

**HOSPITALIZACION BREVE: RESULTADOS PRELIMINARES
DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS CRONICOS REAGUDIZADOS ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
"VICTOR LARCO HERRERA"**

Mariella GUERRA ARTEAGA (*)

PALABRAS CLAVE : Hospitalización breve - esquizofrenia crónica -
seguimiento.
KEY WORD : Brief hospitalization - chronic schizophrenia -
follow-up.

Se revisaron 81 historias clínicas de pacientes esquizofrénicos crónicos hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital "Victor Larco Herrera" entre diciembre de 1985 y junio de 1986. De éstas sólo 17 tuvieron la modalidad de hospitalización breve (10 días). A la muestra seleccionada se le hizo un seguimiento a través de visitas domiciliarias encontrándose, al año de la hospitalización breve, lo siguiente: a nivel familiar, mejoría estadísticamente significativa; más del 80% de los pacientes pudo permanecer en la comunidad y/o ámbito familiar, recayeron 3 pacientes (17%) y, de éstos, 2 permanecieron hospitalizados por un tiempo menor de 15 días en su readmisión; más del 50% recibió medicación antipsicótica regularmente durante el año de seguimiento; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles laboral, familiar ni social entre la muestra que recayó y la que no lo hizo.

**BRIEF HOSPITALIZATION: PRELIMINARY RESULTS OF ONE YEAR FOLLOW UP
OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ACUTE RELAPSE**

81 clinical histories of chronic schizophrenics admitted to the Emergency Unit of "Victor Larco Herrera" Hospital of Lima, between December 1985 up to June 1986, were reviewed. Of these only 17 had brief hospitalization regime (10 days). A one year follow up study was carried out on this 17 patient sample mainly through home visits. Main findings were: more than 80% was able to stay in the community and/or family environment; 17% relapsed and of the latter, 12% had to be readmitted for a period of less than 15 days. More than 5% regularly took antipsychotic medication during the one year period, no statistically significant differences at work, family and social level were found between the subsamples that did and did not relapse.

* Psiquiatra Asistente del Dpto. Adultos y Geriátría del INSM "HD-HN".

INTRODUCCION

Actualmente hay mucha expectativa sobre el rol que debe desempeñar el hospital psiquiátrico. Se espera de este una serie de servicios y tratamientos, y que el paciente que acude a tratarse al salir sea capaz de lidiar con sus problemas. En consecuencia, la demanda de atención de parte de la población es cada vez mayor pues, entre otros factores, las esperanzas en cuanto al pronóstico son mejores y el estigma del diagnóstico psiquiátrico se está removiendo.

Todas estas consideraciones han motivado cambios en el sistema hospitalario, entre ellos, la reconsideración del tiempo de hospitalización óptimo necesario para el paciente psicótico crónico. Pues, además de la influencia en el costo, se han descrito efectos potencialmente deletereos de la hospitalización prolongada tales como: regresión, alienación, deterioro de la autoimagen, menoscabo en los diferentes niveles de funcionamiento, desarraigo familiar, y pérdida del vínculo con la comunidad y sus instituciones, elementos todos que constituyen una condición iatrogénica que se superpone a la enfermedad.

Con la introducción de los neurolépticos, a partir de la década de los 50, asociada a los movimientos psiquiátricos comunitarios (Langsley, 1980; Vidal, 1986), la población de pacientes psiquiátricos internados fue reduciéndose vertiginosamente (Herz, 1980; Fergelson, 1980).

En Estados Unidos de Norteamérica, por el año 1955, el 77% del cuidado psiquiátrico estaba confinado al tratamiento institucional hospitalario; mientras que el 23% quedaba a cuidado de la clínica de día. Para 1975, sólo el 27% del cuidado psiquiátrico correspondía al tratamiento ambulatorio y el 3% a la modalidad de clínica de día (Schwartz, 1984)

Alrededor de la década de los 70,

se ahondaron las investigaciones con respecto al beneficio de la corta o larga hospitalización para el paciente y su familia. Se publicaron una serie de informes en su mayor parte dirigidos a comparar las diferencias entre las hospitalizaciones breves y prolongadas. Algunos como Werner (1966), Herz (1975, 1976, 1977) encontraron que a diferencia de la hospitalización prolongada (mayor de 60 días) y de la standard (promedio de 45 días), la hospitalización breve (1 -7 días) beneficiaba más al paciente, observando un mejor funcionamiento familiar y laboral. Otros como Reibel y col. (1976) observaron que la hospitalización breve (1-7 días) tenía sus propias limitaciones y que no tenía éxito en pacientes muy desorganizados o con severa conflictiva familiar. También hubieron los que, como Glick y col. (1976) hallaron que para su muestra la hospitalización prolongada (90-120 días) fue mejor que la hospitalización breve (21-28 días) en cuanto a la evaluación clínica global al año de seguimiento.

Caffey y col. (1971) informaron que los pacientes esquizofrénicos asignados al grupo de hospitalización breve (29 días), mostraron a los 6 y 12 meses de admisión una mejoría psicopatológica similar al grupo de pacientes esquizofrénicos sometidos a una hospitalización prolongada (83 días). Igualmente, el grupo de hospitalización breve no mostró una mayor incidencia de reingresos en el seguimiento.

Entre los beneficios más resaltantes de la hospitalización breve, Herz y col (1975, 1976, 1977) citan el menor costo que ésta implica, la rápida reintegración del paciente a su medio asociado a un mejor nivel de funcionamiento en el curso post-hospitalario; el evitar la dependencia, disfunción y alienación productos de la institucionalización; una actitud familiar más favorable con un menor sentimiento de "carga". Además, los autores informan no haber tenido diferencias com-

parado con la hospitalización prolongada en cuanto al número de reingresos hasta en un periodo de dos años.

En nuestro medio la hospitalización del paciente psiquiátrico generalmente ha sido prolongada. Entre los reportes más relevantes al respecto tenemos el de Tejada y col. (1973), quienes en un análisis encontraron para 1972 lo siguiente: en el Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH) un tiempo de hospitalización promedio de 13.5 años; para el Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán (CSMHV) de 3.6 años; para el Servicio Psiquiátrico del Hospital General de Arequipa de 0.40 años; para el Hospital San Ramón de Tacna de 5.9 años y para el Centro Psiquiátrico de Tarma de 4.6 años. En esos 5 establecimientos del Ministerio de Salud, en aquel entonces se había atendido un total de 1647 pacientes; siendo la psicosis esquizofrénica la entidad nosológica más frecuente (62.3%) con un promedio de internamiento de 18 años. Cabe resaltar que, la mayor población esquizofrénica se encontraba en el HVLH con 771 pacientes.

Matos (1984), 10 años después, realizó un seguimiento de la muestra anterior y encontró que el 40% de los pacientes hallados en 1972 continuaban hospitalizados, el 21% fallecidos, y sólo el 24% había egresado en calidad de alta; sobre estos últimos, para entonces, no se había hecho un seguimiento y se desconocía si habían requerido rehospitalizaciones o si habían logrado su reincorporación familiar, social y/o productiva.

Con el paso de los años, en nuestro medio se crean nuevos Centros y progresivamente el tiempo de estancia hospitalaria se va acortando. En el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" el año 1984 se abrió el pabellón de hospitalización de adultos, ingresando en el lapso de 10 meses 243 pacientes de los cuales el 36.6% correspondió a psicosis esquizofrénica; para el lapso

mencionado la estancia promedio fue de 42 días, siendo política institucional no extenderse más allá de los 45 días (Mariátegui, 1988).

En 1984, Mori organizó el Servicio de Emergencia del HVLH con una nueva modalidad; la hospitalización breve (hasta 72 horas); procedimiento terapéutico diferente a los de entonces. Conformado por un equipo multidisciplinario previamente adiestrado, la asistencia estaba centrada en el paciente y secundariamente en la enfermedad y el diagnóstico nosológico. Además de atender la parte farmacológica de cada caso en particular, el programa se preocupa de comprender todos los factores psicológicos y sociales considerados decisivos y casi primarios en el desencadenamiento del episodio de emergencia.

Sin embargo, desde la creación de ese Servicio no se ha evaluado la efectividad de este tratamiento a largo plazo. Tal situación adquiere mayor relevancia en un país como el nuestro donde existen serios problemas socio-económicos que obliga a buscar alternativas terapéuticas de bajo costo.

Con respecto a estudios de seguimiento de pacientes esquizofrénicos hospitalizados, al revisar la literatura nacional hemos hallado, entre otros, el de Crosby (1985). En este estudio se evaluaron 265 pacientes esquizofrénicos del INSM "HD-HN" atendidos entre marzo de 1984 y agosto de 1985, encontrándose que al año y medio de seguimiento el 49.9% había tenido 2 ó más rehospitalizaciones.

En la revisión de la literatura nacional no hemos encontrado estudio alguno sobre la eficacia de la hospitalización breve especialmente referida al seguimiento que es el único parámetro que nos va certificar las ventajas o desventajas de la misma. En ese sentido y con el marco de referencia expuesto previamente decidimos realizar el estudio que presentamos a continuación, el mismo que

tiene como finalidad reevaluar una cohorte de pacientes esquizofrénicos crónicos, reagudizados y verificar en nuestro medio la efectividad de la hospitalización breve al año de seguimiento.

MATERIAL Y METODOS

La muestra para el presente estudio se obtuvo de la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes esquizofrénicos crónicos reagudizados, según los criterios diagnósticos del DSM-III; admitidos de manera consecutiva al Servicio de Emergencia del "HVLH" y asistidos bajo la modalidad de hospitalización breve (≤ 10 días) en el lapso de diciembre de 1985 a junio de 1986.

Se incluyeron pacientes de uno y otro sexo, de cualquier edad, cuya permanencia en el Servicio de Emergencia no hubiese sido mayor de 10 días y quienes al alta tenían como destino su domicilio y la indicación de seguir controlándose ambulatoriamente.

Se excluyeron pacientes con alguna condición asociada tal como síndrome orgánico cerebral, dependencia o abuso de drogas incluyendo alcohol, enfermedad física relevante; los dados de alta administrativa por fuga estando hospitalizados; aquellos cuyos familiares pidieron el alta voluntariamente; los que tenían historia incompleta y los que fueron abandonados una vez hospitalizados.

El estudio fue de revisión de casos (de observación, parcialmente retrospectivo, longitudinal y descriptivo) además prospectivo (Méndez, 1984).

Aparte de la historia clínica y de la ficha diseñada para captación de datos se usó el Formato de Evaluación Inicial (FEI) en sus escalas para los Ejes IV y VI.

Las pruebas estadísticas usadas fueron: T de Wilcoxon, U de Mann Whitney, Prueba de Fisher, Coeficiente de Correlación de Pearson, Coeficiente de Correlación Biserial-puntual.

Antes de presentar los resultados

de la muestra final (n=17), consideramos importante precisar como se llegó al tamaño de la misma. Entre diciembre de 1985 y junio de 1986 se hospitalizaron en el Servicio de Emergencia del HVLH un total de 227 pacientes. De estos, 95 (41.8%) tuvieron el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM III; los crónicos constituyeron un grupo de 81 pacientes (85.2%) y procedían de diferentes zonas de Lima y Callao.

El estudio intentó abarcar todo el universo de esquizofrénicos crónicos; sin embargo, al hacer el seguimiento se excluyeron 42 pacientes (52.4%) por las siguientes causas: 2 tenían otros diagnósticos (retardo mental y trastorno afectivo bipolar que se determinaron en las visitas domiciliarias respectivas); 3 se fugaron; 2 salieron de alta voluntaria; en 8, las historias clínicas estaban incompletas; 6 fueron abandonados por sus familiares una vez ingresados; 17 pacientes no se encontraron en las direcciones consignadas; en 4 se intentó hacer las visitas domiciliarias no concretándose las mismas por estar ubicadas en zonas tugurizadas y de alta incidencia delictual.

Después de toda esta depuración quedaron 39 pacientes esquizofrénicos crónicos reagudizados según el DSM III. Con respecto a éstos se verificó que 22 pacientes (55%) no cumplieron la modalidad de hospitalización breve por la severidad del cuadro clínico; siendo derivados a diferentes pabellones o manteniéndose más de 10 días en el Servicio de Emergencia del HVLH. Por lo tanto, sólo 17 pacientes pudieron ser reevaluados al año de la hospitalización índice.

RESULTADOS

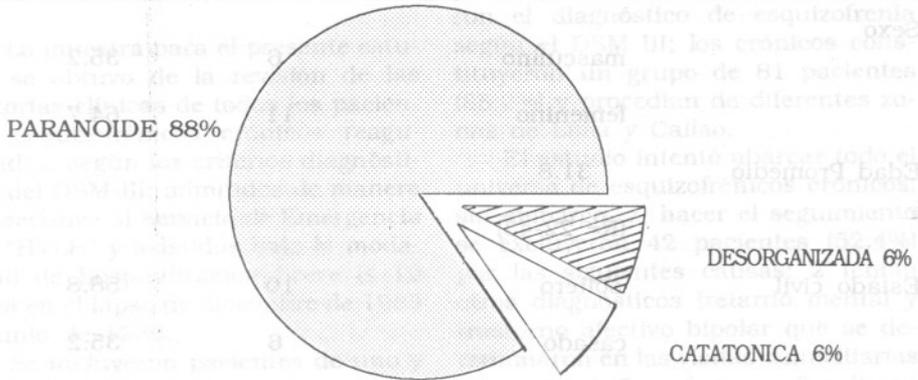
Presentamos los resultados de la muestra seguida (n=17). En relación a los datos demográficos, tenemos el Cuadro N° 1.

CUADRO Nº 1
TIPOS DE ESQUIZOFRENIA SEGUN EL DSM-III
DATOS DEMOGRAFICOS

Datos Demográficos		N.	%
Sexo	masculino	6	35.2
	femenino	11	64.7
Edad Promedio	31.8 (R= 22-43)		
Estado civil	soltero	10	58.8
	casado	6	35.2
	conviviente	1	6.0
Grado de instrucción	primaria	6	35.2
	secundaria	10	58.8
	superior	1	6.0
Ocupación	desocupado	10	58.8
	ama de casa	5	29.4
	empleada	1	5.8
	comerciante	1	5.8
Lugar de nacimiento	Lima	13	76.4
	Provincia	4	23.6
Religión	Católica	17	100.0
Lugar de procedencia	Lima	17	100.0

Con respecto al diagnóstico en la muestra seguida (n=17), podemos apreciar el gráfico Nº 1 en la que se observa que el 88% de pacientes tienen el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

GRAFICO N° 1
TIPOS DE ESQUIZOFRENIA SEGUN EL DSM-III
(N=17)



El tiempo de enfermedad promedio fue de 8 años (rango 2 a 25 años); el tiempo promedio de hospitalización fue de 6.2 días, siendo el tiempo menor de 1 día y el mayor de 10 días como puede apreciarse en el Cuadro N° 2.

CUADRO N° 2.
TIEMPO DE HOSPITALIZACION BREVE Y NUMERO DE
REINGRESOS DURANTE EL AÑO DE SEGUIMIENTO

Días en el hospital	N. pacientes (n=17)	Reingresos en año seg.
1	2	0
2	1	0
3	1	0
6	4	0
7	2	1
8	3	0
9	2	1
10	2	1

En cuanto a las hospitalizaciones previas, estas se dieron en 10 pacientes (4 hombres, 6 mujeres) variando el número entre 1 día como mínimo y 4 días como máximo.

Por otro lado, de acuerdo al FEI la muestra ($n=17$) se comportó así: a nivel laboral se encontró un nivel de funcionamiento promedio de 4.2 en la hospitalización índice y de 3.5 al año de seguimiento; no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p>0.05$). A nivel familiar el funcionamiento promedio durante la hospitalización índice fue de 3.8 y al año de seguimiento de 3.1, alcanzando una diferencia significativa ($p \leq 0.02$). En el aspecto social los promedios fueron de 3.8 y 3.7 para la hospitalización índice y al año de seguimiento respectivamente, no alcanzó significancia estadística ($p>0.05$). La correlación entre los diferentes niveles de funcionamiento y la severidad de los estresores psicosociales al año de seguimiento mostró lo siguiente: a nivel laboral $r=0.34$, a nivel familiar $r=0.32$ y a nivel social $r=0.43$.

Al correlacionar el tiempo de enfermedad y los diferentes niveles de funcionamiento al año de seguimiento se obtuvo: a nivel laboral $r=0.21$, a nivel familiar $r=0.02$ y a nivel social $r=0.3$.

La correlación entre el número de hospitalizaciones previas y los niveles de funcionamiento al año de seguimiento dió resultados negativos para las 3 áreas: laboral $r=-0.35$, familiar $r=-0.40$, social $r=-0.20$.

La relación entre las recaídas y el número de consultas ambulatorias que tuvieron los pacientes durante el año de seguimiento fue de $V_{bp}=-.32$.

En cuanto a los reingresos, del total de la muestra ($n=17$) 3 pacientes (17.6%) reingresaron en 1 oportunidad durante el año de seguimiento, el resto de la muestra $n=14$ (82.4%) pudo mantenerse en la comunidad. Los que recayeron se rehospitalizaron en el Servicio de Emergencia del HVLH por

un tiempo \leq a 15 días.

Al buscar diferencias en los niveles de funcionamiento entre los que recayeron y los que no lo hicieron se obtuvo: a nivel laboral $p=0.6$, a nivel familiar $p=0.5$ y a nivel social $p=0.6$.

Con respecto a las hospitalizaciones previas y su relación con las recaídas obtuvimos $p=0.05$.

En cuanto a la medicación, durante el año de seguimiento, de los 17 pacientes 3 (17.6%) nunca recibieron medicación antipsicótica; 9 (52.9%) la recibieron en forma regular a lo largo del año; 1 (5.8%) la recibió regularmente por un tiempo menor de 6 meses; 3 (17.6%) la recibieron en forma irregular por un tiempo menor de 6 meses; 1 (5.8%) la recibió en forma irregular por un periodo mayor a 6 meses.

DISCUSION

El presente trabajo constituye un estudio preliminar sobre la eficacia de la hospitalización breve en pacientes esquizofrénicos crónicos reagudizados.

Un hecho importante de analizar inicialmente es el relativo a que 22 pacientes de nuestra muestra (55% de los 39) excedieron el tiempo de hospitalización breve y tuvieron que ser derivados a otros pabellones. El exceso se debió a la severidad del cuadro clínico. Severidad, cuyas características clínicas no se evaluaron por no haberla planteado como objetivo del estudio, dada las características del mismo (retrospectivo) y por que aquellos pacientes permanecieron más de 10 días en el Servicio de Emergencia.

Como consecuencia, la muestra final del estudio quedó constituida por 17 pacientes ($n=17$). Al respecto Herz (1975), Reibel (1976) y Martín (1985) citan a la conducta impulsiva, la severa desorganización psicótica, el comportamiento antisocial, la ideación suicida, el rechazo familiar, como razones por las cuales los pacientes

sobrepasan el límite de la hospitalización breve. Consideramos que dichos factores de suma importancia, deberían ser estudiadas en futuras investigaciones prospectivas en una muestra nacional.

Si comparamos el porcentaje de nuestros pacientes que sobrepasaron la hospitalización breve con lo descrito en la literatura, llama la atención que en nuestra muestra este porcentaje resultó elevado (55%). Werner (1966), Reible y Herz (1976) encontraron que entre el 10% y 20% de sus muestras excedieron el tiempo de hospitalización breve (7 días), esto sucedió aún cuando la designación entre ésta y la hospitalización prolongada (≥ 60 días) había sido de carácter aleatoria. Esta diferencia puede deberse a varios factores, entre ellos a las diferencias socioeconómicas y culturales entre ambas muestras y al desconocimiento del porcentaje de pacientes excluidos en nuestra muestra (42 pacientes) que pudo responder a la hospitalización breve.

En los datos demográficos sobresale la población femenina (64%), sin embargo la revisión de la literatura al respecto nos dice que el sexo no influye en el curso de la esquizofrenia crónica reagudizada sometida a la hospitalización breve (Glick y col. 1976). También es relevante que más del 50% de la muestra tiene como estado civil la soltería, hallazgo frecuente en este tipo de pacientes. En nuestro medio, en muestras esquizofrénicas, Gaviria (1967) encontró que el 79.2% eran solteros; Crosby (1985) encontró un 81.13% entre solteros, viudos o divorciados; Perales (1985) halló un 80% de solteros en esquizofrénicos nacidos en la Costa y un 74% de solteros en los nacidos en la Sierra. Algunos autores como Matter y col. (1979) plantean que el paciente esquizofrénico casado tiene un mejor pronóstico dado que ha sido capaz de mantener una relación interpersonal y

que sus vínculos afectivos con el mundo circundante no se han deteriorado completamente. En la muestra estudiada (n=17), de los 3 que recayeron, 2 (11.7%) eran casados y 1 (5.8%) era soltero; hallazgo que no confirmaría plenamente lo descrito en la literatura foránea. Además, de los que se mantuvieron en la comunidad (14 pacientes) el 80% era soltero.

Al igual que Crosby, quien encontró que la mayor parte de su muestra esquizofrénica (81.51%) eran desocupados, nosotros hemos encontrado que 10 pacientes (60%) no tenían ocupación alguna. Cabe preguntarse si este resultado es consecuencia de la enfermedad per-se y/o de las posibilidades de encontrar trabajo en nuestro medio. En relación a esta condición algunos autores proponen que los pacientes esquizofrénicos desocupados tienen mayor probabilidad de ser rehospitalizados, en tanto que se presume su poco contacto con el mundo externo y un desempeño social pobre, Bachrach (1976); otros autores como Strauss y col. (1974) mencionan la desocupación y las relaciones sociales como procesos importantes en el pronóstico de los pacientes esquizofrénicos. Crosby (1985) en su trabajo no llegó a comprobar estadísticamente este planteamiento, sin embargo, sus resultados señalaron que los pacientes esquizofrénicos que trabajaban antes de ser rehospitalizados tendían a tener una primera y única hospitalización. En los que no trabajan no encontró tendencia alguna. En nuestra muestra, del total de desocupados (10 pacientes), 1 recayó, las otras 2 que recayeron se desenvolvían como amas de casa. No obstante los resultados de nuestro estudio, consideramos que éste no es equiparable a los obtenidos en estudios foráneos debido a que nuestra muestra desocupada que recayó es muy pequeña y este puede ser el factor responsable del hallazgo descrito.

Con respecto a los niveles de funcionamiento los resultados muestran al año de seguimiento una tendencia hacia la mejoría en los niveles laboral y social. En el área laboral, al año de seguimiento, no se observaron variaciones en cuanto a las categorías ocupacionales primigenias pero sí una mejoría de los desocupados y amas de casa en las labores domésticas y hogareñas. La importancia estriba en el hecho de estar frente a una muestra de relativo mal pronóstico, no sólo por la condición psiquiátrica (esquizofrenia) sino además, por las desventajas socioeconómicas de desempleo propias de nuestra realidad y que, a pesar de ello los pacientes pudieron mantenerse en la comunidad en niveles de funcionamiento aceptable para el grupo familiar. Al respecto, trabajos como los de Herz (1977), Martin (1985) reportan que a diferencia de los pacientes sometidos a hospitalizaciones prolongadas, los pacientes provenientes de hospitalizaciones breves retornan con más rapidez a su centro de trabajo mejorando los ingresos económicos de la familia; igualmente determinaron que a los 6 meses de seguimiento en el grupo de hospitalización breve el 55% tenía un trabajo estable vs el 46% de los provenientes de la hospitalización prolongada. De otro lado, Glick (1976), Hirah y col (1980) encontraron diferencias en los niveles de funcionamiento entre la hospitalización breve (21-28 días) y la prolongada (90-120 días) a las 2 semanas, 3 meses y 1 año de seguimiento.

En el nivel familiar, al año de seguimiento, se encontró mejoría estadísticamente significativa. Este resultado puede explicarse por varios factores: los relacionados al tipo de atención que se da al paciente en el Servicio de Emergencia del HVLH (descrita en la introducción), al control medicamentoso, la expresión emocional familiar, la disminución de

estresores psicosociales. Con respecto a la medicación ya está definitivamente establecido la importancia de ésta en la estabilidad psicótica esquizofrénica a corto y largo plazo (Salomón 1977); Appleton 1981; Nina Schooler 1986). En cuanto al factor familiar, se ha descrito que los pacientes esquizofrénicos que provienen de familias con baja expresión emocional tienen mejor pronóstico en cuanto a recaídas a largo plazo (Nina, 1986). En lo relativo a estresores psicosociales se ha descrito la vulnerabilidad de los esquizofrénicos a estos (Schwartz 1984, Beuhring 1984, Liberman 1987).

En nuestra muestra, el alto porcentaje de desocupados podría estar asociado a un menor grado de estrés en comparación a aquellos que trabajan; sin embargo esta es una conjetura dadas las características del estudio, siendo necesario estudios que indaguen al respecto.

El nivel social no evidenció mejoría al año de seguimiento lo que podría explicarse por la presencia de síntomas negativos de la esquizofrenia; por la alta proporción de desocupados, condición que fomenta el retraimiento y disminuye la circulación social; por el corto tiempo de seguimiento de la cohorte. Con respecto a este último factor, estudios de seguimiento a largo plazo (entre 10 y 30 años) tanto de Latinoamérica, como de Europa, EEUU y Japón revelan que la esquizofrenia mejora a través de los años en los rubros sociolaborales en más del 50% de los casos (Huber y col, 1975; Ogawa y col, 1987).

En torno a la severidad de los estresores psicosociales y su relación con los niveles de funcionamiento, la correlación no alcanzó significancia estadística indicando que a mayor severidad de los primeros mayor deterioro. Ya se ha establecido en la esquizofrenia el aumento de su vulnerabilidad a los estresores psicosociales; esto no sólo en pacientes sin medica-

ción, sino también en aquellos que medicados recaen como consecuencia de los estresores (Salomon y col. 1977; Spring y col. 1984).

En cuanto a la relación entre tiempo de enfermedad y niveles de funcionamiento los valores obtenidos indican que prácticamente no hay relación entre las variables estudiadas. Esto probablemente se deba al corto tiempo de seguimiento y al número reducido de pacientes. Estudios de seguimiento a largo plazo de pacientes esquizofrénicos describen un curso favorable ya sea con remisiones completas o deterioros leves en el 40%-60% de pacientes; un curso relativamente desfavorable en el 24%-29% de pacientes y un deterioro severo en el 6%-20% (Huber y col. 1975; Ogawa y col. 1987).

En relación a la medicación dado por el número pequeño de la muestra ($n=17$), los datos obtenidos no pudieron ser sometidos a pruebas estadísticas; por la misma razón tampoco se pudo hacer un análisis comparativo entre la muestra que recayó y la que se mantuvo en la comunidad sin presentar reingresos hospitalarios. Cabe resaltar que la mayor proporción de la muestra recibió tratamiento anti-psicótico, hecho que puede haber gravitado en la mejoría del nivel familiar y en la permanencia de más del 80% de pacientes en la comunidad.

Con respecto al número de consultas ambulatorias y su relación con las recaídas el resultado no es significativo, más bien mostró una tendencia inversa sugiriendo que a mayor número de controles ambulatorios menor recaídas. Este hallazgo concuerda con lo descrito en la literatura en relación al control del paciente esquizofrénico y su efectividad para reducir las recaídas (Nina, 1986).

En cuanto a las recaídas, éstas se dieron sólo en 3 pacientes (17.6%) observando que la mayor parte de la muestra pudo mantenerse en la co-

munidad y en el seno familiar. Herz (1977); Glick y col. (1976), no citan el porcentaje de recaídas en sus muestras estudiadas pero al comparar las hospitalizaciones breve y prolongada no encuentran diferencias significativas en las readmisiones de ambas muestras.

Un aspecto adicional a comentar es el referente al tiempo de estancia hospitalaria en las recaídas de nuestros pacientes; 2 de los 3 que recayeron se hospitalizaron por un tiempo menor a 15 días, tiempo menor al de las hospitalizaciones estandar de nuestro medio y que debe tomarse en cuenta por la ventaja costo-beneficio que ello significa. Al respecto, Herzy col. (1977) encontraron que su muestra de hospitalización breve promedió 11 días en la hospitalización índice (comparado con los 60 días de la muestra de hospitalización estandar), las admisiones posteriores de los pacientes de hospitalización breve duraron más tiempo. Para la primera readmisión, en los 2 años que duró el estudio, el promedio fue de 20 días; para la segunda readmisión el tiempo promedio fue de 28 días.

Finalmente, para evaluar la relación entre hospitalizaciones previas y recaídas creemos conveniente realizar seguimientos más prolongados, con un número mayor de pacientes.

CONCLUSIONES

Se limitan exclusivamente a la muestra seguida debido a las características del estudio (de observación, retrospectivo, longitudinal y descriptivo). Características que limitan una generalización de los resultados.

- a) La hospitalización breve fue posible en el 43.6% de la muestra estudio ($n=39$).
- b) En la muestra seguida ($n=17$), al

año de seguimiento, se encontró mejoría estadísticamente significativa a nivel familiar y tendencias favorables en los niveles laboral y social.
 c) Más del 80% de pacientes, de la muestra seguida, pudo mantenerse en la comunidad y ámbito familiar con control de su condición mental.
 d) De la muestra seguida sólo 3 pacientes (17%) recayeron, y de estos, 2 permanecieron hospitalizados por un tiempo \leq a 15 días en su readmisión.
 e) En la muestra seguida el 52.9% recibió medicación antipsicótica en forma regular durante el año de seguimiento y el 17.6% nunca la recibió.
 f) En los análisis estadísticos los estresores psicosociales tradujeron poca implicancia en el curso de los pacientes evaluados al año de seguimiento.
 g) La hospitalización breve es un procedimiento que puede ser aplicable en nuestros sistemas de salud, siendo menester hacer estudios prospectivos al respecto en nuestro medio.

RECOMENDACIONES

- a) En nuestro medio son necesarias evaluaciones prospectivas sobre la modalidad de hospitalización breve haciendo énfasis en el seguimiento a corto, mediano y largo plazo.
- b) En relación a la metodología es importante hacer estudios comparativos entre las modalidades de hospitalización breve y la prolongada, con evaluaciones al alta y, luego, cada 3, 6 y más meses.
- c) Es necesario considerar en un próximo estudio la elección al azar de la muestra, la evaluación estadística de la medicación, y los estresores psicosociales.
- d) En relación a los pacientes que no pudieron ser sometidos a la hospitalización breve sería conveniente delinear en ellos, el perfil clínico.
- e) Evaluar las diferencias costo-beneficio entre las modalidades de hospitalización breve, estandar y/o prolongada.

1. KAPLAN H.L., SADBOK B.J., FREEDMAN A.M. (1987): "Comprehensive Textbook of Psychiatry" Vol. 3. Cap. 32. 2388-2401. Williams & Wilkins Baltimore.

2. TUBER G., GROSS C., SCHULTER R. (1978): "A long term follow up study of schizophrenic patients: course of illness and prognosis." Acta Psychiatrica Scand. 57: 49-57.

3. KNIGHTS A., HINSH R.R., PLATT S.D. (1980): "Clinical change as a function of initial admission to hospital in a controlled study using the present state examination." Brit. J. Psychiatry. 137: 170-180.

4. KOLB L. (1976): "Psiquiatría Clínica Moderna." Ed. La Prensa Médica Mexicana. México.

5. LANGSLEY D. (1980): "Community Psychiatry." En Freedman A.M., Kaplan H.L., Sadeck B.J., Comprehensive Textbook of Psychiatry. Cap. 45: 2380. Williams & Wilkins Baltimore.

6. LIBERMAN M.P. (1987): "Psychosocial interventions in the management of schizophrenic outpatients." American Journal of Psychiatry. 133: 509-514.

7. GROSSBY M. (1985): "Algunos factores que intervienen en la hospitalización temprana de pacientes esquizofrénicos de una institución de salud mental." Tesis para optar el grado de licenciada en Humanidades con mención en Psicología U.C. Lima.

8. FREDRICKSON E. (1982): "Overview of Psychiatric Hospitalization." En Freedman A.M., Kaplan H.L., Sadeck B.J., Tratado de Psiquiatría. Ed. Salvat. Barcelona.

9. CAVAZZA V. (1987): "Seguimiento de una cohorte de pacientes esquizofrénicos en el Hospital Centro de Salud Herminio Valderrán." Rev. de Ciencias Psicológicas y Neurologías 4: 340-365.

10. GLICK I.D., HARGREAVES W.A., DRES J. (1978): "Short versus long hospitalization. A prospective controlled study. IV. one year follow up with results for schizophrenic patients." Am. J. Psychiatry. 133: 509-514.

REFERENCIAS

- 1- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA Press, 3a. ed. Washington.
- 2- APPLETON, W., DAVIS J. (1980): Practical Clinical Psychopharmacology. Williams & Wilkins. Baltimore.
- 3- BABIGIAN, H.M.,: (1982) "Esquizofrenia, Epidemiología". En Freedman A.M., Kaplan H.I., Sadock B.J., Tratado de Psiquiatría. Ed Salvat. Barcelona.
- 4- BACHRACH L., (1976): "A note on some recent studies of released mental hospital patients in the community". Am. J. Psychiatry 133: 73-75.
- 5- BEUHRING T., CUDEK R., (1984) "Vulnerabilidad al stress ambiental: investigación de alto riesgo en el desarrollo de la esquizofrenia". En Neufeld, R.W.J. Psicopatología y stress. Ed. Toray. Barcelona, 73-98.
- 6- CAFFEY E., GALBRECHT C., (1971): "Brief hospitalization and after care in the treatment of schizophrenia". Arch. Gen. Psychiatry 24: 81-86.
- 7- CROSBY M., (1985): Algunos factores que intervienen en la hospitalización recurrente de pacientes esquizofrénicos de una institución de salud mental. Tesis para optar el grado de bachiller en humanidades con mención en Psicología. PUC. Lima.
- 8- FERGELSON E., (1982): "Overview of Psychiatric Hospitalization". En Freedman A.M., Kaplan H.I., Sadock B.J., Tratado de Psiquiatría. Ed. Salvat. Barcelona.
- 9- GAVIRIA V. (1967): "Seguimiento de una cohorte de pacientes esquizofrénicos en el Hospital Centro de Salud Hermilio Valdizan". Rev. de Ciencias Psicológicas y Neurológicas 4: 340-365.
- 10- GLICK I.D., HARGREAVES W.A., DRES J., (1976): "Short versus long hospitalization. A prospective controlled study. IV. one year follow - up results for schizophrenic patients". Am. J. Psychiatry 133: 509-514.
- 11- HARDING C.M., BROOKS G.W., ASHIKAGA T., STRAUSS J., BREIER A., (1987): "The Vermont Longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Longterm outcome of subjects who retrospectively meet DSM III criteria for Schizophrenia". Am. J. Psychiatry 144: 728-735.
- 12- HERZ M.I., ENDICOTT J., SPITZER R.L., (1975): "Brief hospitalization of patients with families: Initial results". Am. J. Psychiatry 132: 413-418.
- 13- HERZ M.I., ENDICOTT J., SPITZER R.L., (1976): "Brief versus standard hospitalization: The families". Am. J. Psychiatry 133: 795-801.
- 14- HERZ M.I., ENDICOTT J., SPITZER R.L., (1977): "Brief hospitalization: a two-year follow - up". Am. J. Psychiatry 134: 502-507.
- 15- HERZ M.I., (1980): "Partial hospitalization, and aftercare". En Freedman A.M., Kaplan H.I., Sadock B.J., Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. 3 Cap.32: 2388-2381. Williams & Wilkins, Baltimore.
- 16- HUBER G., GROSS G., SCHUTTLER R., (1975): "A long- term follow - up study of schizophrenia: psychiatry course of illness and prognosis". Acta psychiat. Scand. 52: 49-57.
- 17- KNIGTS A., HIRSH S.R., PLATT S.D., (1980): "Clinical change as a function of brief admission to hospital in a controlled study using the present state examination". Brit. J. Psychiatry 137: 170-180.
- 18- KOLB L., (1976): Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México.
- 19- LANGSLEY D., (1980): "Community Psychiatry". En Freedman A. M., Kaplan H.I., Sadock B.J., Comprehensive Textbook of Psychiatry. Cao. 45: 2836. Williams & Wilkins. Baltimore.
- 20- LIBERMAN R.P., (1987). Psychosocial Interventions in the management of chizophrenia: Overcoming disability and handicap. The Hillside Division of

- Long Island Jewn Medical Center. 140 the Annual Meeting APA. Chicago. Illinois.
- 21- LINN M., KLETT J.M., CAFFEY E., (1982): "Relapse of Psychiatric patients in foster care". Am. J. Psychiatry 139: 778-783.
 - 22- MARIATEGUI JAVIER. (1988): Salud Mental y Realidad Nacional. Ed. Minerva. Lima.
 - 23- MARTIN B., CERMIGNANI P., VOINESKOS G., (1985) "A short stay - ward in a Psychiatric hospital". Brit. J. Psychiatry 147: 82-87.
 - 24- MATOS D.A., 1984: La hospitalización psiquiátrica en el Perú. Investigación en pacientes del Ministerio de Salud. Doc. 119: 1-7. Lima - Perú.
 - 25- MATTER J., ROSEN H., KLEIN D., (1979): "Comparison of the clinical effectiveness of short vs long psychiatry hospitalization". En Romano J., Friedman D., Friedhoff J., Kolb., Laurie R., Neumah J., Yearbook of Psychiatry and Applied Mental Health.
 - 26- MENDEZ I., NAMIHIRA D., MORENO L., SOSA C., (1984): El Protocolo de Investigación. Ed. Trillas. México.
 - 27- MORI G., DIAS M., CHIRINOS R., SANTOS E., VALVERDE J., (1989): "Emergencias en Psiquiatría". Revista de Neuropsiquiatría 68: 112-137.
 - 28- NINA R.S., (1986): "The efficacy of antipsychotic drugs and family therapies in the maintenance treatment of schizophrenia". J. Clín. Psychopharmacology 6: 115-195.
 - 29- OWAGA K., MIYA M., WATARAI A., NAKASAWA M., YUASA S., UTINA H., (1987): "A long-term follow-up of schizophrenia in Japan with special reference to the course of social adjustment". Brit. J. Psychiatry 151: 758-765.
 - 30- PERALES A., (1985): "Estudio sintomatológico comparativo entre esquizofrénicos oriundos de la costa y sierra del Perú". Anales de Salud Mental. Vol.I N.1 y 2: 180-205.
 - 31- REIBEL S., HERZ M., (1976): "Limitations of brief hospital treatment". Am. J. Psychiatry 133: 518-521.
 - 32- RIVERA V., LOPEZ S., (1971): Seguimiento y continuidad de la asistencia y rehabilitación del paciente esquizofrénico en la comunidad. En Actas del 5º Congreso Nacional de Psiquiatría.
 - 33- SCHWARTZ S., AFRICA B., (1984) "Schizophrenic disorders". En Goldman H., Review of General Psychiatry. Lange Medical Publications. California.
 - 34- SOLOMON C., NINA R., HOGARTY G., ROPEER M., (1977): "Prediction of relapse in schizophrenic outpatients treated by drug and sociotherapy". Arch. Gen. Psychiatry 34: 171-184.
 - 35- SPRING B., COONS H., (1984): "El stress como un precursor de la esquizofrenia". En Neufeld R., Psicopatología y Stress. Ed. Toray, S.S. Barcelona.
 - 36- STRAUSS J., ROCHESTER., CARPENTER W., BETHESDA M., (1974): "The prediction of outcome in schizophrenia". Arch. Gen. Psychiatry 31: 37-42.
 - 37- TEJADA K., MATOS D., HIGUERAS L., (1978): "Hospitalización Psiquiátrica en el Perú". Revista de Neuropsiquiatría. Tomo XXXVI. N.4. Lima-Perú.
 - 38- WERNER M., MENDEL M., (1966): "Effect of length of hospitalization on rate and quality of remission from acute psychotic episodes". J. of Nervous and Mental Disease 143: 226-232.

Dirección Postal: Instituto Nacional de Salud Mental

"Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

Casilla 4274 - Lima 31