explican algunos tipos y el desempeño de diferentes roles. Para poder evaluar el funcionamiento psicosocial se utilizaron diferentes escalas que son instrumentos que combinan la psicopatología con el deterioro en el funcionamiento de roles, o sea, el desajuste social. De estas se presenta una pequeña descripción y se realiza una revisión completa de la Escala de Funcionamiento Social, que es la herramienta que se utilizó durante el trabajo de campo.

El trabajo de campo consistió en obtener información sobre el nivel de satisfacción del enfermo esquizofrénico en su comunidad y se realizó por medio de entrevistas que permitieron evaluar a la persona a través de la Escala de Funcionamiento Social, de la Escala de Evaluación Global y del Cuestionario de Seguimiento del Paciente.

El trabajo de campo se describe partiendo de la explicación de la metodología utilizada para obtener información del paciente. Esta información se analizó estadísticamente con la ayuda del paquete de software SYSTAT versión 5.03. Anterior a este análisis, se definió la muestra y las variables a considerar.

Por último, se presenta la discusión de los resultados obtenidos de la observación, el análisis estadístico y algunas recomendaciones.

Dentro del estudio surgieron limitantes, la primera de ellas fue el tener que suponer el estado basal de los pacientes esquizofrénicos estudiados. Esta información no fue proporcionada por el hospital Fray Bernardino Alvarez lo que impidió hacer la comparación entre el inicio de su reinserción a su comunidad y el momento de la evaluación realizada en nuestro estudio. Esta comparación entre el estado basal y el estado a 6 meses después de ser dado de alta podría ser motivo de otro estudio.

Otra de las limitaciones encontradas durante el estudio efectuado fue la falta de precisión de los datos proporcionados por el hospital Fray Bernardino Alvarez. Esta se reflejó en datos no actualizados y en ocasiones confusos, lo que provocó que en el momento de realizar las visitas domiciliarias no se encontrara a la persona buscada o que al tener la dirección incompleta se tuviera que recurrir a los vecinos para localizar al enfermo.

Existió otra limitante, relacionada con la anterior, ya que las colonias visitadas generalmente se encontraban en el cinturón de pobreza que rodea a la ciudad de México. Esto convertía a las visitas en un evento de gran riesgo. Esta condición ocasionó que

se dejaron de entrevistar pacientes que podrían haber proporcionado información valiosa para nuestra investigación, ya que la muestra se vio disminuida limitando así su representatividad.

6.2. Conclusiones y Recomendaciones

Existen eventos importantes en el medio ambiente social que influyen en el comportamiento del paciente; el síndrome esquizofrénico se ve incrementado por un ambiente social y psicológico carente de estímulos positivos, por ejemplo las tensiones en el ambiente familiar pueden interactuar con otros factores para precipitar la sintomatología del esquizofrénico. Es importante resaltar que una modificación en el ambiente hospitalario tradicional, brindando un tratamiento humano, comprendiendo la problemática de los pacientes, proporcionándoles apoyo emocional, repercutiría en un cambio en el comportamiento de los pacientes hacia un nivel más apropiado de socialización.(1)

La esquizofrenia es una patología para cuyo origen no existe consenso hasta la fecha. Considerando que los tratamientos psicosociales deben contemplar al paciente en su funcionamiento

global, es imprescindible que su manejo sea a través de un equipo interdisciplinario.

El medio hospitalario es tan diferente al medio social del paciente que en el momento de ser dado de alta, generalmente no se encuentra listo para integrarse a su comunidad. Esto se constató durante las visitas domiciliarias realizadas.

Dentro de las opciones de tratamiento existentes, que son las que nos ayudan a lograr una mayor satisfacción del paciente esquizofrénico en su comunidad, la utilización de medicamentos neurolépticos es eficaz para la disminución de la sintomatología aunque propician efectos secundarios que van desde los leves hasta los graves como la diskinesia tardía. Algunos de los pacientes entrevistados mostraban síntomas secundarios evidentes.

En relación a las terapias con enfoque social, algunos autores han descrito efectos negativos de las terapias intensivas del medio ambiente social en los esquizofrénicos con mayor sintomatología, los cuales son más vulnerables al verse afectados por el efecto adverso de la intervención social; de lo cual se infiere que los tratamientos intensivos no han resultados útiles para todos los pacientes. Además las terapias, intensas y sobreestimulantes, frecuentemente promueven o prolongan, regresiones a largo plazo en la adaptación social del paciente esquizofrénico.(2)

Es importante que el empleo de los tratamientos psicosociales en pacientes con esquizofrenia, se lleve a cabo siempre y cuando el paciente esté medicado, ya que esto disminuye la existencia de alucinaciones, delirios, sobreexcitación, etc. permitiendo que el paciente se encuentre más ubicado en la realidad y pueda participar adecuadamente en el programa de tratamiento que le ayudara a desarrollar las habilidades necesarias para readaptarse a su comunidad.

Algunas de las alternativas al tratamiento hospitalario son la comunidad terapéutica, la casa de medio camino, la familia sustituta y la hospitalización parcial. Todas estas son alternativas comunitarias, que funcionan como parte del tratamiento y rehabilitación del paciente. Es importante comentar que el funcionamiento de estas alternativas ha sido probado en otros países y sería importante analizar la aplicabilidad de cada alternativa en México.

Así mismo, el paciente a través de un programa de tratamiento psicosocial puede readquirir sus habilidades para regresar a la comunidad, mediante actividades sociales, recreativas, familiares y ocupacionales, lo que resulta efectivo cuando se combina el tratamiento social y el tratamiento farmacológico.

Por otra parte, para poder brindar una mejor atención a los pacientes mentales, y en esta forma lograr su adaptación a la comunidad, es importante que se desinstitucionalice la atención al enfermo mental. La atención de los enfermos en la comunidad puede tener éxito si se cubren las necesidades de los pacientes a través del apoyo comunitario, que debe involucrar a la familia.

Todas las anteriores, son recomendaciones para lograr una mejor adaptación del paciente esquizofrénico cuando es dado de alta.

Estas recomendaciones son importantes ya que durante el estudio se encontró que la adaptación social de los enfermos esquizofrénicos dados de alta dependía no solo del tratamiento farmacológico indicados sino también de variables como la conciencia de enfermedad, el contar con el apoyo y la comprensión familiar, que es un aspecto fundamental para el tratamiento de la persona. La vivencia de la hospitalización como una experiencia positiva también arrojó datos de mejoría en el funcionamiento social, por lo que una de las recomendaciones fue el dar un trato más humano e individualizado al paciente.

Es así como surge la posibilidad de realizar otros estudios enfocados al tema del funcionamiento social de los

esquizofrénicos para lo cual se puede tomar como punto de partida esta tesis.

ANEXO I

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

CONFIDENCIAL
ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL
(EFPS)

- 1) No. de proyecto 2) No. de paciente
1 2 3 4
- 3) No. de tarjeta 4) No. de expediente
5 6 7 8 9 10 11

Paciente: _____

Nombre (s)

Apellidos

Domicilio: _____

Teléfono: _____

- 5) Sexo: 1. masculino 6) Edad: 7) Lugar de residencia:
2. femenino 12 13 14 1. México, D.F. y zona metropolitana 15
2. Provincia/otro
- 8) Estado civil: 1. Soltero 9) Ocupación: 1. Trabaja
2. Casado 16 2. Trabaja y estudia
3. Viudo 3. Ama de casa 17
4. Separado
5. Divorciado
6. Unión libre
7. Madre soltera 5. No. trabaja
6. Otro
- 10) Escolaridad 1. Sin educación formal
2. Primaria incompleta 18
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Estudios comerciales o técnicos (secretaria, auxiliar administrativo, etc).
7. Preparatoria o normal
8. Carrera universitaria
9. Otro

Motivo de consulta: _____

Entrevistador: _____

Fecha de la entrevista: _____

día

mes

año

Le voy a hacer algunas preguntas en relación a ciertos aspectos de su vida diaria, con el propósito de darnos cuenta en una forma más completa de lo que usted siente y necesita.

CONDICIONES DE VIVIENDA

11. Vive usted en:

- 1. Casa
- 2. Departamento
- 3. Cuarto(s)
- 4. Otros(especifique) _____

19

12. ¿paga usted renta?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. Otro (especifique) _____

20

13. ¿Cuántos cuartos tiene su hogar (casa, departamento, etc).
(incluye recámaras, cocina, baño, etc). 21 22

¿De cuántos cuartos dispone para vivir?

¿En cuántos cuartos vive usted?

14. ¿Tiene usted?

	SI	NO	COMPARTIDO
Baño	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25
Cocina	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28
Agua	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31
Luz	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 34
Gas	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 37

- 1. Sí
- 2. No
- 3. Compartido.
- 9. No aplicable.

15. ¿Actualmente cuánta gente vive en su hogar?

3839

¿Cuántos niños?

4041

¿Cuántos adultos?

4243

16. Nivel de satisfacción de la vivienda:

¿Como se siente hacia su vivienda en general?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

44

17. En relación a la colonia donde vive usted actualmente ¿Se siente usted seguro en su colonia? ejemplo: seguridad física, miedo a ser asaltado.

1. Muy seguro
2. Seguro
3. Neutral, indiferente
4. Inseguro
5. Muy inseguro
9. No aplicable

45

18. Uso de servicios y condiciones de la colonia. Se refiere a: medios de transportación, escuelas, servicios médicos, protección policial, agua, luz, etc. Si su colonia le proporciona a no le proporciona estos servicios, ¿cómo se siente en relación a las condiciones de la colonia?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

46

19. Si tuviera oportunidad de cambiarse de colonia ¿lo haría?

1. Sí
2. No
3. Indiferente
4. Inseguro de poder hacerlo
5. Imposible de poder hacerlo

47

20. Nivel de satisfacción hacia la colonia.

¿Cómo se siente hacia su colonia en general?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

48

21. Composición familiar:

¿Qué familiares tiene y quiénes viven con usted?

	Tiene	Vive con usted
Padre	<input type="checkbox"/> 49	<input type="checkbox"/> 50
Madre	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 52
Esposo	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 54
Esposa	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 56
Hermanos	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 58
Hijos	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/> 60
Abuela	<input type="checkbox"/> 61	<input type="checkbox"/> 62
Abuelo	<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/> 64
Otros	<input type="checkbox"/> 65	<input type="checkbox"/> 66

1. Sí
2. No
9. No aplicable

A. AREA OCUPACIONAL

1. Horas de trabajo.

¿Cuántas horas al día trabaja usted? _____
¿Le parecen muchas horas de trabajo? ¿pocas? ¿regular? 67
¿Cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

2. Desempeño en el trabajo.

¿Cómo se desempeña usted en su trabajo?
¿Cómo se siente en relación a su desempeño? 68

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

3. Relaciones interpersonales.

¿Cómo son sus relaciones interpersonales con el jefe,
con sus compañeros de trabajo, cómo se siente en
relación a esto? 69

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

4. Comunicación en el trabajo.

¿Cómo es su comunicación en el trabajo con el jefe (s)
y sus compañeros?
Para el tipo de trabajo que usted realiza, ¿es necesario
comunicarse con sus compañeros? ¿con la gente? ¿cómo
se siente respecto a su nivel de comunicación? 70

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

5. Problemas en el trabajo.

¿Tiene usted algunos problemas en el trabajo? ¿que tipo de problemas? ¿con qué frecuencia? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

71

6. Condiciones de trabajo.

¿Cómo son las condiciones de su trabajo? por ejemplo: ambiente físico, incentivos, motivación, etc;

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

72

7. Nivel de satisfacción global hacia el trabajo.

En relación a todo lo que ha dicho sobre su ocupación, cómo se siente hacia su trabajo en general?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

73

B. AREA SOCIAL

1. Contacto social con los vecinos.

¿Visita usted a sus vecinos? ¿recibe visitas de ellos?
¿Invita usted a los vecinos a su casa? ¿lo invitan a usted?
¿con qué frecuencia?, por ejemplo una vez a la semana,
cada 15 días? ¿una vez al mes? ¿no hace nada de esto? 74
¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

2. Interés en contacto social

¿Está usted interesado en relacionarse con la gente?
¿en llevarse bien? en platicar, ¿siente usted que tiene
necesidad de mayor contacto social? ¿cómo se siente en
relación a esto? 75

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

3. Nivel de comunicación.

¿Cómo diría usted que es su nivel de comunicación con la
gente? ¿con sus vecinos? ¿con sus amigos? etc. ¿bueno?
¿malo? ¿no se comunica? ¿cómo se siente en relación a esto? 76

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

4. Aislamiento social.

¿Se aísla usted de la gente? ¿se sienta sólo con frecuencia
¿no se aísla? ¿cómo se siente en relación a esto? 77

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

5. Problemas o dificultades sociales.

¿Tiene usted problemas de tipo social? ¿qué tipo de problemas? ¿con qué frecuencia? ¿cómo se siente en relación a esto?

78

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

6. Preocupación por problemas o dificultades sociales.

¿Tiene preocupaciones por estos problemas? ¿de qué tipo? ¿no tiene preocupaciones? ¿cómo se siente en relación a esto?

79

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

7. Nivel de satisfacción hacia roles sociales.

En relación a todo lo que ha mencionado sobre sus actividades sociales con amigos, vecinos, con la gente en general, ¿cómo siente usted que desempeña sus actividades sociales? cómo se siente en relación a esto?

80

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

Número de paciente

1 2 3 4

Número de tarjeta

5

C. AREA ECONOMICA

1. Disponibilidad de dinero.

¿Piensa usted que el dinero que tiene le alcanza para vivir?
¿cubre esto sus necesidades básicas como: alimentos,
ropa, etc?. ¿Es el dinero suficiente? ¿no le alcanza?
¿cómo se siente en relación a esto?

6

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

2. Problemas económicos.

¿Tiene usted problemas de tipo económico? ¿qué tipo de
de problemas? ¿cómo se siente en relación a esto?

7

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

3. Preocupación por problemas económicos.

¿Está usted preocupado por los problemas económicos?
¿se preocupa mucho? ¿no se preocupa?
¿cómo se siente en relación a esto?

8

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

4. Manejo de dinero.

¿Cómo maneja su dinero? ¿facilidad de distribuir el dinero
para el gasto para pagar deudas, etc?, ¿cómo se siente
en relación a esto?

9

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

5. Seguridad económica.

¿Se siente usted seguro económicamente?

¿Se siente usted seguro de salir adelante económicamente?

¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

10

6. Contacto social.

¿Siente usted que por la falta de dinero no puede hacer otras actividades? por ejemplo, ir al cine, eventos deportivos, etc?, ¿siente usted que por falta de dinero no pudo salir con los amigos, familiares, etc?, ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

11

7. Nivel de satisfacción económica.

En relación a lo platicado sobre estos aspectos, ¿qué tan satisfecho se encuentra usted en general?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

12

D. AREA SEXUAL

1. Nivel de comunicación.

¿Existe comunicación entre usted y su pareja sobre aspectos sexuales? ¿platican de vez en cuando? ¿cómo se comunican? ¿en relación a esto cómo se siente usted?

13

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

2. Desempeño de actividad sexual.

¿Cómo se desempeña usted en su rol sexual? por ejemplo: conocimiento, actitudes, conducta, ¿cómo se siente en relación a esto?

14

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

3. Nivel de interés.

¿Tiene usted interés en sus actividades sexuales? ¿cómo se siente en relación a esto?

15

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

4. Seguridad de conservar su pareja.

¿Tiene usted seguridad de conservar a su pareja? ¿cómo se siente en relación a esto?

16

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

5. Problemas de tipo sexual.

¿Tiene usted problemas de tipo sexual? ¿qué tipo de problemas? ¿con qué frecuencia?
¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

17

6. Preocupación por problemas sexuales.

¿Tiene preocupaciones por problemas de tipo sexuales?
¿de qué tipo? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

18

7. Nivel de satisfacción.

En relación a todo lo que usted ha dicho: ¿cómo se siente en relación a su vida sexual y a los roles que usted desempeña?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

19

E. AREA FAMILIAR

1. Comunicación con la familia.

¿Platica usted con su familia? ¿con qué frecuencia?
¿cuando platica cómo se siente? ¿no hace nada de esto?
¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

20

2. Rechazo familiar.

¿Siente rechazo hacia su familia? ¿hacia algún
miembro en especial? ¿a qué se debe este rechazo?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

21

3. Pertenencia familiar

¿Siente usted que pertenece a su familia? ¿se considera
miembro del grupo familiar? ¿siente que no pertenece a su
familia? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

22

4. Problemas o dificultades con la familia.

¿Tiene usted problemas o dificultades con su familia?
¿qué tipo de problemas? ¿con qué frecuencia?
¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

23

5. Preocupación por problemas o dificultades familiares.

¿Tiene preocupaciones por estos problemas?

¿de qué tipo? ¿no tiene preocupaciones?
¿cómo se siente en relación a esto?

24

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

6. Nivel de satisfacción global familiar.

En relación a todo lo que ha dicho acerca de sus actividades con su familia, ¿cómo siente usted que se desempeña en todas las actividades familiares?
¿cómo se siente en relación a esto?

25

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

7. Nivel de satisfacción de la familia hacia el paciente.

En relación a lo que su familia hace por usted, por ejemplo: ¿se interesa en tener buenas relaciones y comunicación con usted? ¿le da apoyo? ¿seguridad? ¿se preocupa y se interesa por usted o por el contrario no hace nada de esto y más bien le crea problemas? ¿lo rechaza? ¿demuestra agresión? etc.
¿cómo se siente en relación a lo que su familia hace o siente por usted?

26

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

- 118 -
ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL
(E PFS) HOJA DE RESPUESTAS PFS-FORMA 3

Paciente _____
Nombre(s) Apellido(s)

Domicilio _____

Teléfono(s) _____

- | | | |
|---|--|---|
| 1) No. de proyecto <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 2) No. de paciente <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<small>1 2 3 4</small> | 3) No. de tarjeta <input type="text"/>
<small>1 5</small> |
| 4) Expediente <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<small>6 7 8 9 10 11</small> | 5) Sexo <input type="checkbox"/>
<small>12</small> | 6) Edad <input type="text"/> <input type="text"/>
<small>13 14</small> |
| 7) Residencia <input type="checkbox"/>
<small>15</small> | 8) Estado civil <input type="checkbox"/>
<small>16</small> | 9) Ocupación <input type="checkbox"/>
<small>17</small> |
| | 10) Escolaridad <input type="checkbox"/>
<small>18</small> | |

Motivo de consulta _____

Condiciones de vivienda

- | | | |
|--|--|--|
| 11
<input type="checkbox"/>
19 | 12
<input type="checkbox"/>
20 | 13
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21 22 |
| 14
<input type="checkbox"/>
23 | 14
<input type="checkbox"/>
24 | 14
<input type="checkbox"/>
25 |
| 14
<input type="checkbox"/>
26 | 14
<input type="checkbox"/>
27 | 14
<input type="checkbox"/>
28 |
| 14
<input type="checkbox"/>
29 | 14
<input type="checkbox"/>
30 | 14
<input type="checkbox"/>
31 |
| 14
<input type="checkbox"/>
32 | 14
<input type="checkbox"/>
33 | 14
<input type="checkbox"/>
34 |
| 14
<input type="checkbox"/>
35 | 14
<input type="checkbox"/>
36 | 14
<input type="checkbox"/>
37 |
| 15
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38 39 | 15
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40 41 | 15
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42 43 |
| 16
<input type="checkbox"/>
44 | 17
<input type="checkbox"/>
45 | 18
<input type="checkbox"/>
46 |
| 19
<input type="checkbox"/>
47 | 20
<input type="checkbox"/>
48 | |

Composición familiar

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 21
<input type="checkbox"/>
49 | 21
<input type="checkbox"/>
50 |
| 21
<input type="checkbox"/>
51 | 21
<input type="checkbox"/>
52 |
| 21
<input type="checkbox"/>
53 | 21
<input type="checkbox"/>
54 |
| 21
<input type="checkbox"/>
55 | 21
<input type="checkbox"/>
56 |
| 21
<input type="checkbox"/>
57 | 21
<input type="checkbox"/>
58 |
| 21
<input type="checkbox"/>
59 | 21
<input type="checkbox"/>
60 |
| 21
<input type="checkbox"/>
61 | 21
<input type="checkbox"/>
62 |
| 21
<input type="checkbox"/>
63 | 21
<input type="checkbox"/>
64 |
| 21
<input type="checkbox"/>
65 | 21
<input type="checkbox"/>
66 |

AREAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

Califique utilizando la siguiente Escala

No. de paciente

Expediente

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

<u>AREA</u>	<u>REACTIVOS</u>	<u>TOTAL¹</u> <u>POR AREA</u>	<u>NIVEL (\bar{x})²</u> <u>POR AREA</u>
A. OCUPACIONAL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. SOCIAL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. ECONOMICA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. SEXUAL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. FAMILIAR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SUMA DE LA MEDIA (\bar{x}) DE TODAS LAS AREAS ³			<input type="text"/>
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL ⁴			<input type="text"/>

Paciente: _____

Entrevistador(a): _____ Fecha: _____

SEGUIMIENTO: ESCALA DE EVALUACION GLOBAL

1o 2o 3o 4o 5o 6o

ANEXO II

**CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO DEL
PACIENTE**

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Paciente: _____
Nombre(s) Apellidos

No. de paciente:

--	--	--	--

A continuación le voy a hacer algunas preguntas sobre sus actividades en el hospital y en la comunidad.

1. ¿Cómo llegó al hospital?

1. Por sí mismo
2. Su familia lo llevó
3. Referido por un especialista
4. Referido por amigos o conocidos de usted
5. Transferido de otro hospital
6. Traído por la policía
7. En una ambulancia
8. No sabe como llegó
9. Otro, especifique: _____

2. ¿Por qué lo internaron?

1. Porque estaba enfermo
2. Porque estaba loco
3. Por los nervios
4. Oía voces
5. Conducta agresiva
6. Su familia estaba enojada con él
7. No sé porque me internaron
8. Más de una respuesta de las anteriores, ¿cuáles?:

9. Otro, especifique: _____

3. Le dijeron ¿cuál era su padecimiento o enfermedad?

1. SI, ¿cuál? _____

2. NO _____

4. ¿Buscó algún tipo de ayuda o atención antes de que lo internaran?

1. Médica general
2. Médica psiquiátrica
3. Psicológica
4. Sacerdote
5. Curandero
6. Hierbero
7. Espiritista
8. Otro especialista
9. Neuróticos anónimos
10. Familiar
11. Otro, especifique: _____

5. ¿Estuvo usted antes internado en algún hospital psiquiátrico?

1. SI ¿En cuáles? _____
2. NO ¿Cuántas veces? _____

6. En su último internamiento, ¿Cuánto tiempo estuvo usted en el hospital?

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1. Una semana | 6. Seis semanas |
| 2. Dos semanas | 7. Siete semanas |
| 3. Tres semanas | 8. Ocho semanas |
| 4. Cuatro semanas | 9. Nueve semanas |
| 5. Cinco semanas | 10. Diez semanas o más |

¿Cuántas semanas: _____

7. ¿Qué tratamiento(s) recibió en el hospital?

1. Medicamentos
2. Psicoterapia
3. Medicamentos y psicoterapia
4. Terapia ocupacional
5. Electroshock (Terapia Electroconvulsiva)
6. Otro, especifique: _____

1. SI
2. NO

8. ¿Por qué fue dado de alta?

1. Terminación de tratamiento
2. Mejoría
3. Petición familiar
4. Fuga
5. Transferido a otro hospital

9. ¿Qué tan satisfecho se siente con el tratamiento y la atención que recibió en el hospital

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho

10. Considera usted que su internamiento en el hospital psiquiátrico fue necesario o innecesario.

1. Necesario
2. Innecesario

11. ¿Cuánto tiempo considera usted que estuvo enfermo antes de ingresar al hospital?

1. Uno a tres meses
2. Cuatro a seis meses
3. Siete a nueve meses
4. Diez a doce meses
5. Más de un año, especifique: _____

12. Considera usted ¿qué existen otras opciones al internamiento?

1. Recibir tratamiento en la consulta externa
2. En el hospital parcial
3. En algún Centro de Salud
4. En consultorio particular
5. En hospital privado
6. Otro, especifique: _____

13. ¿Cuál diría usted que fue su experiencia de estar internado en un hospital psiquiátrico?

1. Buena
2. Regular
3. Mala
4. Pésima
5. Traumatizante

14. Si se vuelve a enfermar estaría de acuerdo en regresar al hospital para un nuevo internamiento.

1. Si, estoy de acuerdo
2. No estoy de acuerdo
3. Tengo dudas al respecto
4. No sé

15. Si la respuesta es NO, o si tiene dudas, ¿dónde solicitaría consulta o ayuda?

1. Otro hospital
2. Centro de Salud
3. Consultorio particular
4. Otro servicio, especifique: _____

16. ¿Cuándo usted salió del hospital, sintió que podría salir adelante en la comunidad?

1. SI
2. NO

17. ¿Tenía usted metas o planes al salir del hospital?

1. SI, cuáles: _____
2. NO

18. ¿Se cumplieron sus metas?

1. SI
2. NO

19. ¿Por qué no se cumplieron?

1. Me enfermé otra vez
2. No tomé mis medicamentos
3. No conseguí trabajo
4. Mi familia no me apoya
5. Más de una respuesta de las anteriores, ¿cuáles?:

6. Otro, especifique: _____

20. ¿Qué tan útil considera el tratamiento que recibió en el hospital?

1. Muy útil
2. Util
3. Nada útil

Porque, especifique: _____

21. ¿Ha tomado sus medicamentos desde que salió del hospital tal como le indicó el médico?

1. SI
2. NO, especifique porque: _____

22. ¿Para qué le sirven los medicamentos?

1. Para poder dormir bien
2. Para estar tranquilo
3. Para no escuchar voces
4. Para no ponerme agresivo
5. Para no regresar al hospital
6. Para no enfermarme
7. Otro especifique: _____

1. SI

2. NO

23. ¿Sabe usted el nombre de los medicamentos que está tomando?

1. SI, especifique _____

2. NO _____

24. ¿Desde que salió del hospital se ha sentido usted nuevamente enfermo? (Aquí se evalúa las recaídas del paciente)

1. Una vez
2. Dos veces
3. Tres veces
4. Cuatro veces
5. Cinco veces
6. No se ha sentido enfermo

25. ¿Ha habido la necesidad de internarlo nuevamente en un hospital psiquiátrico?

1. Una vez
2. Dos veces
3. Tres veces
4. Cuatro veces
5. Cinco veces
6. No ha sido hospitalizado nuevamente
7. En otro hospital, no psiquiátrico _____

26. Actualmente ¿con quién vive?

1. Con mi familia (padres, hermanos)
2. Con mi familia (esposa, esposo, hijos)
3. Con otros familiares (tíos, primos)
4. Con amigos
5. En alguna institución
6. Solo
7. Otro(s), especifique: _____

27. ¿Efectivamente ha vivido usted de manera independiente?

1. SI
2. NO

Especifique porque: _____

28. Tiene usted amigos, ¿cuántos?

1. Un amigo
2. Dos amigos
3. Tres amigos
4. Cuatro amigos
5. Cinco amigos
6. No tengo amigos

29. Predominantemente de ¿quién recibe ayuda o apoyo?

1. Familia
2. Amigos
3. Trabajo
4. Alguna institución
5. De nadie
6. Otro(s), especifique: _____

30. ¿Tiene usted el dinero suficiente para comprar los medicamentos?

1. SI
2. NO

31. ¿Desde que salió del hospital regresó usted a las citas que le dieron en la consulta externa?

1. SI
2. NO

32. ¿Se ha visto usted involucrado en hechos de violencia, agresión, peleas, pleitos provocados por usted (en la calle, familia, etc.).

1. SI
2. NO

Especifique: -----

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

PACIENTE: _____

No.

--	--	--

1. 9. ESPECIFIQUE: _____
2. 8. _____ 9. ESPECIFIQUE: _____
3. CUAL: _____
4. 11. ESPECIFIQUE: _____
5. EN CUALES: _____ CUANTAS VECES: _____
6. CUANTAS SEMANAS: _____
7. 1 2 3 4 5 6. ESPECIFIQUE: _____
8. 9 10 11 5. ESPECIFIQUE: _____
12. 6. ESPECIFIQUE: _____
13. 14 15 4. ESPECIFIQUE: _____
16. 17 CUALES: _____
18. 19 5. CUALES: _____ 6. ESPECIFIQUE: _____
20. ESPECIFIQUE: _____
21. ESPECIFIQUE: _____
22. 1 2 3 4 5 6 7. _____
23. ESPECIFIQUE: _____
24. 25. 7. OTRO HOSPITAL: _____
26. ESPECIFIQUE: _____
27. ESPECIFIQUE: _____
28. 29. ESPECIFIQUE: _____
30. 31. 32. ESPECIFIQUE: _____

ANEXO III

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL

Escala de evaluación global del sujeto (Escala GAF)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum que va de la salud a la enfermedad mental. No se incluyen las incapacidades debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Nota: Utilice los códigos intermedios cuando resulte apropiado; por ejemplo, 45, 68, 72.

Código

90	Ausencia de síntomas o síntomas mínimos (por ejemplo, ansiedad leve antes de un examen), buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia variedad de actividades, efectivo socialmente, generalmente satisfecho con su vida, no tiene más que los problemas o preocupaciones propias de la vida cotidiana (por ejemplo, una discusión ocasional con alguno de los miembros de la familia).
81	
80	Si hay síntomas, son transitorios y son reacciones esperables ante el estrés psicosocial (por ejemplo, dificultades para concentrarse después de una discusión familiar); ligera incapacidad en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, retraso temporal en la realización de las tareas escolares).
71	
70	Algunos síntomas leves (por ejemplo, estado de ánimo deprimido o insomnio leve). O dificultades en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, hacer novillos ocasionalmente, o robar en casa) aunque, en general, el funcionamiento es bastante bueno y el sujeto tiene relaciones interpersonales significativas.
61	
60	Síntomas moderados (por ejemplo, aplanamiento afectivo y lenguaje circunstancial o crisis de angustia esporádicas). O deterioro importante en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, pocos amigos o problemas con los compañeros de trabajo).
51	
50	Síntomas graves (por ejemplo, ideas de suicidio, rituales obsesivos graves, pequeños robos en tiendas). O deterioro grave en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, ausencia de amigos o incapacidad para conservar el trabajo).
41	
40	Deterioro en la evaluación de la realidad o en la comunicación (por ejemplo, el lenguaje es en ocasiones incoherente, oscuro o irrelevante). O deterioro importante en diferentes áreas, como trabajo, escuela y relaciones familiares, capacidad de juicio, pensamiento o estado de ánimo (por ejemplo, la persona deprimida evita los amigos, descuida la familia y es incapaz de trabajar; el niño golpea con frecuencia a otros niños más pequeños, en casa plantea cara [desafía a sus padres], y fracasa en la escuela).
31	
30	La conducta está considerablemente influenciada por ideas delirantes y alucinaciones. O existe un deterioro importante en la comunicación y el juicio (por ejemplo, algunas veces es incoherente, actúa de manera inapropiada en distintas situaciones, tiene ideas suicidas). O incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ejemplo, quedarse en cama todo el día, o estar sin trabajo, sin casa o sin amigos).
21	
20	Peligro relativo de auto o heterolesión (por ejemplo, intento de suicidio sin riesgo probable de muerte, violencia frecuente o excitación maníaca). O abandono ocasional de la higiene personal mínima (por ejemplo, oler mal o ir sucio). O deterioro importante en la comunicación (por ejemplo, incoherencia o mutismo).
11	
10	Peligro persistente de lesiones graves a sí mismo o a los demás (por ejemplo, violencia recurrente). O incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima. O intento de suicidio grave con claro riesgo de muerte.
1	

NOTAS

NOTAS

NOTAS AL CAPITULO I

1. Mc GLASHAN: " A selective review of recent northamerican long-term follow-up studies of schizophrenia." p. 27-39.
2. DE LA FUENTE, R.: " Consideraciones sobre los problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo: el caso de México". p.1-7.
3. VALENCIA, M.: "Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados". p.71-96.
4. HAASE, H. J.: "Follow-up treatment and after care of discharged schizophrenic patients". p.619-626.

NOTAS AL CAPITULO II

1. COSTAS, N., STEFANIS.: Recent advances in diagnosis and treatment of schizophrenia. p.25-57.
2. DAVIDSON, G.y NEALE, M.: Psicología de la conducta anormal.
3. GUARNER, E.: Psicopatología Clínica y tratamiento analítico.
4. FREEDMAN, A. y KAPLAN, H.: Compendio de psiquiatría.
5. Op.cit. DAVIDSON y NEALE
6. Op.cit. FREEDMAN

7. KAPLAN, H., SADOK, B.: Comprehensive textbook of psychiatry. p.757-777.
8. ANDERSEN, N.C., y cols.: "Clinical phenomenology" p.345-363.
9. Op.cit. KAPLAN, P.757-777
10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM III-R. p.227-240.
11. Op.cit. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION.
12. LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J.B.: Diccionario de psicoanálisis. p. 128-130.
13. ANDERSEN, N.C.: "The diagnosis of schizophrenia." p.9-22.
14. Op.cit. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION.
15. MOSHER, L. y MELTZER, H.: "Drugs and psicosocial treatment: editor's introduction." p.8-9.
16. CALDERON, G.: "Hospitales psiquiátricos de México" p.111-126.
17. BASAGLIA, COOPER, y cols.: Antipsiquiatría y política.
18. DE LA FUENTE, R.: "Semblanza de la salud mental en México." p.861-871.
19. Op.cit. CALDERON. p.111-126.
20. Op.cit. DE LA FUENTE. p.861-871.

21. CALDERON, G.: "La salud mental en México. Antecedentes históricos y enfoque actual." p.234-239.
22. Op.cit. DE LA FUENTE. p.861-871.
23. LARTIGUE, T.: "Una aproximación al diagnóstico del estado actual de la salud mental en México". p.10-17.
24. Op.cit. LARTIGUE.p.10-17.
25. DE LA FUENTE, R.: "Consideraciones sobre los problemas conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo: el caso de México." p.1-7.
26. Op.cit. DE LA FUENTE.p.1-7.

NOTAS AL CAPITULO III.

1. A manera de definición podemos decir que el funcionamiento social se refiere a la manera como el sujeto desempeña los roles en las diferentes áreas de su vida: en el área personal, social, económica, sexual, ocupacional, familiar, etc.
2. DE LA FUENTE, R.: "Consideraciones sobre los problemas conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo: el caso de México." p.1-7.
3. BELLAK, L.: Handbook of community psychiatry.
4. STRACHAN, A.: "Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia:toward protection and coping." p.678-683.
5. GOMEZ DEL CAMPO, J.: "El modelo de la salud mental para la intervención comunitaria."
6. SARBIN T.,y ALLEN V.: The handbook of social psychology. p.235-347.

7. VALENCIA, M.: "Evaluación del funcionamiento social en pacientes mentales: su importancia en el campo de la salud mental." p.29-38.
8. Op.cit. SARBIN y ALLEN.
9. Ibid
10. Véase op.cit. VALENCIA citando a CAMERON p.32.
11. Véase op.cit. VALENCIA citando a NEIMAN p.32.
12. WEISSMAN, M.: "The assessment of social adjustment" p.355-365.
13. BARRABEE, R., BARRABEE, E., L., FINESINGER, J.: "A normative social adjustment scale." p.252-259.
14. LINN, M. y cols.: "A social disfunction rating scale." p.299-306.
15. BERGER, D.G., et al.: "The post-hospital evaluation of psychiatric patients: the social adjustment inventory method." p.1-30.
16. GURLAND, B. J, YORKSTON, N. J., STONE A. R. y cols.: "The structured and scaled interview to assess maladjustment (SSIAM): description, rationale and development". p.259-264.
17. WEISSMAN, M, BOTHWELL, S.: Assessment of social adjustment by patient self report". p.1111-1115.
18. CLARK, A. W.: "The personality and social network adjustment scale". p.85-96.
19. Op. cit. VALENCIA citando a Clark p.33.

20. KATZ, M. M., LYERTLY, S. B.: "Methods of measuring adjustment and social behavior in the community: rationale, description discriminative validity and scale development". p.503-535.
21. VALENCIA, M., ROJAS, E. y cols.: " Evaluación del funcionamiento social en pacientes de un centro de salud" p.674-687.
22. Op. cit SARBIN Y ALLEN.
23. VALENCIA, M., ROJAS, E., RUIZ, V. y cols.: " Desarrollo de un esquema teórico para evaluar el funcionamiento social: integración de sistemas y elaboración de conceptos". p.1-28.
24. Op cit. VALENCIA, M., ROJAS, E. y cols. p.674-687.
25. Para mayor información sobre la validez de la escala utilizada se puede consultar a VALENCIA, M., ROJAS, E. y cols. que es donde encontramos descritos todos los criterios tomados en cuenta para validar la escala.
26. Véase op.cit. VALENCIA, M., ROJAS, E. y cols. p.674-687. para mayor información sobre la correlación de los items de la Escala de Funcionamiento Social.
27. Ibid.
28. Ibid.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN Psychiatric Association.: D S M - III - R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, American Psychiatric Press INC. p. 227-240, 1988.

ANDERSEN and Fluaumm.: "Schizophrenia: The Characteristic Symptoms". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 17 no. 1:27-49. 1991.

ANDERSEN NC y Cols.: "Clinical Phenomenology". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 14 no. 3:345-363, 1988.

ANDERSEN, NC.: "The Diagnosis of Schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 12 no. 13:9-22, 1987.

ANTHONY, W. A. and Liberman.: "The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual and Research Base". *Schizophrenia Bulletin*, 12:542-559, 1986.

AYALA, H. Chism, K. y cols.: "Una Alternativa al Tratamiento y Rehabilitación de Enfermos Mentales Crónicos". *Salud Mental*, vol. 5 no. 1:18-23, 1982.

BARRABEE, R., Barrabee, E. L., Finesinger J.: "A Normative Social Adjustment Scale". *Am. J. Psychiatry*, vol. 112:252-259, 1955.

BASAGLIA, COOPER, D. y cols. : Antipsiquiatría y Política. México, Extemporáneos, 1968.

BELLAK, L. Esquizofrenia.: Ed. Herder, Barcelona, España. 1962.

- BELLAK, L.: Schizophrenic Syndrome. Ed. Grune y Stratton, New York, 1969.
- BELLAK, L.: Handbook of Community Psychiatry. New York: Grune and Stratton INC., 1964.
- BERGER, D. J. y cols. : " The Post-hospital Evaluation of Psychiatric Patients: The Social Adjustment Inventory Method". *Psychiatry Stud Proj*, vol. 2:1-30, 1964.
- BLEULER, M. Abrahamson.: "Schizophrenic Deterioration". *British Journal of Psychiatry*, 143:77-84, 1971.
- CABILDO, H. M.: "Panorama Epidemiológico de los Desórdenes Psiquiátricos en la Republica Mexicana". *Salud Publica Mex.* vol. 13, no. 1:53-55, 1971.
- CALDERON, G.: "Hospitales Psiquiátricos de México." *Rev. de Neurología y Psiquiatría*, vol. 7, no. 3:11-126, 1966.
- CALDERON, G.: "La Salud Mental en México. Antecedentes Históricos y Enfoque Actual". *Acta Psiquiátrica, Psicología America Latina*, no. 16:234-239, 1970.
- CLARK, A. W. : "The Personality and Social Network Adjustment Scale". *Hum Rel*, vol. 21:85-96, 1968.
- COSTAS, N. S.: Recent Advances in The Diagnosis and Treatment of Schizophrenia. American Psychiatric Press, P. 25-57, 1990.
- DAVIDSON, G. y Neale, M.: Psicología de la Conducta Anormal. México, Lámusa, 1983.
- DE LA FUENTE, R.: "Consideraciones Sobre los Problemas Mentales y Conductuales que Afectan la Salud en Sociedades en Desarrollo: el Caso de México". *Salud Mental*, vol. 13, no. 3:1-7, 1990.
- DE LA FUENTE, R.: "Semblanza de la Salud Mental en México". *Salud Pública*, vol. 30, no. 6:861-871, 1988.

DE LA FUENTE, R., Torres TJ.: "La Investigación en el Campo de la Psiquiatría en México". *Salud Mental*, vol. 6, no. 3:3-15, 1983.

DE LA PARRA, A., Escobar, Rubio.: "Características Psicosociales de Pacientes Crónicos Hospitalizados". *Salud Pública Mex.* 25:161-172, 1983.

ENGELHARDT, D. M., Rosen, B., Feldman, J. y cols.: "A 15 Year Follow-up of 646 Schizophrenic Outpatients". *Schizophrenia Bulletin*, 8:493-503, 1982.

FEIGHNER, J. P., Robins, E.: "Prognostic Scale for Chronic Schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, 13:277-286, 1986.

FREEDMAN, A. y Kaplan, H.: Compendio de Psiquiatría. México, Salvat Editores, 1980.

GLYNNS and Mueser.: "Social Learning for Chronic Mental Inpatients". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 12, no. 4:648-668, 1986.

GOMEZ DEL CAMPO, J.: "El Modelo de la Salud Mental para la Intervención Comunitaria". *Salud Comunitaria: una Visión Panamericana*. Universidad Iberoamericana, México, 1991.

GUARNER, E.: Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico. México. Ed. Porrúa, 1978.

GURLAND, B. J., Yorkston, N. J., Stone, A. R., et al : "The Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM) :Description, Rationale, and Validity". *Arch. Gen Psychiatry* vol. 27:264-267, 1972.

HAASE, H. J.: "Follow-up Treatment and Aftercare of Discharged Schizophrenic Patients". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 6, no. 4:619-626, 1980.

- HEINRICHS, D. W., et, al.: "The Quality of Life Scale: an Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome". *Schizophrenia Bulletin*, 10:388-398, 1984.
- KAPLAN, H., Sadok, B.: Comprehensive Textbook of Psychiatry. (1967) / V. Ed. Williams & Wilkins, Baltimore USA, p. 757-777, 1989.
- KATZ, M. M., Lyterly, S. D.: "Methods of Measuring Adjustment and Social Behavior in the Community: Rationale, Description Discriminative Validity and Scale Development". *Psychological Reports*, vol. 13:503-535, 1963.
- LAPLANCHE, J., Pontalis, J. B.: Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor, p. 128-130, 1983.
- LARTIGUE, T.: "Una Aproximación al Diagnóstico del Estado Actual de la Salud Mental en México". *Rev. Mexicana de Psicología*, 1:1, 1986.
- LIBERMAN R. P.: "Assesment of Social Skills". *Schizophrenia Bulletin*, 8:62-83, 1982.
- LINN M., y cols: "A Social Disfunction Rating Scale". *J. Psychiat Res* vol. 6:299-306, 1969.
- Mc GLASHAN .: "A Selective Review of Recent Northamerican Long-term Follow-up Studies of Schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 14, no. 4:27-39, 1988.
- Mc GLASHAN and Carpenter.: "Long-term Follow-up Studies of Schizophrenia: Editors Introduction". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 14, no. 4, 1988.
- Mc GLASHAN, et, al.: "Issues of Design and Methodology in Long-term Follow-up Studies". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 14, no. 4:569-574, 1988.
- MORRISON, R. L., and Bellak.: "Social Functioning of Schizophrenic Patients". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 13, no. 4:715-725, 1987.

- MOSHER, L. y Keith.: "Psychosocial Treatment: Individual, Group, Family and Community Support Approaches". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 6, no. 1:10-41, 1980.
- MOSHER, L. y Meltz, H.: "Drugs and Psicossocial Treatment Editor's Introduction." *Schizophrenia Bulletin*, vol. 6, no. 1:8-9, 1980.
- PUCHEU, R. C.: "Conceptos y Alternativas para la Rehabilitación del Enfermo Mental". *Salud Mental*, vol. 4, no. 3:4-12, otoño 1981.
- QUIROZ, Nora.: "Efecto de la Atención Posthospitalaria en Relación al Reingreso de Pacientes Psiquiátricos". *Tesis Universidad del Valle de México*, 1984.
- RYAN, P., Valencia, M., y cols.: "Alternativas para el Hospitalismo". *Salud Mental*, vol. 5, no. 3:8-15, 1982.
- SARBIN, T. y ALLEN, V.: The handbook of Social Psychology, 2a ed. Gartner Lindzey y Elliot Aronson, Univ. de Texas. vol. IV Addison-Wesley Publishing, Co. INC. 235-347, 1965.
- SPITZER, R. L., Gibbon, J., Endicott, J.: "The Global Assessment Scale". *Arch Gen. Psychiatry*, vo. 4, no. 33:766-771, 1976.
- STEPHENS, J. H.: "Long-term Prognosis and Follow-up in Schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, 4:25-47, 1978.
- STRACHAN, A.: "Family Intervention for the Rehabilitation of Schizophrenia: Toward Protection and Coping". *Schizophrenia Bulletin*, vol. 12, no. 4:678-683, 1986.
- TOVAR, H., Gutierrez, H. y cols.: "La Investigación Epidemiológica de las Alteraciones Mentales: Trascendencia, Métodos y Lineamientos para su Desarrollo en México". *Salud Mental*, vol. 17, no. 4:10-23, 1986.

VALENCIA, M.: "Un Programa de Tratamiento Psicosocial para Pacientes Psíquicos Agudos Hospitalizados". *Rev. de Psiquiatría*, vol. 4, no. 1:71-96, 1988.

VALENCIA, M., Rojas, E., y cols.: "Evaluación del Funcionamiento Psicosocial en Pacientes de un Centro de Salud". *Salud Pública Mex.* vol. 31, no. 5:674-687, 1989.

VALENCIA, M. : "Evaluación del Funcionamiento Social en Pacientes Mentales: su Importancia en el Campo de la Salud Mental". *Salud Mental*, vol. 8, no. 1:29-38, 1985.

VALENCIA, M., ROJAS, E. RUIZ, V. y cols.: "Desarrollo de un Esquema Teórico para Evaluar el Funcionamiento Social: Integración de Sistemas y Elaboración de Conceptos". *México D. F.: IMP*, 1985:1-28.

WEISSMAN, M.: "The Assessment of Social Adjustment". *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 32:355-365, 1975.

WEISSMAN, M., Bothwell, S. : "Assessment of Social Adjustment by Patient Self Report". *Arch Gen Psychiatry*, vol. 33:1111-1115, 1976.

WINOKUR and Clayton.: The Medical Basis of Psychiatry. W. B. Saunders Company, Philadelphia, USA, 1986.