

ORIGINALES Y REVISIONES

El curso de la esquizofrenia. Diez años de seguimiento retrospectivo

C. GONZÁLEZ JUÁREZ*, E. ARESES TRONCOSO*, O. JIMÉNEZ SUÁREZ**,
B. MARTÍNEZ PASCUAL*, S. PÉREZ JIMÉNEZ*, P. SANZ CORRECHER*, N. TUR SALAMANCA**

*Psiquiatra. **MIR Psiquiatría
Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Madrid

Resumen

Se revisan las historias clínicas de 80 pacientes diagnosticados de esquizofrenia y atendidos en el Instituto Psiquiátrico José Germain en 1987 y se recogen datos de su evolución en los 10 años siguientes para conocer el curso de la enfermedad y la relación de éste con variables sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios. El 50% de los pacientes tienen un curso episódico y el 34%, continuo; el 25% presentan una remisión completa. El 58% han ingresado en algún momento del seguimiento, el 30% han usado dispositivos específicos de rehabilitación, y el 35% sólo ha recibido atención ambulatoria. El tipo de curso no se asocia con ninguna de las variables recogidas, mientras que la duración de la hospitalización es mayor en los pacientes que presentan un curso no episódico de su enfermedad.

Palabras clave: Epidemiología de la esquizofrenia. Uso de servicios de salud mental.

Summary

The course of Schizophrenia. 80 schizophrenic patients' clinical reports of the Instituto Psiquiátrico José Germain are revised to collect data over a ten-year period of follow-up (1987-1997) in order to know the schizophrenia course and the associated sociodemographic, clinical and use of mental health services factors. 50% of the patients present a episodic course

and 34% a continuous course; 25% show a full remission. 58% were hospitalized during the follow-up period, 30% used rehabilitation specific facilities and 35% received ambulatory treatment exclusively. No association between the type of course and the variables collected are reported. The length of hospitalization is greater in patients with non episodic course.

Key words: Schizophrenia/epidemiology. Mental health services utilization.

Résumé

Le cours de la schizophrénie. Dix ans dde suivi rétrospectif. Les dossiers cliniques de 80 patients diagnostiqués de schizophrénie et suivis à l'Institut Psychiatrique José Germain en 1987 sont revus et son recueillies des données sur leur évolution dans les 10 années suivantes pour connaître l'évolution de la maladie et sa relation avec les variables socio-démographiques, cliniques et d'utilisation de services. 50% des patients ont une évolution épisodique et 34% continue; 25% présentent une rémission complète. 58% on été hospitalisés à un moment donné du suivi, 30% ont utilisé des dispositifs spécifiques de réhabilitation et 35% n'ont reçu que des soins médicaux sans hospitalisation. Le type d'évolution n'est associé à aucune des variables recueillies tandis que la durée de l'hospitalisation est supérieure chez les patients présentant une évolution non épisodique de leur maladie.

Mots clés: Epidémiologie de la schizophrénie. Utilisation de services de santé mentale.

Riassunto

Il corso della schizofrenia. Dieci anni di seguimento retrospettivo. *Si revisionano le storie cliniche di 80 pazienti diagnosticati con schizofrenia e curati nell'Istituto Psichiatrico José Germain nel 1987 e si raccolgono dati della loro evoluzione nei dieci anni successivi per conoscere il corso della malattia ed il suo rapporto con variabili sociodemografiche, cliniche e di uso di servizi. Il 50% dei pazienti hanno un corso episodico ed il 34% irregolare; il 25% presenta una remissione completa. Il 58% è stato ricoverato in qualche momento del seguimento. Il 30% ha usato dispositivi specifici di riabilitazione e solo il 35% ha ricevuto cure ambulatoriali. Il tipo di corso non si associa con nessuna delle variabili riportate mentre la durata del ricovero ospedaliero è maggiore nei pazienti che presentano un corso non episodico della loro malattia.*

Parole chiave: *Epidemiologia della schizofrenia. Uso dei servizi di salute mentale.*

Introducción

El curso de la esquizofrenia ha generado controversia ya desde la clasificación inicial de Kraepelin de la demencia precoz, a la que consideraba como una psicosis funcional con un curso seguro hacia el deterioro. El mismo Kraepelin posteriormente rechazó la idea de que el curso de la esquizofrenia fuera inevitablemente destructivo cuando observó que el 13% de sus propias series de pacientes hospitalizados mostró remisiones espontáneas y completas. E. Bleuler arguía que los síntomas de la esquizofrenia, una vez establecidos, nunca remitían completamente, aunque sí reconoció que un alto porcentaje de casos no empeoraba durante períodos largos de tiempo de incluso décadas, y estos pacientes eran capaces de mantener una vida extrahospitalaria independiente¹.

La esquizofrenia es una patología crónica con una prevalencia cercana al 1% de la población. Su curso, variable, puede ir desde el episodio único con restitución completa hasta el deterioro grave. En cualquier caso se trata de pacientes que utilizan los servicios de salud de modo intenso y prolongado².

Muchos factores han contribuido a reducir de manera significativa el tiempo medio de ingreso psiquiátrico de los pacientes esquizofrénicos, entre otros la aparición de medicación neuroléptica y el desarrollo de alternati-

vas comunitarias a la hospitalización³. La atención a los problemas que plantean los pacientes esquizofrénicos ha sido y sigue siendo uno de los objetivos prioritarios de los servicios de atención psiquiátricos, y esta prioridad ha llevado al desarrollo de mecanismos asistenciales específicos e imaginativos en forma de diferentes dispositivos y programas. Durante las últimas décadas se ha producido un desplazamiento del peso de la asistencia a los pacientes esquizofrénicos del hospital hacia la comunidad, y este hecho ha producido un aumento del interés por la evolución de la esquizofrenia, tanto desde el punto de vista clínico como del uso de recursos asistenciales y su coste, así como por la evaluación de los resultados de las nuevas modalidades asistenciales desarrolladas.

Aunque se ha avanzado en el conocimiento del curso de la enfermedad, la medida de resultados no está estandarizada, especialmente por la necesidad de considerar no sólo los cambios de la sintomatología, sino también del funcionamiento social y del laboral, de la calidad de vida del paciente y del uso de recursos asistenciales. Por otra parte, y como ya se ha mencionado, la enorme variedad de programas asistenciales y la dificultad para su definición complica la comparación de los resultados.

Revisando diversos estudios, encontramos que entre un tercio y la mitad de los pacientes evolucionan favorablemente^{1,4,5}. Por otra parte, el estudio piloto internacional de la esquizofrenia muestra que la evolución de la enfermedad es mejor en los países en desarrollo que en los desarrollados⁶.

En relación con el uso de los servicios, Tansella comprueba que los esquizofrénicos son los pacientes que más servicios consumen y que más recaídas tienen⁷. Pero este sobreuso de servicios se acompaña, según Harding, de un buen funcionamiento social tras la hospitalización para el 60% de los esquizofrénicos⁸.

El Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) ha creado en los últimos años, en el marco del proceso de reforma psiquiátrica que se ha producido en España, un amplia red de servicios y programas para la asistencia psiquiátrica, con especial interés en la atención a la cronicidad. El objetivo de este estudio es conocer el curso de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y atendidos en estos servicios, así como la asociación de los distintos tipos de curso con algunas variables sociodemográficas, clínicas y de uso de recursos asistenciales.

Material y método

Se trata de un estudio de tipo observacional de seguimiento, usando datos históricos registrados en la docu-

mentación clínica de las distintas unidades del Instituto Psiquiátrico José Germain entre los años 1987 y 1996 de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia; se recoge la información según un cuestionario diseñado a partir del Life Chart Schedule⁹.

La población diana la constituyen los esquizofrénicos que residen en Leganés. La población accesible está formada por los esquizofrénicos con historia abierta en la unidad de atención ambulatoria de Leganés (UAAL) a partir de 1987. La muestra queda constituida por todos los sujetos atendidos en la UAAL durante el año 1987 que cumplan con la definición de esquizofrenia de la CIE-10, según los datos recogidos en la historia clínica que posean en las diversas unidades del Instituto Psiquiátrico. Se excluyen aquellos sujetos con diagnóstico de esquizofrenia, pero con datos sobre su evolución por tiempo inferior a un año.

El tipo de curso se define del siguiente modo⁹:

- Episódico: episodios discretos de no más de dos años de duración con períodos claros de remisión intercalados. Al menos una remisión habrá durado seis meses.
- Continuo: presencia de síntomas psicóticos durante la mayor parte del tiempo. Si hay alguna remisión, será breve y en ningún caso de duración mayor de seis meses.
- Ni episódico ni continuo: cuando no encajen en ninguna de las dos categorías anteriores, por ejemplo, si el episodio psicótico más largo es de 2,5 años con un período de remisión de nueve meses.
- Sin síntomas psicóticos durante el período de seguimiento.

El resto de las variables recogidas son socio-demográficas (sexo, edad, situación laboral, residencia y tipo de convivencia), clínicas (tiempo de evolución de la esquizofrenia, tiempo de seguimiento, duración y gravedad de los episodios psicóticos, tipo de remisión, intentos de suicidio o agresiones, incidencia de mortalidad, etc.) y de uso de cada uno de los recursos asistenciales, en meses, durante un máximo de 10 años de seguimiento. La medida de la asociación entre variables se realiza empleando χ^2 en el caso de variables cualitativas y análisis de la varianza de un factor para variables cuantitativas; se consideran significativas las diferencias con $p < 0,05$. Se construyen modelos predictivos mediante la regresión múltiple para el tiempo de hospitalización.

Resultados

Descripción de la muestra

Se encontraron 80 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que fueron atendidos en la UAAL durante

1987, lo que supone una prevalencia administrativa anual de 0,48 casos por 1.000 hab. De ellos se descartaron cuatro por tener información sobre su evolución por tiempo inferior a un año, por lo que la muestra del estudio quedó constituida por 76 pacientes. El período máximo de seguimiento fue de 10 años; 54 pacientes (71%) fueron seguidos durante más de nueve años; el tiempo medio de seguimiento fue de 8,2 años.

En el momento de su entrada al estudio su edad oscilaba entre los 16 y los 75 años (media: 35,3 años). El 68,4% eran varones. La mayoría (68,4%) estaban solteros; el 17,1%, casados; el 9,2%, separados y el 5,3%, viudos (Tabla I).

Sólo tres pacientes vivieron la mayor parte del estudio en residencia para enfermos mentales. El 96,1% tenían vivienda independiente. El 59,2% convivían con su familia de origen o hermanos; el 23,7%, con familia propia y nueve pacientes (11,8%) vivían solos. Ningún paciente estuvo en la prisión durante el período de seguimiento, y sólo dos (2,6%) estuvieron en alguna ocasión de vagabundeo: uno por un período de un año y el otro por un período de dos.

El 31,6% (24 pacientes) trabajaron en alguna ocasión durante el período del estudio. El 40,0% de los que trabajaron lo hicieron con un rendimiento bueno o muy bueno. El trabajo fue en un 84% de los casos de tipo no cualificado, aunque en un 68% se trataba de una categoría profesional equivalente a las expectativas para su nivel socio-económico y edad. El 23% ejercieron de ama de casa, y el 76,4% de ellas con un buen rendimiento. El 37,3% de los pacientes se vieron en situación de desempleo en alguna ocasión durante el estudio.

El 73,7% de los pacientes cobran algún tipo de pensión a partir de algún momento del estudio, siendo por enfermedad psiquiátrica para 49 pacientes (64,5%).

Un 9,2% de los pacientes presentaron antecedentes familiares de esquizofrenia, porcentaje que aumenta al 11,8% si se incluyen antecedentes de otras psicosis.

El 50,0% tuvieron un inicio brusco de su esquizofrenia, y un 47,4% insidioso, siendo imposible determinar en la historia clínica el tipo de inicio de los dos pacientes restantes.

Fallecieron cinco pacientes durante el estudio (6,6%): dos por suicidio (0,003 por año de seguimiento), uno por muerte violenta y en dos fue imposible identificar la causa con la información disponible.

Patrones de curso

Del total de 76 pacientes, 19 (25%) tienen una remisión completa de su sintomatología. Por otra parte, 44 pacientes han tenido episodios psicóticos durante el seguimiento (descontando los de curso continuo y los

Tabla I
Características de los pacientes y tipo de curso

	Total		Episódico		Continuo	
Total	76	100%	38	100%	26	100%
Variables sociodemográficas						
Hombre	52	68,4%	26	68,4%	18	69,2%
Edad (media)	35,3		33,6		34,6	
Solteros	52	68,4%	24	63,2%	20	76,9%
Familia propia	18	23,7%	12	31,6%	4	15,4%
Activos alguna vez	24	31,6%	13	34,2%	8	30,8%
Pensión asistencial	56	73,7%	22	57,9%	16	61,5%
Variables clínicas						
Antec. familiares de psicosis	9	11,8%	6	15,8%	3	11,5%
Edad inicio (media)	23,2		23,3		22,7	
Años de evolución (media)	11,5		10,4		12,0	
Inicio insidioso	36	47,4%	18	50,0%	13	50,0%
Sínt. negativos severos	27	35,5%	12	31,6%	11	42,3%
Episodios no psicóticos	19	25,0%	12	31,6%	4	15,4%
Intentos de suicidio	10	13,2%	7	18,9%	3	11,5%
Agresiones	18	23,7%	10	26,3%	4	15,4%
Remisión completa	19	25,0%	14	36,8%	—	—
Variables de uso de servicios						
Ingresado alguna vez	44	57,9%	26	68,4%	14	53,8%
Tiempo medio ingresados (meses)	10,3		4,5		22,0	
Mediana del tiempo ingresados	2,0		2,5		2,0	

nunca psicóticos). Dos de los 44 pacientes tuvieron un solo episodio durante el seguimiento, 15 (34,1%) tuvieron dos o tres, 19 (43,2%) entre cuatro y nueve episodios y ocho (18,2%), 10 o más.

Con la definición de patrones de curso referida previamente encontramos que de los 76 pacientes de la muestra, 38 (50,0%) presentaron un curso episódico, 26 (34,2%) continuo, seis (7,9%) ni episódico ni continuo y otros seis (7,9%) nunca estuvieron psicóticos durante el seguimiento.

Las características de los pacientes con curso episódico o continuo son similares, y no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para las variables socio-demográficas y clínicas. Sólo en el tiempo medio de ingreso psiquiátrico aparecen diferencias, siendo mucho mayor para los pacientes con curso continuo (22 meses frente a 4,5 meses), aunque esas diferencias desaparecen para la mediana de la duración de la hospitalización (Tabla I).

Síntomas negativos

Del total de la muestra un 64,5% no presentan síntomas negativos o los presentan habitualmente de forma leve y 27 casos (35,5%) presentan síntomas negativos habitualmente severos. Comparando ambos grupos, éstos

no se diferencian respecto a la mayoría de las variables recogidas en el estudio, excepto en la percepción de una pensión por enfermedad psiquiátrica: el 85,2% de los pacientes del grupo de síntomas más severos perciben una pensión, frente al 67,3% del grupo de síntomas leves o ausentes ($p = 0,005$).

Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo medio de hospitalización, los pacientes que presentan sintomatología negativa severa y están hospitalizados lo hacen durante una media de 16,4 meses, frente a los 6,3 meses de media de los pacientes hospitalizados que no presentan síntomas negativos severos. La mediana del tiempo de hospitalización es de 2,5 meses y 2,0 meses, respectivamente.

Tiempo de hospitalización

Cuarenta y cuatro pacientes (57,9%) fueron hospitalizados en alguna de las unidades del Instituto Psiquiátrico (hospitalización breve, rehabilitación o larga estancia residencial) durante el seguimiento. La mediana del tiempo de hospitalización fue de 2,0 meses. La Tabla II muestra el número y porcentaje de los pacientes que usaron cada uno de los servicios asistenciales disponibles (se recuerda que todos reciben atención ambulatoria).

Tabla II		
Uso de recursos asistenciales		
	N	%
Hospitalización breve	42	55,3%
Media estancia / rehabilitación	7	9,2%
Larga estancia	2	2,6%
Hospital de día	1	1,3%
Centro de día y rehabilitación	23	30,3%
Sólo atención ambulatoria	27	35,5%

Ninguna variable de las analizadas se correlaciona significativamente con la duración de la hospitalización, excepto si comparamos a los pacientes con curso episódico con el resto (4,5 meses frente a 18,6 meses; $p = 0,058$). Se construye por regresión múltiple un modelo predictivo de la duración de la hospitalización; los coeficientes y su significación se muestran en la Tabla III. Se comprueba que sólo el tipo de curso se correlaciona con la duración de la hospitalización después de controlar el efecto de posibles variables de confusión, siendo mayor el tiempo de hospitalización en los pacientes de curso no episódico. El modelo explica el 16% de la variabilidad de la duración de la hospitalización.

Discusión

La principal limitación del estudio proviene del método de recogida de datos. Al usar datos históricos registrados en la documentación clínica nos enfrentamos a la posibilidad de que falte información o que su interpretación no sea la adecuada. Pese a este inconveniente que, por otro lado, aumenta la viabilidad del estudio, vistos los resultados, comprobamos que son similares a los obtenidos en estudios prospectivos, lo que permite suponer que estos resultados son adecuadamente precisos y válidos.

El número de esquizofrénicos identificados (80) supone una prevalencia administrativa 0,48/1.000 h., una cifra baja si la comparamos con la obtenida en el estudio de Kelly¹⁰ (2,34/1.000 h.), explicable bien por la existencia real de un menor número de esquizofrénicos en la población, o bien porque éstos no acceden en el mismo porcentaje a los servicios públicos especializados, hecho explicable, entre otras razones, por el modelo sanitario de la Comunidad de Madrid, que responsabiliza a la atención primaria de una parte importante de la asistencia, lo que da lugar a valores bajos de prevalencia atendida en los servicios especializados (6,2% en el caso de la asistencia psiquiátrica en Leganés para la totalidad de los trastornos mentales)¹¹.

Tabla III			
Modelo de regresión múltiple sobre la duración de la hospitalización			
	Referencia	Beta	Significación
Constante		-31,56	0,109
Edad		0,36	0,194
Sexo	Hombre	-9,65	0,176
Tipo inicio esquizofrenia	Brusco	6,78	0,255
Síntomas negativos	No severos	6,31	0,149
Curso	Episódico	12,67	0,038

R^2 ajustada= 0,16.

Del conjunto de variables sociodemográficas se deduce que los pacientes de la muestra reciben un importante soporte tanto de sus familias (el 59,2% siguen viviendo con su familia de origen, siendo solteros el 68,4%), como del Estado (reciben pensión el 73,7%). Estos datos, que hablan de un alto porcentaje de cobertura estatal de las necesidades de estos sujetos desfavorecidos, habría que completarlos con la medida del grado de soporte que reciben aquellos otros esquizofrénicos que quedan fuera del sistema sanitario público.

En relación con el tipo de inicio de la enfermedad, los resultados de los diversos estudios oscilan ampliamente (por ejemplo, el inicio insidioso puede representar del 23% al 86% de los casos). Estas diferencias se explican por una falta de definición operativa de la variable, lo que imposibilita su uso como variable predictora de la evolución o el pronóstico.

La tasa de suicidio es de 0,003 por año, lo que supone un riesgo para toda la vida ligeramente superior al 10%, similar a los resultados de la literatura^{1,10,12}.

En relación con el tipo de curso, algunos estudios que usan una clasificación parecida obtienen un porcentaje de pacientes con curso episódico que oscila entre 52% y el 76%¹²⁻¹⁴, cifras similares a las obtenidas en nuestro estudio (50%), especialmente si tenemos en cuenta que en nuestro caso se incluyen seis pacientes nunca psicóticos en el período, hecho no habitual en otros trabajos, que suelen seleccionar los pacientes a partir de un episodio, casi siempre de hospitalización. A pesar de la cierta estabilidad en los resultados, lo que indica que esta variable es lo suficientemente precisa, nos encontramos con que no se correlaciona con ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas, excepto con el tiempo de hospitalización, que es mayor en el caso de los sujetos con curso no episódico, tanto

en el análisis univariado como en el multivariado, hecho lógico si se considera el criterio establecido de duración de los episodios de cada uno de los tipos de curso. En resumen, esta clasificación no parece identificar grupos cualitativamente diferentes de pacientes esquizofrénicos, al menos con respecto a las variables recogidas en este artículo. Serían necesarios otros estudios que comprobaran las posibles diferencias en los resultados de los distintos cursos.

El bajo porcentaje de la varianza del tiempo de hospitalización explicado por el modelo de regresión múltiple ($R^2 = 0,16$) es similar al encontrado en otros estudios ($0,13$)⁵, lo que nos lleva a pensar que son otras variables no recogidas en este estudio las que determinarían la duración de los ingresos psiquiátricos.

El número de pacientes que presentan una remisión completa en nuestro estudio (25%) es similar a lo encontrado en la literatura desde las primeras descripciones de la esquizofrenia, lo que plantea la hipótesis de que los avances terapéuticos no han modificado el número de remisiones completas, que formarían parte del núcleo básico no modificable hasta ahora de la enfermedad, aunque es obvio que los tratamientos empleados son eficaces en el control de los síntomas y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

En relación con la atención recibida por los pacientes en los diferentes dispositivos asistenciales, sorprende el elevado porcentaje (35,5%) de pacientes que sólo reciben tratamiento ambulatorio durante todo el período de seguimiento. Este dato, unido al elevado empleo del centro de día y rehabilitación (30,3%) y al bajo número de pacientes ingresados en larga estancia, indica que es posible la atención a los esquizofrénicos prescindiendo de estructuras centradas en la hospitalización de larga duración.

Bibliografía

1. Shepherd M, Walt D, Falloon I, Sommeton N. The natural history of schizophrenia: a five year follow-up of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenia. *Psychol Med* 1989; Monograph Supplement 15.
2. Sajatovic M, Popli A, Semple W. Ten-year use of Hospital-based services by geriatric veterans with schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 961-965.
3. Klinkenberg W, Calsyn R. Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 487-496.
4. Ram R, Bromet EJ, Eaton WW, Pato C, Schwartz JE. The natural course of schizophrenia: a review of first admission studies. *Schizophr Bull* 1992; 18 (2): 185-207.
5. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follow-up of a dutch incidence cohort. *Schizophr Bull* 1998; 24 (1): 75-85.
6. Leff J, Sartorius N, Jablensky T et al. The international pilot study of schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychol Med* 1992; 22: 131-145.
7. Tansella M, Micciolo R, Biggeri A et al. Episodes of care for first-ever psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 220-227.
8. Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T et al. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 1987; 144 (6): 727-735.
9. Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G et al. Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 249-258.
10. Kelly C, McRae RG, MacEwan T, Carey S. Nithsdale Schizophrenia Surveys 17. Fifteen years review. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 513-517.
11. Desviat M, Delgado M, Fernández MI et al. Morbilidad psiquiátrica en población general en Leganés y Pinto (Madrid). Uso de servicios de salud mental y opiniones y actitudes de la población hacia la enfermedad mental. *Psiquiatría Pública* 1997; 9 (5): 315-326.
12. Mason P, Harrison G, Glazebrook C. et al. The course of schizophrenia over 13 years. A report from de International Study on Schizophrenia (IsoS). *Br J Psychiatry* 1996; 169: 580-586.
13. Ciompi L. Catamnestic long-term study of the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophr Bull* 1980; 6: 606-618.
14. Harding CM. Course type in schizophrenia: an analysis of European and American studys. *Schizophr Bull* 1988; 14: 633-643.